



**CATÓLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**FATORES ASSOCIADOS AO RECURSO A  
CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO  
INSTITUCIONALIZADOS**

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

**Por:**

Ana Raquel dos Santos Pereira

Viseu, 2019





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

---

LISBOA · PORTO · VISEU

**FATORES ASSOCIADOS AO RECURSO A  
CUIDADOS MÉDICO-DENTÁRIOS EM IDOSOS  
INSTITUCIONALIZADOS E NÃO  
INSTITUCIONALIZADOS**

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

**Orientador:** Professor Doutor Nélio Veiga

**Coorientadora:** Professora Doutora Patrícia Couto

**Por:**

Ana Raquel dos Santos Pereira

Viseu, 2019



“Uma das formas de saúde é a doença.  
Um homem perfeito, se existisse,  
Seria o ser mais anormal que se poderia encontrar.”

F.P.



Aos meus pais,  
Por serem responsáveis pelo meu percurso  
Por toda a sua dedicação e empenho na minha educação  
A eles, um muito obrigada.



## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, o Professor Doutor Nélio Veiga, por toda a ajuda dada durante o meu percurso académico e por toda a disponibilidade demonstrada. Que continue sempre com essa força para ensinar que demonstrou ao longo destes cinco anos.

À minha coorientadora, a Professora Doutora Patrícia Couto, por toda a disponibilidade, conselhos e paciência que demonstrou nestes últimos dois anos. Que continue a ser essa professora atenciosa e preocupada com os seus alunos.

Aos meus pais e avó, um muito obrigada pelo vosso apoio e amor incondicional e pela força que me deram ao longo da minha vida. Obrigada por acreditarem em mim, e por nunca me deixarem desistir.

Ao Bruno, por ser mais que um amigo, um companheiro. Obrigada por acreditares em mim e muito obrigada por estares sempre lá para mim.

À minha binómia, Rita, obrigada por teres sido uma parceira de trabalho, uma colega de casa e uma amiga. Que continuemos a partilhar o sucesso ao longo da vida.

Ao Jorge, à Teresa, à Catarina, à Gaio, à Joana e à Sarah pela ajuda dada na distribuição dos meus questionários na clínica e claro, por todos os momentos inesquecíveis e fantásticos que partilhamos juntos. Jorge obrigada por seres sempre a resposta quando mais precisei.

E finalmente o meu muito obrigada a todas as instituições do concelho de Viseu pela vossa participação e colaboração indispensável à realização desta investigação.



## Resumo

**Introdução:** Nos últimos anos a população mundial tem vindo a sofrer alterações demográficas consideráveis. O aumento da esperança média de vida e a diminuição da taxa de natalidade estão a provocar o desencadeamento do processo complexo do envelhecimento populacional. Porém, a procura por cuidados médico-dentários continua deficitária em Portugal. O objetivo do presente estudo é avaliar quais os fatores que influenciam a procura de cuidados médico-dentários e caracterizar as desigualdades socioeconómicas/culturais entre idosos, através de uma comparação entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

**Metodologia:** Para o estudo observacional descritivo transversal foi analisada uma amostra de conveniência de 105 indivíduos idosos. 50 dos quais encontravam-se institucionalizados em lares no concelho de Viseu e outro grupo de 55 indivíduos idosos não institucionalizados, que faziam parte dos pacientes da clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu. A recolha de dados foi realizada através da aplicação de questionários aos idosos e observação intraoral. Em seguida realizou-se uma estatística descritiva inferencial dos dados obtidos.

**Resultados:** Cerca de 57,8% dos idosos escovam os dentes apenas 1x/dia, e a maior parte não utiliza fio dentário. 56,2% não consultaram um Médico Dentista nos últimos 12 meses, sendo que a maior parte dos idosos institucionalizados visitaram, pela última vez há cerca de 10 anos. Valores mais elevados de CPOD foram obtidos em idosos que possuíam um menor nível de escolaridade. Idosos que residiam em meio urbano apresentaram valores de OHIP-14 mais elevados.

**Conclusão:** Assim sendo, existe a necessidade de sensibilizar e promover ações de saúde oral nos idosos relativamente aos cuidados de higiene oral e à necessidade de frequentarem com regularidade as consultas no Médico Dentista.

**Palavra-chave:** *Idoso, qualidade de vida relacionada com a saúde oral, desigualdades socioeconómicas, demográficas e culturais.*



## **Abstract**

**Introduction:** In the last years the world population has been changing. Increasing longevity and low birth rates are causing ageing of the population. Although the use of dental services remains low in Portugal. The objective of this monography is to evaluate which factors influence the use of dental services and characterized the socioeconomic and cultural inequalities between elderly, through a comparison between institutionalized elderly and no-institutionalized.

**Methods:** To the cross-sectional descriptive observational study a convenience sample of 105 elderly was analyzed. 50 was institutionalized in home-cares of Viseu and 55 elderly no-institutionalized, who belong to the patients of the Portuguese Católica University clinic of Viseu. The data collection was performed through the application of questionnaires to the elderly and intra-oral observation. Then a descriptive inferential statistic of the obtained data was carried out.

**Results:** About 57,8% of the elderly brush their teeth only 1x/day, and a higher proportion of the sample don't use dental floss. 56,2% didn't visit a dentist in the last year, 10 years ago was the last time that most of the institutionalized visited. Higher scores of DMFT was obtained in elderly with lower education. Elderly who live in urban areas have OHIP-14 higher.

**Conclusions:** Therefore, is important to sensitize and promote oral health actions in the elderly community about oral health care and the necessity to visit regularly the dentist.

**Keywords:** *Elderly, Oral health-related quality of life, socioeconomic, demographic and cultural factors*



# Índice

<b>Objetivos</b> .....	1
<i>Objetivos</i> .....	3
Objetivo Geral.....	3
Objetivos Específicos .....	4
<b>Introdução</b> .....	6
<i>Introdução</i> .....	8
2.1. Dados demográficos no mundo e em Portugal .....	8
2.2. Envelhecimento.....	9
2.3. Envelhecimento na cavidade oral.....	10
2.3.1. Cárie dentária .....	11
2.3.2. Doença Periodontal .....	11
2.3.3. Edentulismo.....	12
2.3.4. Hipossalivação .....	13
2.3.5. Cancro oral .....	13
2.4. Saúde oral relacionada com a qualidade de vida .....	15
2.4.1. OHIP-14 .....	16
2.5. Fatores associados ao recurso a cuidados médico-dentários .....	17
2.5.1. Fatores socioeconómicos.....	17
2.5.2. Fatores demográficos .....	18
2.5.3. Fatores culturais .....	19
<b>3. Material e métodos</b> .....	22
<i>3. Material e métodos</i> .....	24
3.1. Tipo de estudo.....	24
3.1.1. Revisão Bibliográfica .....	24
3.1.2. Amostra .....	24
3.1.3. Consentimento informado .....	25
3.1.4. Observadores.....	26
3.1.5. Material .....	26
3.1.6. Aplicação dos questionários.....	26
3.1.7. Exame intraoral .....	28
3.1.8. Análise estatística dos resultados .....	28
<b>4. Resultados</b> .....	30
<i>4. Resultados</i> .....	32
4.1. Análise estatística descritiva .....	32
4.1.1. Caracterização da amostra .....	32
4.1.2. Hábitos de Higiene Oral e Procura pelos cuidados Médico-Dentários.....	33
4.2. Análise estatística inferencial .....	38
<b>5. Discussão</b> .....	46
<i>5. Discussão</i> .....	48

5.1. Limitações do estudo .....	52
5.2. Perspetivas futuras .....	53
<b>6. Conclusão</b> .....	<b>55</b>
6. Conclusão .....	57
<b>7. Referências Bibliográficas</b> .....	<b>60</b>
7. Referências Bibliográficas .....	62
<b>8. Apêndices</b> .....	<b>70</b>
Apêndice 1 .....	72
Apêndice 2 .....	73
Apêndice 3 .....	77

## Índice de tabelas

- Tabela 1 - Distribuição da amostra quanto à utilização de próteses dentárias...33
- Tabela 2 - Distribuição da amostra quanto aos métodos de higiene oral utilizados ..... 35
- Tabela 3 - Distribuição da amostra quanto à última vez que visitaram o médico dentista ..... 36
- Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto aos valores obtidos de OHIP-14 ..... 36
- Tabela 5 - Distribuição da amostra quanto aos valores obtidos no CPOD ..... 37

## Índice de gráficos

- Gráfico 1 - Envelhecimento Populacional, Instituto Nacional Estatística 2018 .. 8
- Gráfico 2 - Gráfico da distribuição da amostra em relação à frequência diária de escovagem dos dentes/próteses dentárias ..... 34
- Gráfico 3- Distribuição dos idosos consoante o tipo de residência em relação a avaliação da avaliação da higiene oral ..... 38
- Gráfico 4 - Distribuição dos idosos consoante o tipo de residência e terem visitado um médico dentista nos últimos 12 meses ..... 39
- Gráfico 5- Distribuição dos idosos, consoante o tipo de residência, em função da última vez que visitaram um médico dentista ..... 40
- Gráfico 6- Distribuição dos idosos, consoante a tipo de residência em função se higienizam os dentes diariamente ..... 40
- Gráfico 7- Distribuição dos idosos, consoante o tipo de residência, em função da frequência de escovagem diária ..... 41
- Gráfico 8- Distribuição dos idosos, consoante a área de residência e o valor obtido de OHIP-14 ..... 42
- Gráfico 9- Distribuição dos idosos, consoante as habilitações literárias e os valores de CPOD ..... 43
- Gráfico 10- Distribuição dos idosos, consoante a avaliação da higiene oral e os valores de CPOD..... 44



## **Índice de abreviaturas**

- OMS - Organização Mundial de Saúde
- FDI - Federação Dentária Internacional
- OMD - Ordem dos Médicos Dentistas
- QDVRSO - Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral
- OHIP - Oral Health Impact Profile
- SNS - Serviço Nacional de Saúde
- ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado





## **1. Objetivos**



# **1. Objetivos**

Com esta dissertação procurámos caracterizar os fatores que comprometem a procura por cuidados de saúde oral em populações geriátricas institucionalizadas e não institucionalizadas.

A presente dissertação encontra-se estruturada em quatro partes. Numa primeira parte referente à introdução teórica e com o objetivo de realizar um enquadramento teórico do tema iremos abordar os seguintes aspetos: os dados demográficos no mundo e em Portugal, o envelhecimento, o envelhecimento da cavidade oral, as patologias orais associadas ao envelhecimento, a qualidade de vida relacionada com saúde oral, o OHIP-14 e os fatores associados à procura pelos cuidados médico-dentários. A segunda parte é constituída pelos materiais e métodos do estudo. Nesta secção iremos caracterizar a constituição da amostra e os critérios de exclusão utilizados, bem como explicar em que consistiu a recolha de dados. A terceira parte aborda os resultados obtidos durante a investigação através de uma análise estatística descritiva e inferencial. Por último, a quarta parte da dissertação, é constituída pela apresentação da discussão dos resultados, bem como as principais limitações e conclusões do estudo.

## **1.1. Objetivo Geral**

O objetivo deste trabalho de investigação consiste em avaliar quais os fatores que influenciam a procura de cuidados médico-dentários numa amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados.

## **1.2. Objetivos Específicos**

Os objetivos específicos da presente dissertação são os seguintes:

- Caracterizar as desigualdades socioeconómicas e culturais numa população geriátrica que influenciam a procura de cuidados médico-dentários.
- Caracterizar comportamentos e hábitos de higiene oral numa amostra de idosos institucionalizados e não institucionalizados.



## **2.Introdução**



## 2. Introdução

### 2.1. Dados demográficos no mundo e em Portugal

Nos últimos anos a população mundial tem vindo a sofrer alterações, verificando-se um envelhecimento populacional cada vez maior (1-6) e a tendência é que venha a aumentar cada vez mais (2-3). A Europa, não é exceção, tendo-se observado um aumento dos indivíduos idosos e uma diminuição dos indivíduos em idade ativa (7). O aumento da esperança média de vida associado à melhoria das condições socioeconómicas e a um maior desenvolvimento dos cuidados de saúde (8), bem como a diminuição da taxa de natalidade contribuíram para estas mudanças demográficas (2,5).

Em Portugal, o cenário não é diferente. A partir de 1991, a população com mais de sessenta e cinco anos tem vindo a aumentar (Figura 1), enquanto que a população em idade mais jovem tem vindo a diminuir (7) o que se traduz num aumento da idade da reforma e num maior gasto com pensões e cuidados médicos.

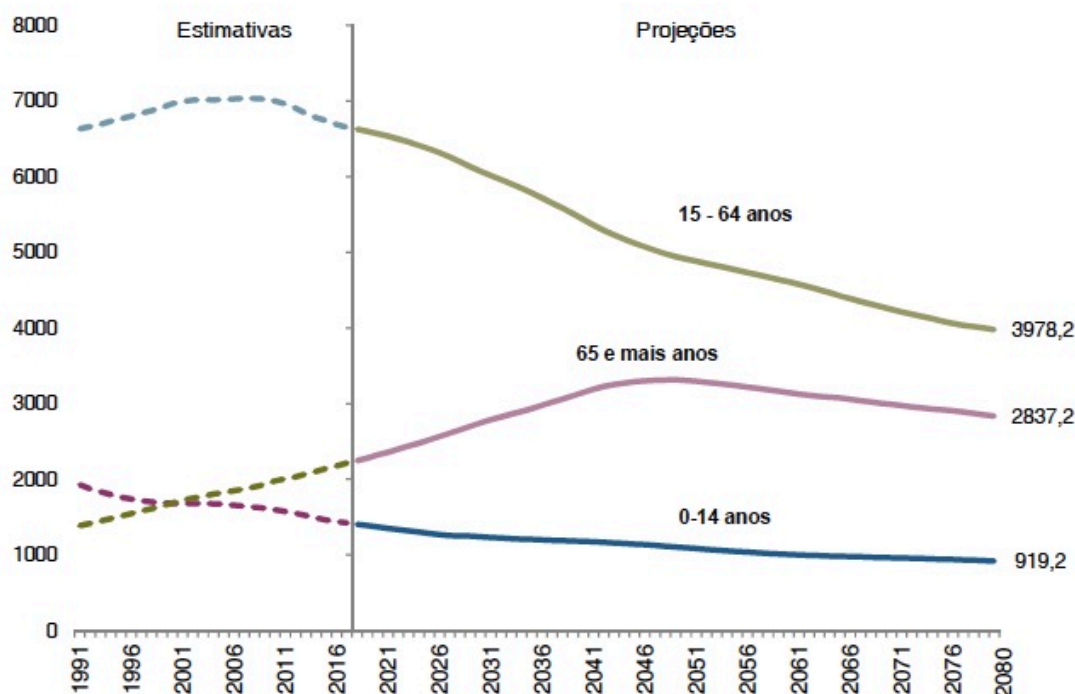


Figura 1 – Envelhecimento Populacional. Fonte Instituto Nacional de Estatística 2018.

## 2.2. Envelhecimento

A Organização Mundial de Saúde define o idoso como “o indivíduo com mais de sessenta e cinco anos, nos países desenvolvidos” (9).

Com o passar dos anos a saúde vai-se deteriorando (4,10) tanto a nível físico, como a nível psicológico e social. Algumas patologias começam a surgir, enquanto outras tornam-se mais severas, o que pode levar à perda de algumas capacidades físicas e funcionais, tornando o idoso mais dependente (4,10). A toma continuada e excessiva de determinados fármacos é outro problema que compromete a saúde sistémica. Por conseguinte, com o aumento da idade vem também associado uma diminuição das capacidades cognitivas, sensitivas e uma redução da atividade física que contribui para tornar o estado de muitos idosos mais debilitado (4) e alterar o seu estilo de vida.

Assim, tendo em conta o envelhecimento populacional, bem como as patologias associadas com a idade, é necessário criar um conjunto de estratégias de forma a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e minimizar os gastos associados (5). Em 2002, a OMS (11) criou o conceito de “envelhecimento ativo” cujo objetivo é promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos idosos de forma que estes participem de forma ativa em diversas áreas.

### **2.3. Envelhecimento na cavidade oral**

Um dos maiores problemas com o envelhecimento é a manutenção de uma boa saúde oral, nomeadamente em indivíduos com doenças sistémicas e mentais. A realização dos cuidados de higiene oral, bem como a frequência das visitas ao médico dentista podem ficar comprometidas (8), o que contribui para o deterioramento da cavidade oral.

Com o passar dos anos, a existência de determinadas patologias sistémicas, pode contribuir para o desenvolvimento e agravamento da doença periodontal (4,10,12-14). A toma de determinados medicamentos leva a uma redução na produção de saliva e a alterações na sua composição o que contribui para a formação e progressão de algumas doenças orais (3). Por conseguinte e durante o envelhecimento, os dentes vão enfraquecendo. O esmalte torna-se mais fraco ao longo da vida, como consequência da ingestão de alguns alimentos, bebidas e também devido ao trauma, tornando o dente mais suscetível a cáries e à fratura. As glândulas salivares vão sofrendo alterações o que compromete a produção salivar. Associado a estes problemas, o idoso pode desenvolver halitose e alterações no paladar, pois ocorre uma diminuição da resposta sensorial. A perda de dentes e a sua substituição por próteses removíveis pode comprometer a estética e alterar o gosto de alguns alimentos.

Os problemas mais comuns associados à cavidade oral, segundo a OMD (15), que podem surgir com a idade são: as cáries (principalmente cáries radiculares), a doença periodontal, a perda de dentes, a hipossalivação, o cancro oral e perda da perceção de alguns sabores. Alguns destes problemas da cavidade oral estão associados a doenças sistémicas, assim como podem comprometer a saúde no geral (16).

### **2.3.1. Cárie dentária**

A cárie dentária é das patologias orais com maior prevalência mundial (3,17) e com repercussões na qualidade de vida dos indivíduos.

Apresenta uma etiologia multifatorial (17-18) e dinâmica que depende da interação do hospedeiro, da dieta e dos microrganismos.

A presença constante de hidratos de carbono na cavidade oral, faz com que as bactérias cariogênicas produzam ácidos e conseqüentemente se verifique uma diminuição de pH da cavidade oral, o que leva ao processo de desmineralização dos tecidos duros do dente e conseqüente progressão da cárie dentária (3,18). A lesão cariosa quando atinge a polpa provoca dor e conseqüentemente pode afetar o bem-estar do indivíduo.

Com a idade a prevalência da cárie tende a aumentar (19-20) especialmente a da cárie radicular, visto que há uma acumulação dos fatores de risco. O risco de desenvolver cáries radiculares aumenta, devido ao trauma provocado pela escovagem dentária e também devido à presença de recessões gengivais associadas à doença periodontal (18). Por conseguinte, com a idade, surgem algumas patologias sistêmicas que fazem o indivíduo ficar mais dependente, não conseguindo higienizar a cavidade oral tão eficazmente. A toma de determinados fármacos compromete a produção salivar contribuindo para o desenvolvimento e progressão da cárie dentária (3).

O não tratamento da lesão cariosa pode levar à perda de dentes (21), comprometer a mastigação dos alimentos (19) e a qualidade de vida dos indivíduos.

### **2.3.2. Doença Periodontal**

A doença periodontal é uma doença multifatorial associada a diversos fatores de risco (17) e com impacto na qualidade de vida dos indivíduos (22).

A doença periodontal caracteriza-se pela perda óssea e pela formação de bolsas periodontais devido à presença de um biofilme de bactérias anaeróbias negativas que

desencadeiam uma resposta do sistema imunitário que leva à destruição do periodonto (4). Associado ao desenvolvimento desta patologia existem vários fatores de risco como: o tabagismo, o stress e algumas doenças sistémicas (4).

É uma patologia que pode apresentar sintomas pouco perceptíveis por parte dos pacientes (22). Porém, formas mais severas de periodontite podem causar sintomas como: sangramento gengival, mobilidade dentária, dor nas gengivas, halitose e perda de dentes (1).

Nos últimos anos tem sido feita alguma investigação nesta área e encontrou-se uma forte relação entre a periodontite e algumas doenças sistémicas como: a diabetes (10,12), as doenças cardiovasculares (13), a osteoporose e a artrite (4,14) cuja prevalência também está bastante associada à idade.

A progressão da doença e a sua relação com a idade deve-se ao facto de haver uma acumulação dos fatores de risco ao longo da vida, bem como à existência de um tratamento ineficaz por falta de compreensão do paciente.

### **2.3.3. Edentulismo**

A perda de dentes é um importante indicador de saúde oral (20,23) e pode afetar negativamente a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Apesar da percentagem de indivíduos edêntulos nalguns países ter vindo a diminuir (5,24-26) em Portugal tal não se verifica. Com o envelhecimento, é bastante frequente verificar-se a perda de dentes (23,27) e a necessidade de um tratamento reabilitador nestes indivíduos (26).

A doença periodontal e a cárie dentária, quando não tratadas, contribuem para a perda de dentes (4,21).

O edentulismo tem impactos a nível funcional, social e psicológico do indivíduo, pois muitas vezes a perda de dentes dificulta a capacidade em falar, mastigar, compromete o aspeto pessoal (27), a capacidade de se relacionar com os outros e pode levar ao isolamento social, em casos mais graves. Apesar de hoje em dia existirem condições

protésicas bastante satisfatórias em termos estéticos e funcionais nada substitui um dente natural e nem todas as reabilitações são acessíveis em termos económicos a todas as pessoas.

O edentulismo e a utilização de próteses estão associados com a não utilização de serviços médico-dentários (25).

#### **2.3.4. Hiposalivação**

A saliva é bastante importante na cavidade oral, pois é um aliado precioso contra a formação e desenvolvimento de lesões cariosas (28). Esta possui uma ação de tamponamento que permite remineralizar o esmalte e manter o pH da cavidade oral neutro e acima do pH crítico (29).

A sensação de boca seca é uma queixa bastante frequente em indivíduos idosos (5). Com a idade poderá verificar-se uma redução na produção de saliva, bem como alterações na sua composição (3). Estas alterações são consequência da toma de alguma medicação, como é o caso dos antidepressivos, anti-histamínicos e anti-hipertensores. A radioterapia (30), as patologias sistémicas, nomeadamente depressão ou ansiedade também provocam mudanças nas glândulas salivares. A hiposalivação contribui para o desenvolvimento de cáries e dificulta a capacidade de comunicar, comer e mastigar do indivíduo (3-4).

#### **2.3.5. Cancro oral**

O cancro oral é o sexto cancro mais comum em todo o mundo e é mais frequente no género masculino, contudo a sua incidência está a aumentar no género feminino. A maior parte deste tipo de carcinomas ocorre depois dos quarenta anos (28) e é uma patologia relacionada com a idade, cuja prevalência tem tendência a aumentar devido ao

envelhecimento populacional. O seu aparecimento está associado à exposição a distintos fatores de risco (31) nomeadamente: o tabagismo, o álcool, a presença de HPV subtipo 16 e 18 (32), a radiação ultravioleta e a dieta (33).

A localização mais comum do cancro oral é o pavimento da boca, bordo lateral da língua e o palato mole. Em 1978 a OMS (34) classificou a leucoplasia e a eritroplasia como lesões pré-malignas, sendo que o líquen plano erosivo, o lúpus eritematoso discoide, a fibrose submucosa, a disqueratose congénita e a candidíase crónica também se incluem neste grupo.

O tratamento para este tipo de tumores malignos consiste essencialmente, em radioterapia, quimioterapia e cirurgia. A excisão cirúrgica destes tumores é a primeira linha de opção, sendo a mais eficaz (33). Porém, consoante a dimensão do tumor a cirurgia pode ser mais extensa, o que compromete a cavidade oral e a necessidade de tratamento reabilitador por parte do paciente. A quimioterapia é utilizada em estados mais avançados da neoplasia e pode conduzir a efeitos secundários indesejados para o paciente. Os indivíduos portadores de prótese e uma menor periodicidade na utilização dos cuidados médico-dentários fazem com que o diagnóstico desta patologia se continue a realizar muito tardiamente (33), apesar de existir cada vez mais tratamentos.

## 2.4. Saúde oral relacionada com a qualidade de vida

O conceito de saúde oral tem vindo a sofrer alterações no decorrer dos últimos anos. Em 2016, a FDI (35) adotou uma nova definição de saúde oral que nos oferece uma visão mais ampla deste conceito e que permite integrar a saúde oral na saúde sistémica, bem como o seu impacto na qualidade de vida do indivíduo. Ainda neste conceito a saúde oral é influenciada pelas perceções do indivíduo, pelas suas expetativas e pela sua capacidade de adaptação a determinadas condições.

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QDVRSO), segundo Sisco *et al.* (36) é definida como o “bem-estar físico, psicológico e social relacionado com a saúde oral”. Características demográficas, o acesso e utilização dos serviços de saúde influenciam a QDVRSO, e como esta é medida por indicadores de saúde oral, pode ser utilizada para determinar de que forma as disparidades podem afetar a saúde (36).

O OHIP-14 é um instrumento que permite determinar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QDVRSO) (26,37-40) e de que forma esta pode influenciar as interações sociais e aspetos diários de cada um (36).

### **2.4.1. OHIP-14**

O OHIP desenvolvido por Slade e Spencer em 1994 (41) é constituído por quarenta e nove questões, divididas em sete domínios relativos ao impacto da saúde oral na qualidade de vida. Contudo, em 1997 Slade (42) e em 2002 Locker e Allen (43) desenvolveram questionários mais curtos. A versão reduzida do questionário desenvolvida por Slade e utilizada neste estudo é constituída por catorze questões divididas em sete dimensões referentes ao impacto da saúde oral na qualidade de vida nos últimos doze meses: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica, social e desvantagem (44-45).

O OHIP-14 é um instrumento que permite avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QDVRSO) (26,37-40). Valores mais elevados no questionário OHIP-14 indicam um maior impacto da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos (38,46).

## **2.5. Fatores associados ao recurso a cuidados médico-dentários**

Segundo a OMS (47) metade da população mundial continua sem acesso aos serviços de saúde. Numa tentativa de ultrapassar esta lacuna, a FDI (48) propôs, em 2019, um documento cujo objetivo é promover a saúde oral nas populações de todos os países e que estas tenham acesso aos cuidados médico-dentários de forma gratuita.

Em Portugal, a procura por parte do idoso na obtenção de assistência médico-dentária ainda é bastante deficitária e depende de vários fatores: socioeconómicos (49), demográficos (25) e culturais (50). Para além destes fatores, indivíduos edêntulos ou portadores de próteses visitam com menor frequência os cuidados dentários, pois existe uma menor perceção da necessidade de tratamentos relacionados com a cavidade oral. (25).

### **2.5.1. Fatores socioeconómicos**

Com o passar dos anos, a saúde oral vai ficando comprometida nomeadamente devido ao aparecimento e agravamento de algumas patologias sistémicas, mas também devido a fatores económicos que comprometem a saúde e a busca por cuidados médico-dentários (51).

O envelhecimento está muitas vezes associado a mudanças, visto que o indivíduo passa de trabalhador a aposentado o que pode provocar declínios na saúde e nos cuidados diários de higiene (46), bem como nos gastos económicos com a sua saúde (52). Contudo, as desigualdades sociais persistem com a idade.

Um nível de educação e um rendimento mais elevado estão associados a uma maior procura pelos serviços de saúde, a um maior interesse e preocupação com a sua saúde e uma maior utilização de medidas preventivas (6,53). Os indivíduos de estatutos socioeconómicos mais elevados possuem rendimentos mais elevados para poderem investir em tratamentos dentários mais caros e complexos (52), como por exemplo, tratamentos reabilitadores com prótese fixa e implantes. Estes apresentam uma maior

perceção quanto à necessidade de tratamento dentário e quanto à presença de cáries, contrariamente a indivíduos com rendimentos mais baixos (54).

Por conseguinte, um estatuto socioeconómico e um nível de educação mais baixo estão associados a uma maior prevalência de cáries, doença periodontal (52) e a um não tratamento destas doenças. Um rendimento mais baixo está associado a uma maior probabilidade de indivíduos edêntulos (24,25) pois existe uma menor periodicidade nas consultas de controlo e um menor entendimento da necessidade de efetuar cuidados de higiene oral diários. Como existe uma menor disponibilidade monetária a alimentação destes indivíduos é muitas vezes incorreta, optando por alimentos ricos em hidratos de carbono e gorduras saturadas o que se torna nefasto para cavidade oral e a saúde. Uma educação mais baixa está relacionada com uma menor utilização dos serviços dentários (54). Nos países desenvolvidos, o desemprego e a pobreza tem vindo a ser associados com as desigualdades na saúde (55).

Em Portugal, na área de Medicina Dentária, apesar de existirem alguns médicos dentistas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) a maior parte das consultas são realizadas no setor privado tornando os tratamentos mais dispendiosos e nem sempre acessíveis a todos os indivíduos. Ainda assim, alguns indivíduos podem recorrer a ADSE, seguros de saúde e no caso de possuírem rendimentos mais baixos podem usufruir do cheque-dentista e do complemento solidário para idosos.

Assim, é necessário perceber de que modo as desigualdades sociais podem comprometer a saúde oral dos indivíduos, de que forma podemos atuar e quais os indivíduos mais carenciados de tratamentos.

### **2.5.2. Fatores demográficos**

Em termos demográficos, a área de residência do indivíduo pode condicionar a utilização dos serviços de saúde (25,49).

Em meios urbanos existe uma maior oferta dos serviços de saúde, o que permite que o indivíduo tenha um maior leque de opções e por conseguinte visite com uma maior periodicidade os serviços de saúde. Os indivíduos que residem em meios rurais utilizam com uma menor frequência os serviços dentários (25,56) pois nestas áreas existe uma

menor oferta destes cuidados. Estas populações têm de percorrer maiores distâncias para obter uma consulta médico-dentária. Outros fatores associados a uma menor procura dos cuidados dentários, é o facto do idoso residir sozinho e o isolamento social (25), que está muitas vezes relacionado com o meio rural em que o indivíduo se insere.

A utilização dos serviços médico-dentários é também dificultada pela institucionalização (16), (30). Os idosos institucionalizados apresentam uma maior frequência de cáries (10) uma maior dificuldade para realizarem a sua higiene oral e em deslocarem-se a consultas médico-dentárias (30), comparativamente com idosos não institucionalizados. Por sua vez, o facto de a população geriátrica apresentar dificuldades na locomoção condiciona o acesso aos cuidados de saúde (30), visto que, muitas das instalações de saúde não estão adaptadas a estas situações e as instituições não têm médicos-dentistas a trabalhar com elas. A maior parte dos funcionários das instituições não possuem conhecimentos suficientes relativamente aos cuidados de higiene oral que devem prestar aos idosos (50,57). Segundo Chrusciel *et al.* (58) a população idosa apresenta melhores resultados de saúde oral, quando lhes são prestados cuidados por familiares do que quando são prestados por indivíduos da instituição.

Em Portugal, as instituições dividem-se nas particulares de solidariedade social, que são financiadas pelo estado e destinam-se a indivíduos idosos com menos recursos económicos e as instituições privadas que são suportadas pelo próprio idoso ou pela família do mesmo, sem qualquer tipo de suporte económico por parte do estado.

### **2.5.3. Fatores culturais**

Nos países desenvolvidos podemos observar cada vez mais uma maior diversidade cultural como consequência da imigração e de uma maior liberdade de circulação entre povos de diversos países. Esta diversidade cultural permite observar determinadas características anatómicas distintas, como também contribui para as desigualdades sociais entre imigrantes e nativos do próprio país (55). Entre raças diferentes verificam-se desigualdades em termos de saúde oral (59), sendo que se observa que raças distintas no mesmo país apresentam diferentes resultados nos índices de saúde oral, bem como nas condições de acesso aos serviços de saúde. Num estudo realizado nos

Estados Unidos da América entre 2011 e 2012, relativamente à perda de dentes verificou-se (20) que indivíduos hispano-americanos negros apresentam mais dentes perdidos comparativamente com indivíduos hispano-americanos brancos.

Apesar de nos últimos anos se verificar um aumento de indivíduos idosos, a saúde oral tem vindo a melhorar nalgumas populações (24,50) enquanto noutros países não se verifica, como é o caso de Portugal. A gravidade e a prevalência das doenças orais variam entre estados membros da União Europeia (31). A procura pelos cuidados médico-dentários também tem vindo a aumentar, nalguns países, o que permite que esses apresentem melhores índices de saúde oral (60) e uma menor percentagem de indivíduos edêntulos (24). Por sua vez, as escolhas de reabilitação de idosos edêntulos também é diferente entre países. Em alguns as soluções continuam a passar por próteses removíveis, enquanto noutros, com maior poder económico optam-se por soluções de prótese fixa e implantologia.



### **3. Material e métodos**



## **3. Material e métodos**

### **3.1. Tipo de estudo**

Foi desenhado um estudo epidemiológico do tipo observacional transversal, que permite descrever uma determinada população e determinar se existe relação entre as variáveis propostas. O presente estudo de investigação passou por um processo de avaliação e aprovação por um painel de júris da Universidade Católica Portuguesa de Viseu.

#### **3.1.1. Revisão Bibliográfica**

Para a revisão bibliográfica foi realizada uma pesquisa de artigos científicos nas bases de dados PubMed e Scielo com as seguintes palavras-chave: “*Health Inequalities in elderly*” and “*Oral Health*”; “*Elderly*” and “*Oral Health*”; “*Edentulism*” and “*Elderly*”; “*Factors associated with dental care*” and “*Elderly*”. A pesquisa foi realizada em Português e Inglês e foram incluídos artigos de investigação e revisão bibliográfica. Foram utilizados artigos e livros publicados de 2008 até ao presente ano.

#### **3.1.2. Amostra**

Para o estudo observacional descritivo transversal foi analisada uma amostra de conveniência de 105 indivíduos. 50 eram idosos institucionalizados em lares do concelho de Viseu e 55 idosos não institucionalizados.

Só se consideraram indivíduos com mais de 65 anos (9). Do grupo de idosos não institucionalizados faziam parte pacientes que frequentavam a clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu. O grupo de idosos institucionalizados fazia parte das seguintes instituições: lar Viscondessa de S. Caetano, residência lar Viso Norte e o centro social e paroquial de Rio de Loba do concelho de Viseu. Tanto o lar Viscondessa de S. Caetano como a residência lar Viso Norte são instituições privadas, enquanto que o centro social e paroquial de Rio de Loba é uma instituição particular de solidariedade.

- **Crítérios de exclusão:**

- Indivíduos com menos de 65 anos;
- Questionários incompletos, com mais de três perguntas por responder ou em que não foi possível realizar o exame intraoral;
- Indivíduos com alzheimer ou qualquer outro tipo de demência;
- Indivíduos que não autorizem a participação através do consentimento informado.

### **3.1.3. Consentimento informado**

O estudo foi realizado de acordo com o código de ética e de conduta do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, da declaração de Helsínquia (versão 2013) e da convenção de Oviedo, relativamente à proteção de dados. Os participantes foram devidamente informados sobre o que se pretendia com este estudo. Antes de se aplicar qualquer questionário, o consentimento informado teria de ser assinado de forma a autorizar a sua participação. (Anexo 1)

### **3.1.4. Observadores**

Todas as observações foram realizadas apenas por um observador, porém este examinador foi sempre acompanhado por um anotador que foi apontando os dados obtidos. Foram dadas instruções ao anotador sobre de que forma devia registrar os dados consoante a informação obtida.

### **3.1.5. Material**

O material utilizado, para realizar o exame intraoral foi o seguinte: luvas, máscaras, espelhos intraorais, espátulas, compressas e sondas periodontais da OMS. Foram tidos em conta os princípios de controlo de infeção cruzada, utilizando material descartável, esterilizado, e aberto somente no momento do exame clínico. Todo o material foi posteriormente levado para ser depositado em contentor próprio para contaminados.

### **3.1.6. Aplicação dos questionários**

Antes de se iniciar a recolha de dados foi realizado um pré-teste, em Fevereiro com uma amostra de 13 indivíduos de forma a verificar se seria necessário realizar algumas alterações no questionário. Após aplicação do pré-teste, o questionário foi sujeito às seguintes mudanças: a questão 1.4 foi alterada de “tipo de instituição” para “tipo de residência”, na questão 1.5 relativamente às habilitações literárias acrescentou-se a opção “completou doutoramento” e na questão 2.9 acrescentou-se a opção “menos de 6 meses”.

Para obter dados sobre as características de cada indivíduo e que sejam alusivas ao estudo foi aplicado, de Março a Maio de 2019, um questionário constituído por três partes.

Numa primeira parte foram analisados dados consoante os aspetos sociodemográficos do idoso, como é o caso: da idade, a área de residência (“rural”; “vila” e “cidade”), o tipo de habilitações literárias (“não sabe ler nem escrever”; “frequentou a escola primária, mas não obteve o exame da 4ª classe”; “tem o exame da 4ª classe”; “Completo o 9º ano, antigo 5º ano - curso geral do liceu/corso industrial/outro equivalente”; “Completo o 7º ano - curso complementar do liceu”; “frequentou o ensino superior” e “completo o doutoramento”) e o tipo de rendimento mensal, em euros.

Numa segunda parte do questionário foram recolhidos dados em relação à saúde oral do idoso e à procura de cuidados médico-dentários. Nesta secção o idoso foi questionado quanto à utilização de próteses dentárias assim como os métodos e frequência de higiene oral. Foi ainda abordada a frequência e a procura pelos cuidados de saúde oral bem como a perceção da necessidade de tratamento dentário.

A última parte do questionário era constituída pelo OHIP-14 validado para a língua Portuguesa (61) pelo Professor Doutor Frias-Bulhosa com adequadas propriedades psicométricas (alfa de cronbach= 0,93). Este inquérito foi o escolhido porque permite determinar o impacto da saúde oral na qualidade de vida (46) e demonstrou ser um teste válido e preciso (38). O questionário era constituído por 14 questões divididas em 7 dimensões referentes ao impacto da saúde oral na qualidade de vida nos últimos 12 meses: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica, social e desvantagem. Cada questão era constituída por cinco opções das quais cada resposta tinha uma pontuação associada, “nunca” = 0 pontos, “raramente” = 1 ponto, “poucas vezes” = 2 pontos, “algumas vezes” = 3 pontos, “quase sempre” = 4 e “não sei” que não tinha nenhuma pontuação associada. Em seguida, todas as respostas foram somadas. Os valores mais elevados de OHIP-14 indicam um maior impacto da saúde oral na qualidade de vida dos idosos (38,46). (Anexo 2)

### **3.1.7. Exame intraoral**

Após a realização dos questionários foi efetuado o exame intraoral.

Nesta parte foi analisado o índice de cáries, bem como a higiene oral de cada indivíduo e a necessidade de tratamento médico-dentário.

Para avaliar o índice de cáries foi utilizado o CPOD, de forma a avaliar o número de dentes cariados, dentes perdidos por cárie e obturados (19). Um CPOD mais elevado significa mais dentes com cáries. Na aplicação deste índice apenas se consideraram 28 dentes (excluindo-se terceiros molares).

A higiene oral de cada paciente foi ainda classificada como: “boa”, “satisfatória” e “má”. A necessidade de tratamento foi classificada consoante um código de 0 a 4. Num paciente com código de 0 não existia necessidade de tratamento, pois a cavidade oral apresentava-se sem cáries e sem presença de tártaro. Um código de 1 correspondia à necessidade de um tratamento preventivo, como por exemplo, a realização de uma destarização ou aplicação de flúor. Um código de 2 ou superior foi aplicado a utentes que apresentavam lesões cariosas, dentes por extrair ou alguma situação de urgência. (Anexo 3)

### **3.1.8. Análise estatística dos resultados**

A análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 24) de forma a fazer uma estatística descritiva e inferencial dos resultados obtidos. Nos casos em que existiam dados em falta calculou-se as frequências relativas apenas para os casos válidos.

As associações entre as variáveis foram analisadas recorrendo-se ao teste do Qui-quadrado e teste de Fisher e cujo o nível de significância foi de 5%. As variáveis cruzadas apenas foram consideradas para inclusão nos resultados quando apresentavam uma relação estatisticamente significativa.



## **4. Resultados**



## **4. Resultados**

Nesta secção serão apresentadas as tabelas e os gráficos referentes à análise estatística dos dados recolhidos aquando da aplicação do questionário e do exame intraoral. Inicialmente será realizada uma estatística descritiva dos resultados obtidos seguida de uma estatística inferencial.

### **4.1. Análise estatística descritiva**

#### **4.1.1. Caracterização da amostra**

Foram distribuídos 118 questionários aos idosos institucionalizados nas instituições do concelho de Viseu mencionadas na secção dos materiais e métodos e aos utentes da clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu. No final da recolha obteve-se 105 questionários, sendo que não houve nenhum questionário considerado como inválido. No entanto, os 13 inquéritos do pré-teste não foram incluídos na amostra analisada nos resultados.

O intervalo de idades dos inquiridos do estudo foi compreendido entre os 66 e os 94 anos. As idades mais frequentes são entre os 70 e os 71 anos ( $n=12;11,5\%$ ) sendo que a média de idades dos participantes é de 77,93 anos.

A amostra de participantes idosos no estudo foi maior no género feminino ( $n=60;57,1\%$ ) que no género masculino ( $n=45;42,9\%$ ).

Relativamente à distribuição da amostra por área de residência, a maior parte dos indivíduos deste estudo residia em meio rural ( $n=66;62,9\%$ ) comparativamente aos participantes que habitavam em meio urbano ( $n=34;32,4\%$ ). A menor percentagem de participantes, por área de residência correspondeu ao grupo de idosos que residia numa vila ( $n=5;4,8\%$ ). Do grupo de idosos institucionalizados a maior percentagem correspondeu aos que pertenciam às instituições particulares de solidariedade ( $n=28;26,6\%$ ) comparativamente com os participantes das instituições privadas

(n=22;21,0%). Os restantes inquiridos faziam parte do grupo de idosos não institucionalizados que eram pacientes da clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu (n=55;52,4%).

Relativamente às habilitações literárias a maior parte dos inquiridos “fizeram exame da 4ª classe” (n=49;46,7%), seguidos pelos que “não completaram a 4ª classe” (n=42; 40,0%). Uma pequena percentagem dos participantes deste estudo “completou o ensino superior” (n=3;2,9%) e “completou o doutoramento” (n=1;1,0%). Nesta questão apenas um inquirido não respondeu, o que contribui para 1% das respostas omissas.

Quando questionados quanto ao rendimento mensal a maior parte dos participantes idosos do estudo afirmam ter um rendimento entre 500-1000 euros (n=52;49,5%). Apenas uma pequena percentagem demonstrou usufruir de valores superiores a 1500 euros. Esta questão foi a que obteve maior percentagem de valores omissos.

#### **4.1.2. Hábitos de Higiene Oral e Procura pelos cuidados Médico-Dentários**

Segundo a tabela 1, verifica-se que a maior parte dos idosos do estudo referem utilizar prótese/implante dentário e a maioria dos que utilizam próteses dentárias, estão satisfeitos com as mesmas (n=50;47,6%).

**Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto à utilização de próteses/implantes dentários**

<b>Uso de prótese</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sim	67	63,8
Não	38	36,2

Relativamente aos hábitos de higiene oral, a maior parte dos participantes do estudo afirmam escovar os dentes todos os dias (n=86;81,9%), sendo que uma pequena percentagem (n=18;17,1%) não realiza a sua higiene oral diariamente. Dos participantes que não higienizam os dentes/próteses diariamente a maior percentagem (n=10;55,6%), refere escovar pelo menos 2x/semana, seguidos dos que escovam apenas 1x/semana (n=3;16,7%). Apenas um inquirido (5,6%) afirma nunca escovar os dentes e quatro inquiridos (n=4;22,1%), dos que não escovam diariamente recusaram-se a responder a esta questão. De acordo com o gráfico 2, a maior parte dos inquiridos (n=51;58,7%) afirmam apenas escovar os dentes/próteses dentárias 1x/dia. Quando questionados sobre os métodos de higiene oral (tabela 2), a maior parte da amostra utiliza escova manual e pasta dentífrica como principais opções de higienização. Porém, apenas uma pequena percentagem dos participantes usa fio dentário como método complementar de higiene oral.

**Gráfico 2 - Distribuição da amostra quanto à frequência diária de escovagem dos dentes/próteses dentárias**



**Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto aos métodos de higiene oral utilizados**

<b>Métodos de HO</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Escova Manual	90	42,9
Pasta Dentífrica	83	39,5
Escova Elétrica	4	1,9
Fio Dentário	4	1,9
Colutório	14	6,7
Raspador Lingual	1	0,5
Palitos	8	3,8
Escovilhão Interproximal	6	2,8

Quando questionados relativamente à necessidade de tratamento médico-dentário a maior parte dos idosos afirmam não necessitar (n=51;48,6%). Uma pequena percentagem não sabe se necessita de tratamento (n=15;14,3%) e os restantes inquiridos afirmam necessitar (n=37;35,2%).

A maior parte dos indivíduos da amostra (n=59;56,2%) refere que não frequentou um médico dentista nos últimos 12 meses. O principal motivo para os idosos do estudo não procurarem os cuidados médico-dentários prende-se com o facto de não sentirem necessidade (n= 40;38,1%). Uma pequena percentagem dos indivíduos (n=11;10,5%) consideram as consultas dispendiosas, 5 idosos sentem dificuldades para se deslocar a uma consulta e 2 indivíduos referiram outros motivos. Apenas um indivíduo no estudo referiu sentir medo. Segundo a tabela 3, a maior parte dos idosos não consultam um médico dentista a mais de 10 anos. Dos 46 elementos da amostra que consultaram um médico-dentista no último ano, a maior parte (n=20;43,5%) foi devido a um tratamento de urgência devido a dor ou lesão, seguidos dos que visitaram para controlo de prótese ou implante (n=14;30,5%). Uma pequena percentagem, visitou para colocação de prótese/implante (n=6;13,0%) e consultas preventivas para check-up (n=6;13,0%).

**Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto à última vez que visitaram o médico dentista**

<b>Última vez que visitou o MD</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Cerca de 2 anos	6	11,1
Entre 2 e 5 anos	8	14,8
Mais de 5 anos	15	27,7
Mais de 10 anos	25	46,3

Quando questionados se frequentam as consultas de controlo de próteses/implantes a maior parte dos idosos refere que “não costuma frequentar” (n=46; 70,7%) e o principal motivo prende-se pelo facto de “não sentirem necessidade” (n=25;55,5%) seguidos pelos indivíduos que “não sabiam que tinham de frequentar” (n=9;2,0%).

Já no que refere à autoperceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, verificámos uma maior frequência de pontuações entre 0-10 no OHIP-14 (tabela 4). Tal é indicativo de uma autoperceção de reduzido impacto da saúde oral na qualidade de vida.

**Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto aos valores obtidos de OHIP-14**

<b>Pontuação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Pontuação 0-10	73	69,5
Pontuação 11-20	21	20,0
Pontuação >20	11	10,5

Segundo a tabela 5, no CPOD o máximo de dentes perdidos devido a cárie, nos indivíduos analisados foi 26, de dentes obturados foi 24 e, por último, o máximo de dentes

cariados encontrado por indivíduo na amostra foi de 9. O valor máximo de CPOD obtido nos idosos analisados foi 28.

Relativamente à avaliação da higiene oral de cada indivíduo do estudo a maior parte apresentava uma higiene classificada como “satisfatória” (n=50), seguidos dos que apresentavam uma higiene oral classificada como “má” (n=47). Aquando da observação intraoral verificou-se que 59 idosos apresentavam placa bacteriana nas próteses/dentes. Após observação da cavidade oral verificou-se que 52,4% (n=55) dos elementos da amostra necessitavam de tratamento, sendo que 43,8% (n=46) precisavam de um tratamento preventivo ou de rotina. Para além disso, 3,8% (n=4) dos indivíduos necessitavam de um tratamento urgente devido a dor ou infeção.

**Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto aos valores obtidos no CPOD**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Dentes cariados	105	0	9	1,20	1,678
Dentes perdidos por cárie	105	0	26	11,21	7,590
Dentes obturados	105	0	24	2,17	3,268
CPOD	105	0	28	14,10	7,252

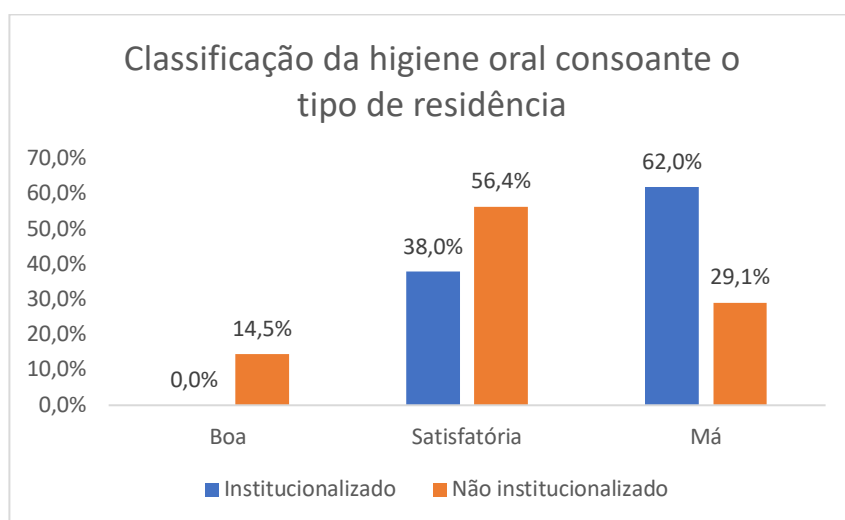
## 4.2. Análise estatística inferencial

Nesta secção serão apresentados os resultados obtidos após o cruzamento das variáveis. Porém, só serão apresentados os que demonstraram significância estatística.

### 4.2.1. Relação entre o tipo de residência e avaliação da higiene oral

A relação existente entre o tipo de residência e a avaliação da higiene oral dos indivíduos da amostra foi analisada, recorrendo-se ao teste qui-quadrado. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value} < 0,05$ . Segundo o gráfico 3, os idosos institucionalizados apresentam uma maior percentagem (62,0%) de higiene oral classificada como “má” comparativamente aos indivíduos não institucionalizados. A maioria dos inquiridos não institucionalizados demonstraram ter uma higiene oral classificada como “satisfatória” (56,4%).

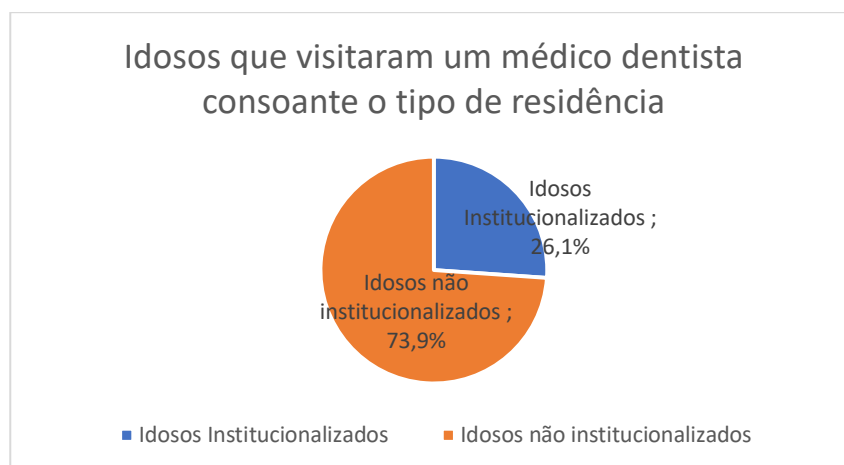
**Gráfico 3 - Distribuição dos idosos consoante o tipo de residência em relação a avaliação da avaliação da higiene oral**



### 4.2.2. Relação entre o tipo de residência e a visita a um médico dentista nos últimos 12 meses

Recorrendo-se ao teste qui-quadrado, analisou-se a relação existente entre o tipo de residência dos indivíduos da amostra e a visita a um médico dentista nos últimos 12 meses dos indivíduos da amostra. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value} < 0,05$ . Segundo o gráfico 4, os idosos não institucionalizados têm uma maior percentagem de “consulta no médico dentista no último ano”, comparativamente com os idosos institucionalizados.

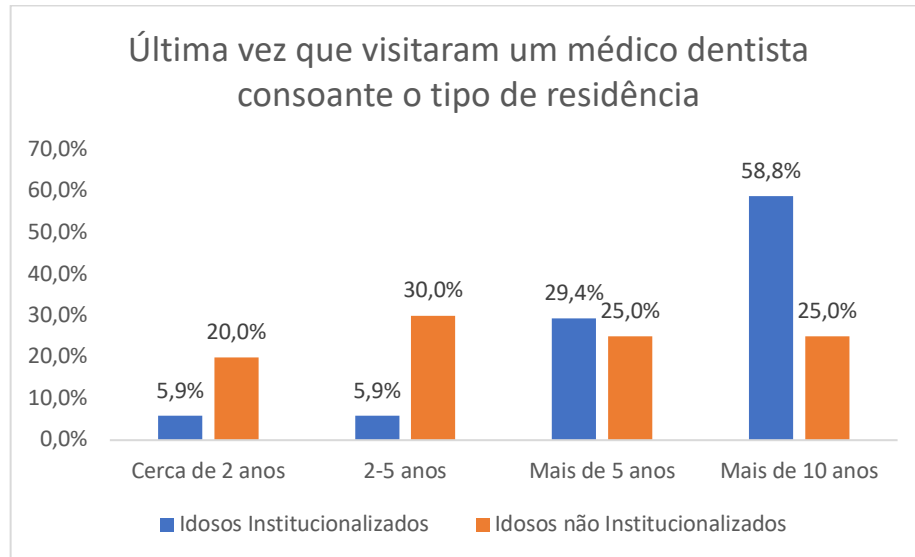
**Gráfico 4 - Distribuição dos idosos consoante o tipo de residência e terem visitado um médico dentista nos últimos 12 meses**



#### **4.2.3. Relação entre o tipo de residência e a última vez que visitaram um médico dentista**

A relação existente entre o tipo de residência e a última vez que os indivíduos da amostra visitaram um médico dentista dos indivíduos da amostra foi analisada, recorrendo-se ao teste qui-quadrado. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value} = 0,015 < 0,05$ . Os idosos institucionalizados apresentam uma maior percentagem (58,8%) em terem consultado um médico dentista há mais de 10 anos, comparativamente com os elementos da amostra não institucionalizados (25,5%).

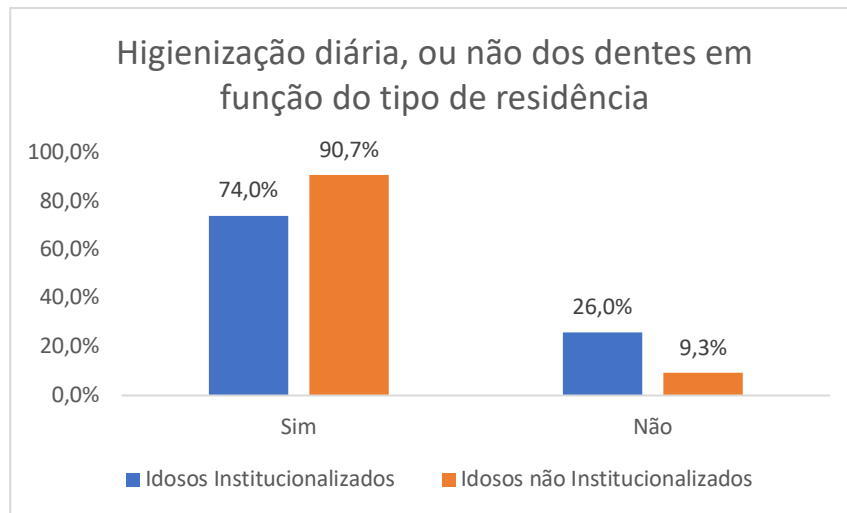
**Gráfico 5 - Distribuição dos idosos, consoante o tipo de residência, em função da última vez que visitaram um médico dentista**



#### **4.2.4. Relação entre o tipo de residência e a escovagem diária dos dentes**

A relação existente entre o tipo de residência e a escovagem diária dos dentes da amostra foi analisada, recorrendo-se ao teste de qui-quadrado. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value}=0,024<0,05$ . Segundo o gráfico 6, os idosos não institucionalizados apresentam maior percentagem (90,7%) de escovagem diária dos dentes/próteses comparativamente com os institucionalizados.

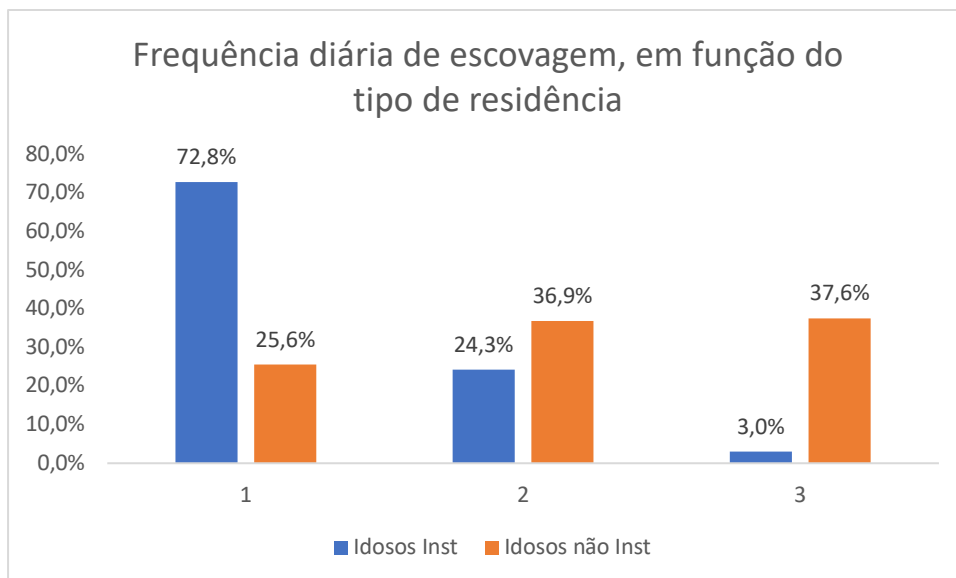
**Gráfico 6 - Distribuição dos idosos, consoante o tipo de residência em função se higienizam os dentes diariamente**



#### 4.2.5. Relação entre o tipo de residência e a frequência diária de escovagem.

A relação existente entre o tipo de residência e a frequência diária de escovagem da amostra foi analisada, recorrendo-se ao teste de Fisher. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value}=0,026<0,05$ . Dos indivíduos institucionalizados da amostra 72,8% (n=27) realizam a escovagem dentária apenas 1x/dia, enquanto que os utentes da clínica da Universidade Católica Portuguesa demonstraram ser mais conscientes relativamente aos cuidados de higiene oral, realizando a escovagem dentária entre 2 a 3x/dia (n=26; 74,45%).

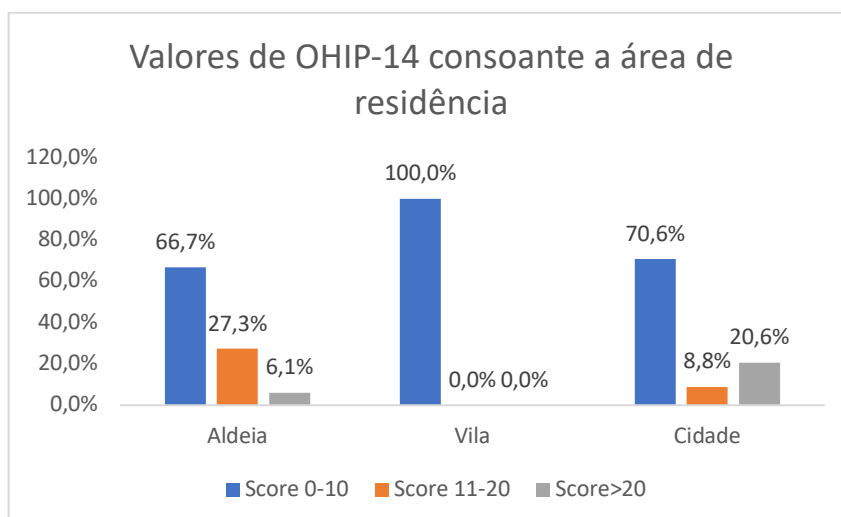
**Gráfico 7- Distribuição dos idosos, consoante o tipo de residência, em função da frequência de escovagem diária**



#### 4.2.6. Relação entre a área de residência e o OHIP-14

A relação existente entre a área de residência e os valores obtidos no OHIP-14 da amostra foram analisados, recorrendo-se ao teste de qui-quadrado. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value}=0,030 < 0,05$ . A maior percentagem de idosos que apresentaram valores de OHIP-14 superiores a 20 correspondeu aos idosos que residiam em meio urbano (20,6%).

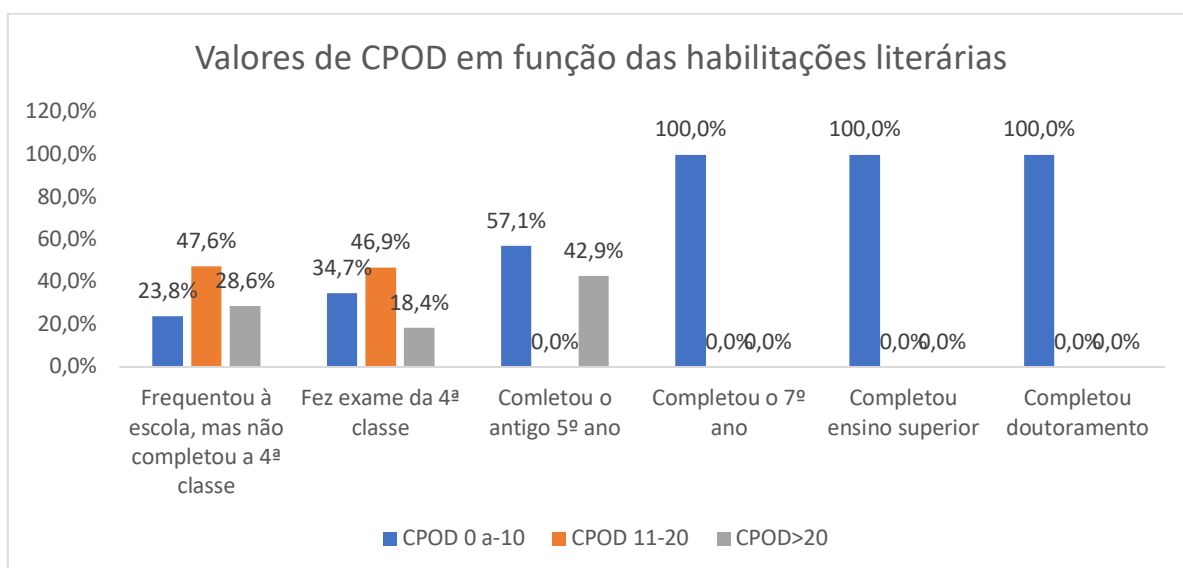
**Gráfico 8 - Distribuição dos idosos, consoante a área de residência e o valor obtido de OHIP-14**



#### 4.2.7. Relação entre as habilitações literárias e o CPOD

A relação existente entre a área de residência e os valores obtidos no CPOD da amostra foram analisados, recorrendo-se ao teste de Fisher. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value}=0,024<0,05$ . De acordo com o gráfico 9, valores mais elevados de CPOD, correspondem aos indivíduos idosos com menos habilitações literárias, ou seja, até aos que “frequentaram a escola, independentemente de terem ou não realizado o exame da 4ª classe” (47,1%).

**Gráfico 9 - Distribuição dos idosos, consoante as habilitações literárias e os valores de CPOD**

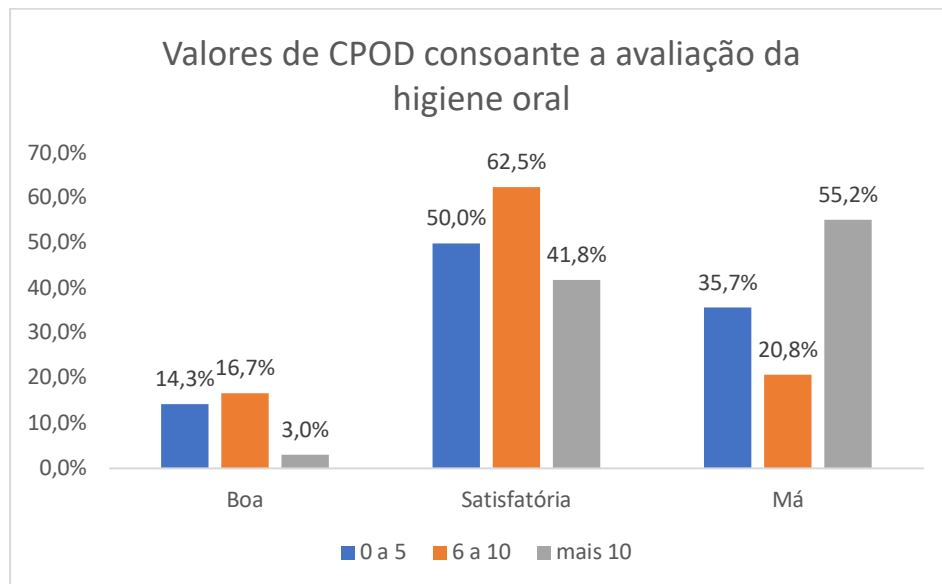


#### 4.2.8. Relação entre o CPOD e a avaliação da higiene oral

A relação existente entre o CPOD e a avaliação da higiene oral dos indivíduos da amostra foi analisada, recorrendo-se ao teste qui-quadrado. Verificou-se que as variáveis estão significativamente relacionadas, pois  $p\text{-value}=0,018<0,05$ . Os indivíduos da amostra, que apresentavam um CPOD de mais de 10 dentes cariados ( $n=37;55,2\%$ )

apresentavam uma maior prevalência de higiene oral classificada como “má” comparativamente aos que apresentavam um CPOD de menos dentes cariados.

**Gráfico 10 - Distribuição dos idosos, consoante a avaliação da higiene oral e os valores de CPOD**





## **5. Discussão**



## 5. Discussão

O presente estudo observacional transversal tinha como principal objetivo inferir quais os fatores que influenciam a procura pelos cuidados médico-dentários em Portugal por idosos institucionalizados e não institucionalizados. Após uma análise detalhada e alusiva ao tema, verificámos durante a pesquisa bibliográfica, que fatores socioeconómicos (6,49,53) demográficos (25,58) e culturais (50,59), pareciam condicionar a obtenção de assistência em saúde e os comportamentos de saúde oral dos indivíduos estudados. Através das respostas obtidas durante aplicação do questionário e da observação intraoral conseguimos deduzir e caracterizar fatores socioeconómicos, demográficos e avaliar a saúde oral dos elementos da amostra. Esses dados foram posteriormente introduzidos e analisados no software estatístico SPSS. Relativamente aos aspetos culturais, estes não foram inferidos durante a aplicação dos inquéritos, pois tendo em conta a amostra obtida, não se verificaram diferenças raciais. No entanto, a análise deste fator foi realizada tendo em conta os estudos feitos noutros países e uma comparação com a presente investigação foi levada a cabo.

A aplicação dos questionários no Concelho de Viseu, nas instituições referenciadas na secção de materiais e métodos, deveu-se à existência de acordos entre a Universidade e as Instituições, o que facilitou o acesso e comunicação por parte da investigadora.

A amostra de conveniência de 105 indivíduos idosos obteve um equilíbrio entre o número de participantes institucionalizados e não institucionalizados, evitando discrepâncias e uma melhor comparação entre os dois grupos. A maior parte dos elementos que constituíam a amostra eram essencialmente do género feminino, possivelmente pelo facto de a esperança média de vida ser maior nesse género (62,63). A idade dos participantes estava compreendida entre os 66 e os 94 anos, o que está de acordo com a definição de idoso sugerida pela OMS (9).

A maioria dos idosos do estudo residiam em meio rural, pois é nestas zonas que se concentra um maior número de população envelhecida do concelho de Viseu (64). Apesar de termos obtido uma amostra bastante elevada de indivíduos a residir em meio rural, a área de residência não obteve significância estatística relativamente à procura pelos cuidados de saúde e aos hábitos de higiene oral. O mesmo facto parece também ter sido observado no estudo de Melo *et al.* (65). Porém, num estudo (25) de comparação

entre a Suécia e a Finlândia, verificou-se que existiam diferenças na frequência das consultas ao médico dentista consoante a área de residência, com consequentes repercussões na saúde oral.

Relativamente às habilitações literárias, grande parte dos indivíduos “fizeram exame da 4ª classe”, seguidos dos “que não realizaram o exame da 4ª classe”. Uma pequena percentagem completou o ensino superior. Apesar de hoje em dia, existir um maior número de indivíduos com maior nível de instrução, na faixa etária presente, o nível de educação básico corresponderia à normalidade da época (62,63).

Quanto aos rendimentos mensais a maior parte dos elementos da amostra usufruíam de valores entre 500-1000 euros, o que está de acordo com a maior parte das aposentações dos indivíduos de Viseu com escolaridade inferior ao 1º ciclo básico (63). Uma pequena percentagem dos idosos apresentou rendimentos mensais superiores a 1500 euros (n=5; 4,8%), o que correspondeu aos indivíduos que tinham um maior nível de escolaridade. No entanto, esta questão poderá ter introduzido possíveis viés à investigação, pois muitos idosos optaram por não responder, enquanto outros poderão ter escolhido quantias que não corresponderiam à sua realidade. Ainda assim, com os resultados obtidos nesta questão, verificamos um desequilíbrio nos rendimentos mensais dos elementos da amostra. Contudo, e contrariamente ao demonstrado noutros artigos (6,24-25,52-53), verificámos que os rendimentos mensais não obtiveram significância estatística relativamente à procura pelos cuidados de saúde e aos hábitos de higiene.

Quanto aos comportamentos e hábitos de higiene oral, a maior parte dos inquiridos higienizam os dentes/próteses dentárias diariamente, o que está de acordo com o estudo da OMD (66). Porém, 58,7% (n=51) da amostra escova os dentes apenas 1x/dia. Dos idosos institucionalizados, 72,8% (n=27) demonstraram realizar a sua escovagem dentária apenas 1x/dia, enquanto que 27,2% (n=10) afirmam higienizar os dentes/próteses pelo menos 2x/dia. No entanto, os pacientes da clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu demonstraram uma maior consciencialização relativamente aos cuidados de higiene oral, visto que 74,5% (n=26) realizam a escovagem dentária pelo menos 2x/dia e somente 25,6% (n=24) escovam apenas 1x/dia. Estes dados aproximam-se de outros estudos realizados em idosos institucionalizados (67-68) e demonstram que a maior parte dos funcionários das instituições não possuem conhecimentos suficientes relativamente aos cuidados de higiene oral que devem prestar aos idosos (48,56,67). Por conseguinte, uma grande percentagem de idosos institucionalizados (62%) apresenta uma higiene oral classificada como “má”, comparativamente aos pacientes da clínica da

Universidade Católica Portuguesa de Viseu. Da totalidade da amostra, 44,7% apresenta uma higiene oral má, esta percentagem parece-nos significativa pois trata-se de um valor considerável para a amostra apresentada. Num estudo realizado na Noruega (5), apenas 27% dos idosos do estudo apresentam uma má higiene oral.

Relativamente às opções que os idosos utilizam para higienizar os dentes, a maioria utiliza escova manual e pasta dentífrica, o que está de acordo com o obtido no estudo de Melo *et al.* (65). Uma pequena percentagem de idosos usa fio dentário e colutório (n=18, 8,57%), o que também é transversal ao estudo de Melo *et al.* (65) e ao estudo da OMD (66). Porém, estes resultados demonstram que relativamente aos cuidados de higiene oral a amostra adota comportamentos abaixo das normas recomendadas (69-70).

Quando questionados quanto à necessidade de tratamento médico-dentário, a maioria refere não necessitar (n=51;48,6%), sendo que, os utentes da clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu pareciam estar mais conscientes relativamente à necessidade de tratamento. Tal pode ser explicado pelo facto de o questionário ter sido aplicado quando os indivíduos procuravam cuidados médico-dentários. 56,2% (n=59) da amostra não consultou um médico dentista nos últimos 12 meses. Tais resultados vão de encontro aos obtidos por Melo *et al.* (65) e aos do estudo da OMD (66). A percentagem de indivíduos que não procurou cuidados médico-dentários no último ano foi superior nos idosos institucionalizados (n=38;64,4%) comparativamente com os idosos não institucionalizados. A mesma semelhança parece ter sido encontrada nos estudos de Pinto *et al.* (67) e Ribeiro *et al.* (68). No presente estudo, a maior parte dos idosos institucionalizados não consultam um dentista há mais de 10 anos, o que parece ser compatível com os resultados de Ribeiro *et al.* (68), nos quais a população geriátrica institucionalizada não consulta um médico dentista há mais de 3 anos. Segundo Freitas *et al* (71) a maior parte dos idosos institucionalizados em Oakland na Califórnia não visitam um dentista há cerca de 5 anos. Quando questionados pelo motivo de não frequentarem um médico dentista, a maior parte dos indivíduos afirmam que não necessitam, seguidos pelos idosos que consideram as consultas dispendiosas. Estes resultados demonstram que a procura pelos cuidados médico-dentários continua bastante deficitária face ao recomendado (69). Esta escassez quanto às visitas ao médico dentista deve-se, em parte, ao facto da população geriátrica apresentar frequentemente problemas de saúde sistémicos, que condicionam o seu estado geral e conseqüentemente contribuem para que a saúde oral seja considerada como secundária, ficando esta cada

vez mais debilitada. Por conseguinte, os indivíduos desta faixa etária apresentam uma grande percentagem de espaços edêntulos o que faz com que não se preocupem tanto com a sua cavidade oral. Estes dados são transversais aos encontrados por Hoeksema *et al.* (6).

A maior parte dos inquiridos que consultaram um médico dentista nos últimos 12 meses afirmam que foi devido a um tratamento de urgência, o que está de acordo com o estudo desenvolvido pela OMD (66), seguidos dos indivíduos que visitaram por consultas de rotina ou motivos relacionados com as próteses/implantes. Porém, nos estudos de Pinto *et al.* (67) e Ribeiro *et al.* (68) a maior parte dos participantes que frequentaram as consultas no último ano foi por motivos de rotina e problemas relacionados com as próteses dentárias. De acordo com Gulcan *et al.* (60) num estudo prospetivo realizado entre a Suécia e a Noruega, foi demonstrado, que na Suécia, a frequência das visitas dentárias tem impacto no quotidiano do indivíduo e, quanto maior esse impacto, maior a regularidade das consultas.

O OHIP-14 é um instrumento validado que permite determinar o impacto da saúde oral na qualidade de vida (26,37-40). Valores mais elevados demonstram um maior impacto da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos (38,46). Os valores obtidos no OHIP foram agrupados em três grupos, consoante as pontuações obtidas. Verificámos uma maior frequência de pontuações entre 0-10 no OHIP-14, o que é indicativo de uma autoperceção de reduzido impacto da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos analisados. No presente estudo verificou-se que a área de residência apresentava significância estatística com os valores de OHIP. Assim, indivíduos que residiam em vilas e cidades apresentavam uma maior frequência de valores de OHIP-14 superiores a 20. Este facto parece ser compatível com os estudos de Gulcan *et al.* (60) e Santos J (72), segundo os quais as repercussões da saúde oral na qualidade de vida podem explicar a maior procura de cuidados médico-dentários por parte dos indivíduos que residem em áreas urbanas. No estudo de Frias-Bulhosa (61) as habilitações literárias influenciavam o OHIP, pois indivíduos com maior instrução apresentavam valores mais baixos neste teste, contudo neste estudo não se verificou.

A formação e progressão de cáries dentárias é um processo dinâmico. Nos últimos anos a prevalência das lesões cariosas tem vindo a ser associada com fatores socioeconómicos, nomeadamente as habilitações literárias e o rendimento (17). O CPOD é um indicador clínico que permite determinar os dentes cariados, perdidos devido a cárie e obturados num indivíduo (19). Um CPOD mais elevado significa um maior número de

cáries, o que pode afetar a cavidade oral e consequentemente a qualidade de vida. No entanto, não se demonstrou uma relação existente entre o OHIP-14 e o CPOD o que parece ser transversal ao artigo de Wu *et al.* (19). Neste estudo observou-se que a maior parte da amostra geriátrica analisada apresenta um grande número de dentes perdidos devido a cárie. A relação entre este índice e a avaliação da higiene oral dos indivíduos foi analisada. Verificou-se que a higiene oral influenciava os valores de CPOD. Uma higiene oral classificada como “má” estava associada a um maior número de cáries nos indivíduos da amostra. Os idosos com pior higiene oral são indivíduos que não higienizam a cavidade oral diariamente ou eficazmente, o que faz com que não eliminem a placa bacteriana da superfície dentária e consequentemente contribui para a formação e desenvolvimento da cárie dentária. Por conseguinte, o facto de não utilizarem fio dentário como método complementar de higiene oral, como observado nos elementos que constituem a amostra contribui para a formação de cáries interproximais. O CPOD apresentou significância estatística com as habilitações literárias o que está de acordo com os estudos de Hoeksema *et al.* (6) e El Osta *et al.* (52) pois este é menor em indivíduos com mais habilitações. Segundo El Osta *et al.* (52) um nível de educação mais baixo parece estar associado a um maior número de cáries dentárias e consequentemente a valores superiores no índice CPOD. Um maior nível de escolaridade parece estar associado a mais conhecimentos e procura pelos cuidados de saúde (6,53,72).

## **5.1. Limitações do estudo**

Algumas limitações foram encontradas no decorrer da realização do presente estudo. Uma dessas limitações prende-se pelo facto de o questionário aplicado não ter sido submetido a um processo de validação formal e a amostra de conveniência obtida não ter sido muito significativa.

A existência de viés de “desejabilidade social” é outra limitação, pois muitos dos participantes podem ter respondido às questões da forma que consideraram mais correta, o que pode não corresponder à realidade. Para além disto, foram detetados valores omissos em algumas perguntas que podem ter condicionado a análise do estudo.

## **5.2. Perspetivas futuras**

Seria interessante prosseguir durante mais tempo com esta investigação, realizando a validação do questionário para a população em estudo e avaliando o seu comportamento psicométrico.

Esperamos que mais investigações sejam realizadas na área, nomeadamente com uma amostragem maior e com uma maior dispersão geográfica. Outra linha de investigação, que poderia ser seguida seria uma comparação entre uma amostra Portuguesa e outros países Europeus.



## **6. Conclusão**



## 6. Conclusão

Em Portugal, como se demonstrou na presente investigação, a procura pelos cuidados médico-dentários continua bastante escassa principalmente por parte da população geriátrica comparativamente com outros países europeus.

No presente estudo existem diferenças nos hábitos e comportamentos de higiene oral entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados. A maior parte dos inquiridos do estudo realizam a escovagem dentária apenas 1x/dia, sendo que os pacientes da clínica da Universidade Católica Portuguesa de Viseu demonstraram ser mais conscientes relativamente aos hábitos de higiene. A maioria destes indivíduos higienizam os dentes pelo menos 2x/dia comparativamente com os idosos institucionalizados, cuja maior parte higieniza apenas 1x/dia. A maior parte dos inquiridos utiliza apenas escova manual e pasta dentífrica. A higiene oral dos idosos institucionalizados foi classificada como má comparativamente com os idosos não institucionalizados

A maior parte da população geriátrica não procurou cuidados médico-dentários no último ano. Verificou-se que existia uma relação entre o tipo de residência e a última vez que os indivíduos visitaram o médico dentista. Assim, grande parte dos idosos institucionalizados não visitam o médico dentista há mais de 10 anos.

O OHIP-14 demonstrou que a saúde oral dos indivíduos do estudo tinha poucas repercussões no seu quotidiano. Valores de OHIP-14 superiores a 20 foram detetados com maior frequência em idosos que residiam em Vilas e Cidades.

O CPOD obteve significância estatística com a avaliação da higiene oral dos indivíduos, pois CPOD mais elevados estavam associados a pior higiene oral. Um nível de instrução mais baixo parece estar associado a um pior índice de CPOD, enquanto que um nível de escolaridade mais elevado está associado a um menor CPOD. Este facto deve-se, pois, os indivíduos têm mais conhecimentos sobre os cuidados de higiene que devem ter e frequentam com maior regularidade os cuidados médico-dentários.

Com este estudo verifica-se que os profissionais que trabalham nas instituições não possuem conhecimentos suficientes relativamente aos cuidados de higiene oral que devem prestar. Por conseguinte, é necessário criar estratégias e ações de promoção de saúde oral na população geriátrica. É também importante que estes indivíduos compreendam a necessidade da escovagem dentária diária, bem como a necessidade de visitar com regularidade o médico-dentista. Assim e tendo em conta, que os objetivos

políticos é expandir os cuidados dentários ao sistema nacional de saúde é importante que mais estudos como este surjam de forma a identificar populações com algumas carências em termos de saúde oral, de forma a estender os cuidados a esses indivíduos.



## **7. Referências Bibliográficas**



## 7. Referências Bibliográficas

1. Kato T, Abrahamsson I, Wide U, Hakeberg M. Periodontal disease among older people and its impact on oral health-related quality of life. *Gerodontology* .2018:1–9.
2. Davies Ron. Older people in Europe - EU Policies and Programmes. 2014 May.
3. Jiang Q, Liu J, Chen L, Gan N, Yang D. The oral microbiome in the elderly with dental caries and health. *Front. Cell. Infect. Microbiology*. 2019;8:1-11.
4. Cafiero C, Matarasso M, Marenzi G, Siciliano V, Bellia L, Sammartino G. Periodontal care as a fundamental step for an active and healthy ageing. *The scientific world journal*. 2013; 2013:1-7.
5. Dahl KE, Calogiuri G, Jönsson B. Perceived oral health and its association with symptoms of psychological distress, oral status and socio-demographic characteristics among elderly in Norway. *BMC Oral Health*. 2018;18(93):1–8.
6. Hoeksema AR, Peters LL, Raghoobar GM, Meijer HJA, Vissink A, Visser A. Health and quality of life differ between community living older people with and without remaining teeth who recently received formal home care: a cross sectional study. *Clin Oral Investigations*. 2018;22(7):2615–2622.
7. Portal do Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2017. 2018. [Cited 2019 Feb 08]. Available from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2).
8. Kim E-J, Jin B-H. Comparison of oral health status and daily nutrient intake between elders who live alone and elders who live with family: Based on the Korean National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VI) (2013-2015). *Gerodontology*. 2018:1-10.
9. World Health Organization. Definition of an older or elderly person. Health statistic and health information systems.2002 [Cited 2019 Feb 08]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.

10. Andersson P, Renvert S, Sjogren P, Zimmerman M. Dental Status in nursing home residents with domiciliary dental care in Sweden. *Community Dental Health*. 2017; 34: 203-207.
11. World Health Organization. *Active Ageing: a Policy Framework*. Geneva, Switzerland: WHO. 2002;5(1):1–37. Available from: <http://www.informaworld.com/openurl?genre=article&doi=10.1080/713604647&magic=crossref%7C%7CD404A21C5BB053405B1A640AFFD44AE3>.
12. Chapple ILC, Genco R. Diabetes and periodontal diseases: Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;40(14):106–112.
13. Tonetti MS, Van Dyke TE. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: Consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol*. 2013;40(14):24–29.
14. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri - implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2018;47(4):189–197.
15. Ordem dos Médicos Dentistas. Saúde oral nos séniores. [Cited 2019 Feb 08]. Available from: <https://www.omd.pt/publico/seniores/>.
16. Nomura Y, Takei N, Ishii T, Takada K, Amitani Y, Koganezawa H, et al. Factors That Affect Oral Care Outcomes for Institutionalized Elderly. *Int J Dent*. 2018; 2018:1–9.
17. Vano M, Gennai S, Karapetsa D, Miceli M, Giuca MR, Gabriele M, et al. The influence of educational level and oral hygiene behaviours on DMFT index and CPITN index in an adult Italian population: An epidemiological study. *Int J Dent Hyg*. 2015;13(2):151–157.
18. Mamai-Homata E, Topitsoglou V, Oulis C, Margaritis V, Polychronopoulou A. Risk indicators of coronal and root caries in Greek middle aged adults and senior citizens. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1-9.
19. Wu L.L., Cheung K.Y., Lam P.Y.P., Gao L. X. Oral Health Indicators For Risk Of Malnutrition In Elders. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(2):254–261.
20. Dye BA, Thornton-Evans G, Li X, Iafolla TJ. Dental Caries and Tooth Loss in Adults in the United States, 2011-2012. 2015;(197):1-7.

21. Harada Y, Takeuchi K, Furuta M, Tanaka A, Tanaka S, Wada N, et al. Gender-dependent associations between occupational status and untreated caries in Japanese adults. *Industrial health*.2018;56:539-544.
22. Öhrn K, Jönsson B. A comparison of two questionnaires measuring oral health-related quality of life before and after dental hygiene treatment in patients with periodontal disease. *Int J Dent Hyg*. 2012;10(1):9–14.
23. Guo J, Ban JH, Li G, Wang X, Feng XP, Tai BJ, et al. Status of Tooth Loss and Denture Restoration in Chinese Adult Population: Findings from the 4th National Oral Health Survey. *Chin J Dent Res*. 2018;21(4): :249–257.
24. Friedman PK, Kaufman LB, Karpas SL. Oral health disparity in older adults: Dental decay and tooth loss. *Dent Clin North Am*. 2014;58(4):757–770.
25. Olofsson H, Ulander EL, Gustafson Y, Hörnsten C. Association between socioeconomic and health factors and edentulism in people aged 65 and older – a population-based survey. *Scandinavian J of Public Health*. 2018;46(7):690–698.
26. Da Mata C, Allen PF, McKenna GJ, Hayes M, Kashan A. The relationship between oral-health-related quality of life and general health in an elderly population: A cross-sectional study. *Gerodontology*. 2018:1–7.
27. Pistorius J, Horn JG, Pistorius A, Kraft J. Oral health-related quality of life in patients with removable dentures. *Schweizer Monatsschrift Zahnmed* 2013;123(11):964–971.
28. Cawson R.A, Odell E.W. Cawson’s Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine. 8ª edição. Churchill Livingstone Elsevier; 2008.
29. Moreno MV, Puy CL, Izquierdo MRG, Calvo EB. Protocolos para la actuación com Niños Con Alto Riesgo De Caries en diferentes edades y situaciones. *Sociedad española de epidemiología y salud pública oral*. 2013.
30. Gopalakrishnan A, Kahu E, Jones L, Brunton P. Access and barriers to oral health care for dependent elderly people living in rest homes. *Gerodontology*. 2019:1–7.
31. Sousa SIMD. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra; 2016.
32. Syrjänen S, Syrjänen K. HPV in Head and Neck Carcinomas: Different HPV Profiles in Oropharyngeal Carcinomas – Why? *Acta Cytol*. 2019;1–19.
33. Santos LL, Teixeira LM. *Oncologia Oral*.Lisboa: LIDEL;2011.

34. World Health Organization. Report of a meeting of investigators on the histological definition of pre-cancerous lesions. Geneva.
35. Federação Dentária Internacional (2016). FDI's definition of oral Health. [Cited 2019 April 02]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>.
36. Sisco L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011;90(11):1264–1270.
37. Kamimura A, Gull B, Weaver S, Wright L, Edwards A, Nourian K, et al. Factors associated with oral health-related quality of life among safety-net clinic patients. *J of Public Health Dent.* 2016:1–8.
38. Brennan DS. Oral Health Impact Profile, EuroQol, and Assessment of Quality of Life instruments as quality of life and health-utility measures of oral health. *Eur J Oral Sci.* 2013;121: 188–193.
39. Torppa-Saarinen E, Tolvanen M, Suominen AL, Lahti S. Changes in perceived oral health in a longitudinal population-based study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018:1-7.
40. McKenna G, Allen PF, Hayes M, Da Mata C, Moore C, Cronin M. Impact of oral rehabilitation on the quality of life of partially dentate elders in a randomized controlled clinical trial: 2year follow-up. *PLoS One.* 2018;13(10):1–12.
41. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
42. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284-290.
43. Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health related quality of life. *J Public Health Dent.* 2002; 62(1):13-20.
44. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Validation of a Portuguese version of the Oral Health Impact Profile adapted to people with mild intellectual disabilities (OHIP-14-MID-PT). *PLoS One.* 2018;13(6):1–12.
45. Hyde S, Satariano W.A., Weintraub J.A. Welfare dental intervention improves employment and quality of life. *J Dent Res.* 2008;85 (1):79-84.
46. Brennan DS, Keuskamp D, Balasubramanian M, Amarasena N. General health and well-being among primary care patients aged 75+ years: Associations with

- living conditions, oral health and dependency. *Australasian J Ageing*. 2018;37(1):1–6.
47. World Health Organization. Fact sheet on Universal health coverage. [cited 2019 April 10]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
  48. Federação Dentária Internacional (2019). Sheet F. Oral Health for All What is Universal Health Coverage 2019. [cited 2019 April 10]. Available from: <https://www.fdiworlddental.org/news/20190403/oral-health-must-be-integrated-into-universal-health-coverage-worldhealthday>.
  49. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Garzón-Orjuela N, Tsakos G. Explaining oral health inequalities in European welfare state regimes: The role of health behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018:1-9.
  50. Rantow V, Andersson P, Lindmark U. Occurrence of oral health problems and planned measures in dependent older people in nursing care. *J Clin Nurs*. 2018;27: 4381–4389.
  51. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Socioeconomic and psychosocial associations with oral health impact and general health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2018:1-8.
  52. El Osta N, El Osta L, Khabbaz LR, Saad R, Abi-Ghosn C, Hennequin M, et al. Social inequalities in oral health in a group of older people in a Middle Eastern country: a cross-sectional survey. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30(12):1513–1521.
  53. Bomfim RA, Frias AC, Pannuti CM, Zilbovicius C, Pereira AC. Socioeconomic factors associated with periodontal conditions among Brazilian elderly people - Multilevel analysis of the SBSP-15 study. *PLoS One*. 2018;13(11):e0206730.
  54. Vieira JMR, Rebelo MAB, Martins NMO, Gomes JFF, Vettore MV. Contextual and individual determinants of non-utilization of dental services among Brazilian adults. *J Public Health Dent*. 2018;(3):1-11.
  55. Chen CC, Chiou SJ, Ting CC, et al. Immigrant-native differences in caries-related knowledge, attitude, and oral health behaviors: a cross-sectional study in Taiwan. *BMC Oral Health*. 2014;14(3):1-9.
  56. Sato Y, Aida J, Tsuboya T, Shirai K, Koyama S, Matsuyama Y, et al. Generalized and particularized trust for health between urban and rural

- residents in Japan: A cohort study from the JAGES project. *Social Science & Medicine*. 2018; 202:43–53.
57. Catteau C, Faulks D, Pereira B, Hennequin M. Could a national oral health promotion program improve the oral hygiene of persons attending special care establishments in France? Evaluation of a pilot program. *Spec Care Dent*. 2018;39(1):1–10.
  58. Chruściel P, Szczekala KM, Derewiecki T, Jakubowska K, Nalepa D, Czekirda ME, et al. Differences in the quality of life dependent on family status of the elderly living in rural areas – a cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2018;25(3):532–538.
  59. Bastos JL, Celeste RK, Paradies YC. Racial Inequalities in Oral Health. *J of Dent Research*. 2018;97(8):878–886.
  60. Gülcan F, Ekbäck G, Ordell S, Klock KS, Lie SA. Exploring the association of dental care utilization with oral impacts on daily performances (ODIP) - a prospective study of aging people in Norway and Sweden, *acta odontol Scand*.2017:1-9.
  61. Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Oral Health-Related Quality of Life: Portuguese Linguistic and Cultural Adaptation of Ohip-14. *Psicol Saúde Doença*. 2017;18(2):374–88.
  62. Quintal C, Lourenço O e Ferreira P. Utilização de cuidados de saúde pela população idosa portuguesa: uma análise por género e classes latentes. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2012;30(1):35-46.
  63. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico da Região Centro 2017. Edição 2018.
  64. Simões A, Barros S e Lopes S. Regime Jurídico de reorganização administrativa territorial autárquica: parecer sobre a aplicação ao Município de Viseu. Agosto de 2012.
  65. Melo P, Marques S e Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *International Dental Journal*.2016.
  66. De Vasconcelos SM, Carvalho R. Barómetro da Saúde Oral. *Ordem dos Médicos Dentistas*. 2018;(4):1-51.
  67. Pinto S. Saúde geral e Oral de idosos institucionalizados: um estudo comparativo. Universidade Católica Portuguesa de Viseu; 2017.

68. Ribeiro D, Pires I, Pereira M. Comportamentos e auto-percepção em saúde oral de uma população geriátrica na região do Porto, Portugal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Med Dent e Cirurg Maxilof.* 2012;53(4):6.
69. Ordem dos Médicos Dentistas. *Prevenção e Higiene Oral.* [Cited 2019 June 10]. Available from: <https://www.omd.pt/publico/prevencao-higiene-oral/>.
70. DGS. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [cited 2019 June 10]. Available from: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-oral.aspx>.
71. Freitas DJ, Kaplan LM, Tieu Lina, Ponath C, Guzman D, Kushel M. Oral health and access to dental care among older homeless adults: results from the HOPE HOME study. *J Public Health Dent.* 2018:1-7.
72. Santos J, Antunes L, Namorado S e Baltazar N. Oral Hygiene habits in Portugal: results from the first Health Examination Survey (INSEF 2015). *Acta Odontol Scand.* 2019:1-6.



## **8.Apêndices**





## Apêndice 1

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

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

#### ***Fatores associados ao recurso a cuidados médico-dentários em idosos institucionalizados e não institucionalizados***

Eu, Ana Raquel dos Santos Pereira, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, venho por este meio solicitar a sua participação neste estudo, com o objetivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, onde será aplicado um questionário e seguidamente uma observação intraoral.

Os dados recolhidos serão utilizados apenas para investigação científica. Toda a informação recolhida é estritamente confidencial e o anonimato será mantido durante todo o processo. O presente questionário está de acordo com a declaração de Helsínquia e a convenção de Oviedo relativamente à proteção de dados.

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

#### **Assinatura/s de quem pede consentimento:**

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m.

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 a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

**Nome:**

---

**Assinatura:**

---

**Data:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



## Apêndice 2

### *Fatores associados ao recurso a cuidados médico-dentários em idosos institucionalizados e não institucionalizados*

#### 1. ASPETOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1.1 **Género:** Feminino  Masculino

1.2 **Data de nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_

1.3 **Área de residência:**

Aldeia  Vila  Cidade

1.4 **Tipo de Instituição:**

Instituição particular de solidariedade social  Instituições privadas  Vive com a sua família  Vive sozinho

1.5 **Habilitações literárias:**

Não sabe ler, nem escrever	<input type="checkbox"/>
Frequentou a escola, mas não completou a 4ª classe	<input type="checkbox"/>
Fez exame da 4ª classe	<input type="checkbox"/>
Completou o 9º ano, antigo 5º ano (curso geral do liceu/curso industrial/outro equivalente)	<input type="checkbox"/>
Completou o 7º ano (curso complementar do liceu)	<input type="checkbox"/>
Completou o ensino superior	<input type="checkbox"/>
Completou doutoramento	<input type="checkbox"/>

1.6 **Rendimento Mensal:**

<500 euros  500-1000 euros  1000-1500 euros  1500-2000 euros

> 2000 euros



## 2. SAÚDE ORAL

**2.1 Tem algum implante/próteses dentárias?** Sim  Não

**2.2 Sente-se satisfeito(a) com a sua prótese/implantes dentários?** Sim  Não

**2.3 Costuma escovar os dentes/prótese diariamente?** Sim  Não

Se **SIM**, quantas vezes por dia? \_\_\_\_\_

Se **NÃO**, com que regularidade costuma escovar? \_\_\_\_\_

**2.4 Selecione as opções com que costuma higienizar os seus dentes/próteses?**

Escova Manual  Escova elétrica  Fio dentário  Escovilhão interproximal  
 Pasta dentífrica  Palitos  Raspador lingual  Colutório

**2.5 Sente que necessita de algum tipo de tratamento dentário?**

Sim  Não  Não sei

**2.6 Consultou algum dentista nos últimos 12 meses?** Sim  Não

Se **SIM**, indique o motivo porque frequentou um médico dentista:

Tratamento de urgência devido a dor ou alguma lesão  Consultas de controlo de  
prótese/implantes  Usufruiu do cheque dentista  Consultas preventivas para  
check-up  Colocação de prótese/implante

**2.7 Caso tenha respondido NÃO, a questão 2.6 qual o principal motivo para não consultar o médico dentista?**

Considera que são consultas caras  Tem medo  Não sente necessidade de ir a  
uma consulta médico-dentária  Não consegue deslocar-se a uma consulta ao  
médico dentista  Outro motivo

**2.8 Caso tenha respondido NÃO, na questão 2.6 quando foi a última vez que visitou?**

Cerca de 2 anos  Entre 2 e 5 anos  Mais de 5 anos  Mais de 10 anos

**2.9 De quanto em quanto tempo costuma ir às consultas de controlo da sua prótese/implantes?**

6 meses  1 ano  2 anos  Não costuma ir a consultas de revisão

**2.10 Caso tenha respondido NÃO, na questão 2.9, refira porque motivo não costuma ir as consultas de controlo da prótese/implantes:**

Não tem dinheiro  Não sente necessidade em ir a consultas de revisão  Não  
sabia que tinha de ir a consultas controlo  Não consegue deslocar-se a uma consulta  
 Outro motivo



### 3. OHIP-14 (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE)

Deve responder às questões em baixo (colocando uma cruz atrás da opção que acha mais adequada) tendo em conta a frequência em que sentiu cada um dos aspetos nos últimos 12 meses.

#### 3.1 Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.2 Sentiu que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.3 Teve alguma dor na sua boca?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.4 Sentiu algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.5 Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.6 Sentiu-se tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.7 Já deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.8 Já teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca  Não sei

#### 3.9 Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca   
Não sei

**3.10 Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca   
Não sei

**3.11 Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca   
Não sei

**3.12 Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca   
Não sei

**3.13 Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca   
Não sei

**3.14 Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre  Algumas vezes  Poucas vezes  Raramente  Nunca   
Não sei

*Obrigada pela colaboração!!*



## Apêndice 3

# OBSERVAÇÃO INTRAORAL

### 1. Avaliação do índice de cáries:

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

c= cariado, O=obturado, A= ausente (por cárie)

CPOD= \_\_\_\_\_

- **Avaliação do nível de higiene oral do paciente:** Boa  Satisfatória  Má
- **Presença de placa nos dentes/prótese ou gengiva?** Sim  Não
- **Necessidade de tratamento médico-dentário?** Sim  Não

Código: \_\_\_\_\_

Código 0 = Sem necessidade de tratamento

Código 1= Tratamento preventivo ou tratamento de rotina

Código 2 = Tratamento necessário

Código 3= Tratamento urgente com necessidade devido a dor ou infeção dentária e/ou de origem oral

Código 4= Referenciado para avaliação médica/dentária