



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE ORAL EM UTENTES DIABÉTICOS
COM IDADE SUPERIOR OU IGUAL A 65 ANOS**

Maria Teresa Lavandeira De Araújo Pimenta Paçô

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientado por: Professora Doutora Maria José Gomes

Co-orientado por: Professora Doutora Cristina Teixeira

Bragança, junho, 2014



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE ORAL EM UTENTES DIABÉTICOS
COM IDADE SUPERIOR OU IGUAL A 65 ANOS**

Maria Teresa Lavandeira De Araújo Pimenta Paçô

Trabalho de projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção
do grau de Mestre em Cuidados Continuados

Orientado por: Professora Doutora Maria José Gomes

Co-orientado por: Professora Doutora Cristina Teixeira

Bragança, junho, 2014

Parte ou partes deste trabalho foram apresentadas nos seguintes eventos científicos:

Pimenta, T.L., Gomes, M. J. (2013). Patologia Oral e AVD em Idosos Diabéticos. In *Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB*, Bragança

Pimenta, T.L., Gomes, M. J. (2013). Alterações na Cavidade Oral que Afetam as AVD em Idosos Diabéticos. In *Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do IPB*, Bragança

Pimenta, T.L., Gomes, M. J. (2013). Avaliação do Impacto da Saúde Oral nas AVD em Diabéticos Idosos. In *V Congresso de Avaliação e Intervenção em Gerontologia Social*, UNIFAI Porto

RESUMO

Introdução: A patologia oral afeta a capacidade de comer, falar e socializar, influenciando negativamente as atividades de vida diária (AVD) no idoso e está exacerbada na presença de doenças crônicas, como a diabetes.

Objetivos: Avaliar o impacto da saúde oral em idosos diabéticos e residentes no concelho de Alfândega da Fé, utilizando os índices OHIP-14 e GOHAI e correlacionar estes índices com as condições orais avaliadas clinicamente.

Metodologia: Estudo quantitativo e transversal em 250 idosos diabéticos, orientados e residentes no concelho de Alfândega da Fé. Aplicaram-se formulários com questões sobre as características sócio-demográficas, autopercepção da condição oral direta e através dos índices OHIP-14 e GOHAI, complementando com exame clínico à cavidade oral. A correlação de Spearman (r_s) foi utilizada para avaliar a associação entre dados clínicos e os índices OHIP-14 e GOHAI.

Resultados: Dos 250 idosos diabéticos, 53,6% são mulheres e 91,2% têm baixa escolaridade. As mulheres têm menor número de dentes naturais ($p=0,004$), maior percentagem de dentes com mobilidade ($p=0,006$) e com perda óssea ($p=0,002$) do que os homens. Os índices OHIP-14 e GOHAI revelam pior situação oral na mulher do que no homem ($p<0,001$ para ambos os índices). Das 8 condições orais avaliadas, 6 estão correlacionadas com os índices OHIP-14 e GOHAI no homem, mas apenas 3 na mulher. Das condições orais, a perda óssea e a percentagem de dentes cariados são as que estão mais fortemente correlacionadas quer com o GOHAI (na mulher: $r_s=-0,212$, $p<0,05$ para a perda óssea e $r_s=-0,197$, $p<0,05$ para a percentagem de dentes cariados; no homem: $r_s=-0,475$, $p<0,01$ para a perda óssea e $r_s=-0,472$, $p<0,01$ para a percentagem de dentes cariados), quer com o OHIP (na mulher: $r_s=0,222$, $p<0,05$ para a perda óssea e $r_s=0,267$, $p<0,01$ para a percentagem de dentes cariados; no homem: $r_s=0,505$, $p<0,01$ para a perda óssea e $r_s=0,502$, $p<0,01$ para a percentagem de dentes cariados). Das dimensões do índice GOHAI e do índice OHIP-14 a mais afetada foi a dimensão física.

Conclusões: A correlação entre dados clínicos e índices OHIP-14 e GOHAI mostra padrão diferente entre homens e mulheres o que pode colocar restrições na aplicabilidade destes índices. Os resultados sugerem que perda óssea e a cárie são as patologias com maior interferência nos idosos diabéticos, por conseguinte deve-se investir na sua prevenção.

Palavras-chave: Saúde Oral, AVD, Diabéticos, Idosos

ABSTRACT

Introduction: Oral pathology affects the ability to eat, speak and socialize, negatively influencing the activities of daily living (ADL) in the elderly and is exacerbated in the presence of chronic diseases such as diabetes.

Objectives: Evaluate the impact of oral health in elderly diabetics and residents in Alfândega da Fé, using the OHIP-14 and GOHAI indexes and correlate these indexes with oral conditions evaluated clinically.

Methodology: A cross-sectional nature study with a quantitative approach was made in a sample of 250 elderly diabetics, oriented / able to answer the questionnaire, and residents in Alfândega da Fé. Questionnaires with questions about socio-demographic characteristics, self-perception oral condition directly and through OHIP - 14 and GOHAI indexes, complementing with clinical examination of the oral cavity, were applied. The Spearman correlation (r_s) was used to evaluate the association between clinical data and the OHIP-14 and GOHAI indexes.

Results: Of the 250 elderly diabetics, 53.6% are women and 91.2% had low education. Women have fewer natural teeth ($p = 0.004$), higher percentage of teeth with mobility ($p = 0.006$) and bone loss ($p = 0.002$) than men. The OHIP-14 and GOHAI indexes reveal worse oral situation in women than in men ($p < 0.001$ for both indexes). From the 8 oral conditions evaluated, 6 are correlated with OHIP-14 and GOHAI indices in men, but only 3 in women. From oral conditions, bone loss and the percentage of carious teeth are those that are most strongly correlated with either GOHAI (in women: $r_s = -0.212$, $p < 0.05$ for bone loss and $r_s = -0.197$, $p < 0.05$ to the percentage of carious teeth, in men: $r_s = -0.475$, $p < 0.01$ for bone loss and $r_s = -0.472$, $p < 0.01$ for the percentage of carious teeth), with either OHIP (in women: $r_s = 0.222$, $p < 0.05$ for bone loss and $r_s = 0.267$, $p < 0.01$ for the percentage of decayed teeth, in men: $r_s = 0.505$, $p < 0.01$ for bone loss and $r_s = 0.502$, $p < 0.01$ for the percentage of carious teeth). From the dimensions of GOHAI and OHIP-14 indexes the most affected was the physical dimension.

Conclusions: The correlation between clinical data and OHIP-14 and GOHAI indexes show different between men and women which may put restrictions on the applicability of these indices. The results suggest that bone loss and dental caries are pathologies with higher interference in elderly diabetics therefore investment in their prevention should be made.

Key Words: Oral Health, AVD, Diabetics, Elderly

“Nenhum homem é uma ilha isolada;
Cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra;
Se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um
promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria;
A morte de qualquer homem diminui-me, porque sou parte do género humano.
E por isso não perguntes por quem os sinos doam: eles doam por TI”.

Meditação 17

John Donne

“ E de novo acredito que nada do que é importante se perde verdadeiramente.
Apenas nos iludimos, julgando ser donos das coisas, dos instantes e dos outros.
Comigo caminham todos os mortos que amei, todos os amigos que se afastaram,
todos os dias felizes que se apagaram.
Não perdi nada, apenas a ilusão de que tudo podia ser meu para sempre”.

Estrela Cadente

Miguel Sousa Tavares

DEDICATÓRIA

Ao meu **Pai**

*Deus cedo para junto dele o levou
Não permitindo que esta fase da minha formação visse,
Mas acredito que sempre me acompanhou,
E com orgulho, deu força para que a concluísse.
Subiu ao céu mais uma estrela
Que contra a doença lutou sem vacilar,
Ensinou-me a não desistir,
Foi um pai exemplar!
Falar do meu pai é falar de amor,
De exemplo, humanidade e honestidade.
Foi o meu mais querido professor
Na vida, na medicina e na amizade.
Por seres o meu pai amado,
O meu herói, o meu mundo
Dedico-te esta tese com um muito obrigado
Do fundo do meu coração oriundo.*

AGRADECIMENTOS

À minha *mãe*, pelo exemplo de coragem, educação e valores que, juntamente com o meu *pai*, sempre me transmitiu. Por serem o meu porto de abrigo e por nunca desistirem de mim, mesmos nos momentos mais difíceis, muito obrigada!

Ao meu marido e companheiro *Jaime* e aos meus filhos: *Jaime, Lourenço e Teresa*, por tornarem os momentos menos bons mais agradáveis. Porque o tempo não volta atrás e todos os momentos em que estivemos separados são insubstituíveis. São tudo o que tenho de melhor.

À *Prof. Doutora Maria José Gomes*, minha orientadora, pela amizade, pelo interesse e disponibilidade manifestada para orientar este trabalho, valioso apoio na construção da base de dados, comentários assertivos, estímulo, saber e simpatia demonstrada, pela confiança.

À *Prof. Doutora Cristina Teixeira*, minha co-orientadora, pela partilha do saber, valiosas contribuições para o trabalho e precioso apoio no tratamento estatístico dos dados e pelas horas disponibilizadas.

À minha *tia Laura Helena*, por todo o apoio e incentivo. Por ser uma mãe para mim.

À minha *avó Nitty*, por tudo!

Ao meu sogro, *Luís*, pela amizade e pela ajuda preciosa em momentos complicados da minha vida. Por ter sido o diabético mais simpático que eu conheci!

Às minhas primas *Helena e Teresa*, por serem as irmãs com quem sempre contei.

Às minhas amigas e colegas de mestrado, *Liliana, Lúcia, Nádia, Patrícia, Rita e Susana*, pela amizade, cumplicidade e empatia que sempre existiu entre nós.

À direção da Santa Casa da Misericórdia de Alfândega da Fé, à direção da Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Alfândega da Fé, a todo o pessoal administrativo e auxiliar e aos participantes do estudo que possibilitaram a execução deste trabalho.

À professora *Élia*, ao sr. *Artur Castilho* e à sr.^a *Glória Miranda* pela valiosa colaboração no trabalho.

Ao Eng^o José Barata pela amabilidade, disponibilidade e preciosa ajuda na concretização deste trabalho.

A todos os que, caminhando a meu lado, acreditaram que era possível.

SIGLAS

ADA - American Diabetes Association

AVD - Atividades de Vida Diária

CEPCEP - Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CPI - Índice Periodontal Comunitário

DGS - Direção Geral de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

IDF - International Diabetes Federation

IL6 - Interleucina 6

IL1 - Interleucina 1

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OHIP - Oral Health Impact Profile

OMD - Ordem dos Médicos Dentistas

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

QV - Qualidade de vida

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SO - Saúde Oral

TNF α - Tumor Necrosis Factor alpha

WHO - World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO.....	5
2 – ENVELHECIMENTO E PATOLOGIA ORAL	9
3 – ENVELHECIMENTO E DIABETES MELLITUS.....	15
4 – INTERAÇÃO ENTRE DIABETES MELLITUS E PATOLOGIA ORAL.....	17
5 – IMPACTO DA SAÚDE ORAL NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	21
6 – INSTRUMENTOS PARA AVALIAR O IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA VIDA DIÁRIA.....	23
6.1 – Oral Health Impact Profile (OHIP)	23
6.2 – Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	25
7 – IMPACTO DA SAÚDE ORAL NAS AVD EM IDOSOS PORTUGUESES.....	27
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE ORAL EM UTENTES DIABÉTICOS COM IDADE SUPERIOR A 65 ANOS.....	29
1 - OBJETIVOS	31
2 - METODOLOGIA	33
2.1 - Local e Participantes do estudo.....	33
2.2 - Recolha de informação	34
2.3 - Variáveis	36
3 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS.....	39
3.1 - Caraterização sociodemográfica	39
3.2 - Caraterização clínica da condição oral.....	39
3.3 - Caraterização dos hábitos de higiene oral.....	42
3.4 - Autoperceção da condição oral	43
3.4.1 - Por resposta direta.....	43
3.4.2 - Avaliada pela distribuição dos indivíduos de acordo com as possibilidades de resposta ao Índice GOHAI.....	44
3.4.3 - Avaliada pela distribuição dos indivíduos de acordo com as possibilidades de resposta ao Índice OHIP-14	47
3.4.4 - Avaliada pela condição que mais afeta a sua vida diária	51
3.5 - Impacto da saúde oral nas atividades de vida diária	51
3.5.1 - Utilizando o índice OHIP-14	51

3.5.2 - Utilizando o índice GOHAI	54
4 - DISCUSSÃO	57
CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS.....	87
ANEXO A – Estudos que avaliam as propriedades psicométricas dos índices	88
ANEXO B – Distribuição dos itens dos índices pelas diferentes dimensões.....	91
ANEXO C – Autorizações	94
ANEXO D – Questionários.....	99

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág
Figura 1 – Projeções da população residente em Portugal para o ano 2060.....	6
Figura 2 – População residente em Portugal	6
Figura 3 – Evolução demográfica de Alfândega da Fé.....	7
Figura 4 – Índice de iniquidade no nº de consultas de estomatologia.....	10
Figura 5 – Evolução da Doença Periodontal.....	12
Figura 6 – Diferença entre Gengivite e Periodontite.....	12
Figura 7 – Principais mecanismos patogénicos da Doença Periodontal associada à Diabetes Mellitus.....	18
Figura 8 – Inter-relação entre Doença Periodontal e Diabetes Mellitus.....	19
Figura 9 – Constituição da amostra do estudo.....	33
Figura 10 – Medição da Profundidade da Bolsa e Perda de Inserção Clínica.....	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Prevalência e evolução da Diabetes em Portugal.....	16
Gráfico 2 – Distribuição da amostra de acordo com a presença de dentes naturais estratificada por sexo.....	40
Gráfico 3 – Classificação do índice GOHAI obtido pelos idosos da amostra.....	44
Gráfico 4 – Interferência das diversas condições orais na vida diária.....	51

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra.....	39
Quadro 2 – Caracterização clínica da condição oral nos 208 idosos com dentes naturais.....	41
Quadro 3 – Caracterização clínica da utilização de prótese em áreas edêntula.....	42
Quadro 4 – Caracterização dos hábitos de higiene oral dos 250 idosos	42
Quadro 5 – Autopercepção em relação à condição oral e à sua interferência na vida diária.....	43
Quadro 6 – Medianas e intervalos interquartil para o índice GOHAI total e por dimensão de acordo com o sexo.....	44
Quadro 7 – Índice GOHAI dimensões funcional, dor/desconforto e psicossocial.....	46
Quadro 8 – Medianas e intervalos interquartil para o índice OHIP-14 total e por dimensão de acordo com o sexo.....	47
Quadro 9 – Índice OHIP-14; Dimensões: funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social.....	49
Quadro 10 – Correlação entre as diferentes dimensões do Índice OHIP-14 e as condições orais.....	53
Quadro 11 – Correlação entre as diferentes dimensões do Índice GOHAI e as condições orais	55
Quadro A1 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas do Índice OHIP-14	90
Quadro A2 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas do Índice GOHAI.....	91
Quadro B1 – Distribuição dos itens do Índice OHIP-14 pelas dimensões orais validado para português do Brasil.....	92
Quadro B2 – Distribuição dos itens do índice GOHAI pelas dimensões orais validado para português do Brasil.....	93

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade provocou alterações no padrão de saúde de todos os países, aumentando a prevalência das condições crónicas e mudando o perfil de morbi/mortalidade. Devido a estas mudanças, a manutenção de uma boa capacidade de realizar, de forma independente, as atividades de vida diária assumiu um papel preponderante nas condutas e políticas de saúde, valorizando uma visão holística da medicina que se ocupa globalmente do homem como um todo.

Segundo Hekman (2006, citado por Fabrício & Rodrigues, 2008), o aumento da esperança média de vida pressupõe uma alta prevalência de fragilidade em idosos que vivem na comunidade (entre 10 e 25 % em idosos com mais de 65 anos e 46% nos acima de 85 anos). O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pelo Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro (DGS – Circular Normativa n.º 13/DGCG de 2004).

As mudanças nos hábitos e estilos de vida ocorridas no último século provocaram um aumento dramático na incidência mundial de diabetes (Rosendo & Freitas, 2012), verificando-se a existência de uma correlação direta entre o incremento da prevalência da Diabetes e o envelhecimento dos indivíduos (Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012). Em Portugal, na última década, também se tem verificado um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados com diabetes, assim como do número de utentes com diagnóstico de Diabetes assistidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012).

A União Europeia tem demonstrado preocupação com a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A Assembleia Geral das Nações Unidas declarou o ano de 1999 como o Ano Internacional das Pessoas Idosas sob o lema “Uma sociedade para todas as idades” e a União Europeia implementou o ano de 2012 como o *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade Entre Gerações*. Comemora-se no primeiro dia de Outubro de cada ano o Dia Internacional do Idoso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define como qualidade de vida (QV) a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, considerando o contexto de cultura, sistema e valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995). O mesmo raciocínio pode ser aplicado à saúde oral. Neste âmbito, a qualidade de vida caracteriza a percepção do indivíduo em relação à forma como a sua saúde oral influencia o seu bem-estar geral (Alvarenga et al., 2011).

A cavidade oral constitui uma das estruturas anatómicas mais estudadas nas publicações que abordam o envelhecimento (Santos-Filho, Maiworm, Bernardo-Filho & Ferreira, 2008), tendo adquirido maior importância nas últimas décadas (Rosa, Zuccolotto, Bataglioni & Coronatto, 2008). A saúde oral assume um papel relevante na qualidade de vida do idoso, pois contribui para seu bem-estar físico, mental e social. Uma saúde oral fraca tem repercussões na mastigação, na fala e no relacionamento com os outros (Sá, Hubner & Reis, 2005; Ulinski et al., 2013). Daí a importância de abordar as questões de saúde oral e as suas implicações nas atividades de vida diária. Uma das recomendações da OMS vai no sentido de os Estados Membros terem mecanismos que lhes permitam prover cuidados de saúde oral essenciais às populações, especialmente para os mais desfavorecidos (World Health Organization [WHO], 2007).

Considerando que a Saúde Oral pode ter uma interferência negativa nas atividades de vida diária das pessoas, o objetivo geral deste estudo é avaliar o impacto das condições orais em diabéticos na faixa etária superior ou igual a 65 anos e residentes no concelho de Alfândega da Fé. Mais especificamente, pretende-se fazer a avaliação clínica da condição oral desses idosos, avaliar a autopercepção dos idosos em relação à condição oral através dos índices OHIP-14 e GOHAI e correlacionar os dados clínicos e de autopercepção dos idosos diabéticos.

Este trabalho estrutura-se fundamentalmente em duas partes. Numa primeira parte fazemos referência a alguns fundamentos teóricos que permitem conhecer a problemática do envelhecimento e da Saúde Oral nos idosos diabéticos. Na segunda parte, descrevemos o estudo empírico efetuado, com a caracterização do estudo e definição dos respetivos objetivos, da população e das variáveis. Seguidamente apresentamos a metodologia adotada, os procedimentos de recolha e tratamento estatístico dos dados e respetiva análise. Por último apresentamos a discussão dos resultados, as conclusões do estudo e algumas sugestões.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

Com o declínio acentuado das taxas de mortalidade, associado às melhorias das condições de saneamento básico e à diminuição das taxas de fecundidade, o aumento do número de idosos passou a ser um fenómeno de amplitude mundial. Devido às diferenças no que concerne à esperança de vida e ao padrão de morbi/mortalidade, a definição de idoso é diferenciada para países em desenvolvimento e para países desenvolvidos. A Organização das Nações Unidas [ONU], em 1982, por meio da Resolução 37/51, no decorrer da Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, considerou idosas as pessoas com 60 anos ou mais, para países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais, para países desenvolvidos (ONU, 1982).

Segundo uma projeção das Nações Unidas, a proporção da população mundial com mais de 65 anos registou uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do total da população, entre 1960 e 2000, e aumentará para 15,6% em 2050, apresentando um ritmo de crescimento quatro vezes maior que a população jovem (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002).

À semelhança de outros países desenvolvidos, Portugal tem sentido uma profunda alteração na sua estrutura etária com um quadro de envelhecimento demográfico acentuado. Entre 1960 e 2011, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos aumentou para mais do dobro, passando de 8% para 19% do total da população, com uma esperança de vida crescente que atingiu 79 anos no último ano da série (INE, 2011; Gonçalves & Carrilho, 2007). Em 2011, o índice de envelhecimento da população portuguesa atingiu o seu ponto mais elevado, 127,8%, praticamente o dobro do valor observado em 1990 que era 68,1% não se verificando uma distribuição homogénea da população idosa em Portugal. A região de Trás-os-Montes situa-se entre as primeiras com o índice de envelhecimento mais elevado, sendo de 334,7 no Concelho de Alfândega Fé (INE, 2011).

Como consequência destas alterações, em 2009, Portugal foi classificado pela ONU como o oitavo país mais velho do mundo (Department of Economic and Social Affairs, 2009). Para 2060 prevê-se que a tendência de inversão da pirâmide etária em Portugal se acentue, estimando-se que, nesse ano, 35,7% da população tenha 65 ou mais anos (Figura 1), apontando a longevidade para os 81 anos (INE, 2011).

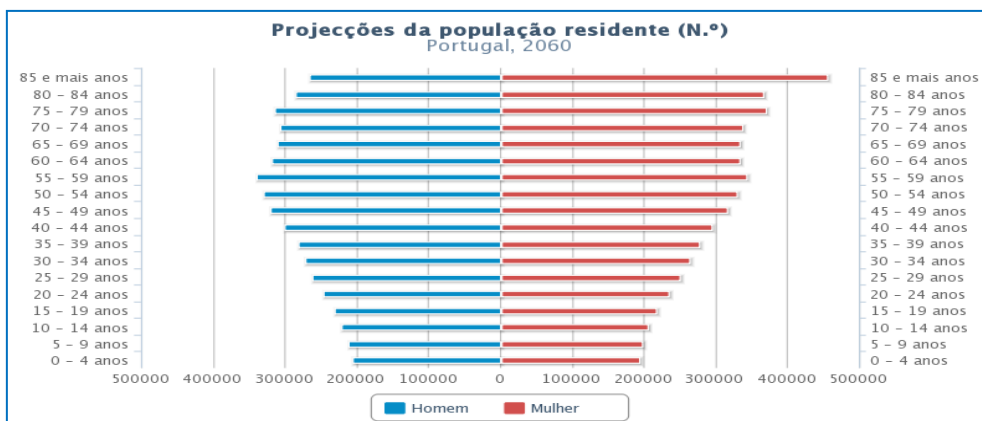


Figura 1 – Projecções da população residente em Portugal para o ano 2060 (Fonte: INE, 2011)

Paralelamente, e à semelhança do que se verifica mundialmente, Portugal não tem uma distribuição homogénea da população idosa, há uma percentagem superior de elementos do sexo feminino (58,1%), tal como se pode observar na Figura 2 (INE, 2011).

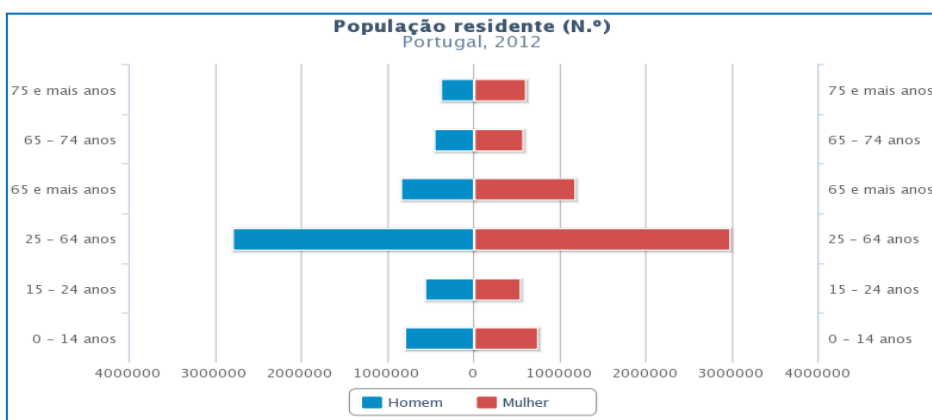


Figura 2 – População residente em Portugal (Fonte: INE, 2011)

Em Portugal, a região de Trás-os-Montes situa-se entre as primeiras com o índice de envelhecimento mais elevado. De acordo com os dados do INE de 2011, dos residentes nesta região, cerca de um terço (31,4%) são idosos. Tal como pode ser extraído da Figura 3, esta mesma proporção de idosos é observada no concelho de Alfândega da Fé, um pequeno concelho de Trás-os-Montes, onde em 2012 residiam 1547 pessoas com mais de 65 anos (INE, 2011).

O envelhecimento da população portuguesa é assim uma realidade com tendência crescente para a qual todos os profissionais devem estar atentos e preparados de forma a atenuar os aspetos negativos da inversão da pirâmide etária.

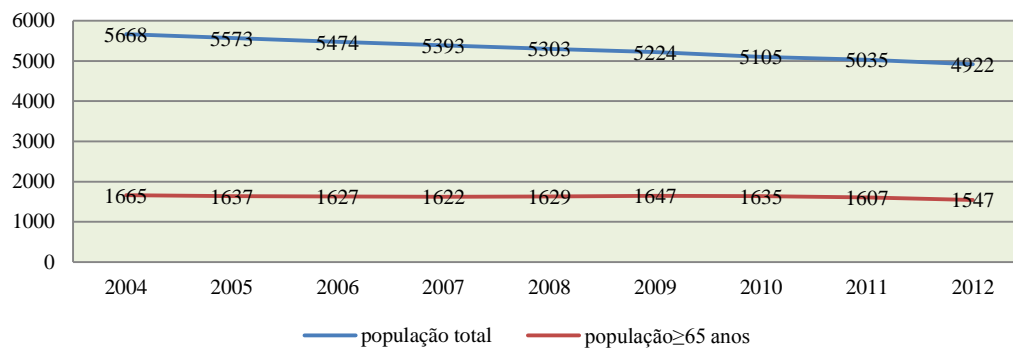


Figura 3 – Evolução demográfica de Alfândega da Fé (Fonte: INE, 2011)

2 – ENVELHECIMENTO E PATOLOGIA ORAL

A face é o meio através do qual expressamos as nossas emoções e afetos e nos identificamos com o mundo. À luz da cultura dominante, que só aprecia o que é belo, são e forte, num ambiente bombardeado por “spots” publicitários povoados por gente bonita e sorridente, uma boa saúde oral pode fazer a diferença na autoestima de todo o ser humano. Os dentes e a boca assumem desde muito cedo uma relevante importância para os indivíduos, não só a nível funcional mas também social e psicológico. A sociedade e a cultura dos nossos dias atribuem um significado de aceitação social à boca, aos dentes e ao sorriso. Sorrir é importante pois anuncia bem-estar, alegria, segurança e autosatisfação, permitindo ao ser humano comunicar com o que o rodeia.

A Saúde Oral, como parte integrante da saúde geral, afeta o funcionamento da pessoa. O conceito de Saúde Oral, cuja importância tem vindo cada vez mais a ser reconhecida, engloba uma cavidade oral livre de dor crónico-oro-facial e de neoplasia da cabeça e pescoço e ausência de lesões que afetem a cavidade oral, os dentes e os tecidos craniofaciais (Silva, Meneses & Silveira, 2007).

A preservação da saúde oral ao longo da vida do indivíduo pressupõe o acesso a cuidados de saúde oral adequados desde idades precoces. No entanto, e segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], Portugal encontra-se entre os piores países da União Europeia no que diz respeito às desigualdades nos cuidados de saúde, sendo a situação de Saúde Oral em Portugal preocupante, quando avaliada pelo índice de iniquidade. Num estudo realizado em Portugal, verificou-se a existência de desigualdade ao nível da utilização das consultas de medicina dentária, favorecendo indivíduos com maior nível de rendimento (Simões, Paquete & Araújo, 2008). A Ordem dos Médicos Dentistas [OMD] realizou em Portugal, no ano de 2005, um inquérito que abrangeu todos os hospitais públicos e centros de saúde, e que permitiu assinalar cerca de 70% dos hospitais e 90% dos centros de saúde sem serviço de saúde oral, reencaminhando os utentes para os médicos particulares (OMD, 2005). Um outro estudo mostrou que Portugal apresenta prevalências de tratamento dentário das mais baixas da Europa (Silva et al., 2007). Em comparação com outros países da OCDE, Portugal tem o pior índice de iniquidade no nº de consultas de estomatologia, tal como se observa na Figura 4 (Pereira & Furtado, 2010).

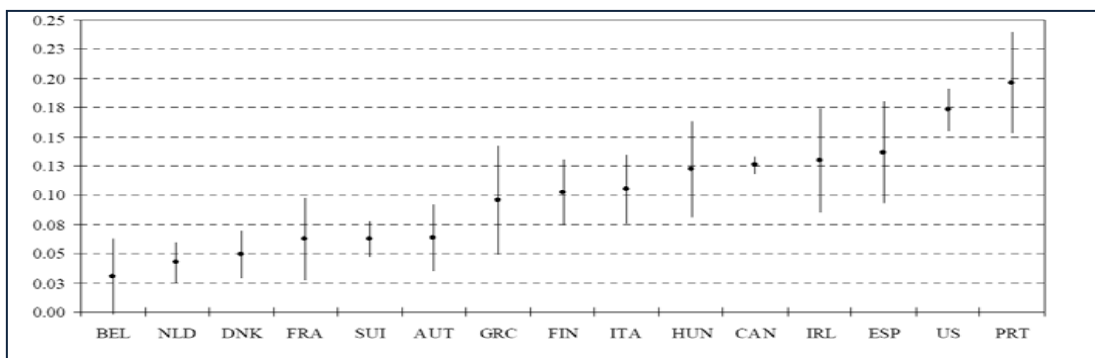


Figura 4 – Índice de iniquidade no nº de consultas de estomatologia - Fonte: OCDE 2004 (Pereira & Furtado, 2010)

Miguel e Sá (2010, p. 30) cita-nos no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, na parte que se refere aos cuidados de saúde primários, considera a saúde oral como “um sector pouco menos que esquecido pelo Serviço Nacional de Saúde”, referindo que no ano de 2007 existiam 15 médicos de estomatologia/medicina dentária e 105 higienistas orais/odontologistas em toda a rede de centros de saúde de Portugal Continental, o que demonstra que o acesso a cuidados de saúde oral, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, é muito restrito.

Num contexto de acesso limitado a cuidados de saúde oral, é expectável uma elevada prevalência de problemas relacionados com a saúde oral. Estes problemas acumulam-se e pelo processo de envelhecimento agravam-se, ao longo da vida do indivíduo, tendo expressão máxima nos idosos (Côrte-Real, Figueiral & Campos, 2011).

O processo de envelhecimento não tem momento exato para ter início mas é uma realidade inevitável, caracterizada por alterações fisiológicas, anatómicas e patológicas que agravam com o aumento da idade. Tais alterações afetam todo o organismo, incluindo os tecidos da região oro-facial, onde assumem relevada importância na autoestima e qualidade de vida do idoso (Sá et al., 2005).

No idoso, à semelhança do que acontece na população geral, as doenças mais frequentes da cavidade oral são a cárie dentária e a doença periodontal que têm como principal consequência a perda dentária (AlBaker, 2013; Côrte-Real et al., 2011).

A Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (2005) realizou um estudo, relativo ao Mês da Saúde Oral – 2004, onde foi possível identificar que a média de perda dentária nos idosos portugueses (mais de 65 anos) se localizava entre os 13.4 e 19.0, sendo este grupo etário o que exibia menor número de dentes saudáveis na cavidade oral e o que apresentava a pior situação periodontal. Esse mesmo estudo

revelou que, embora os adultos que viviam em áreas rurais tivessem o maior número de dentes em falta, as diferenças entre os adultos que viviam em áreas urbanas, suburbanas e rurais eram pequenas.

As doenças periodontais (gingivite e periodontite), Figuras 5 e 6, são o resultado de mecanismos inflamatórios nos tecidos de suporte dos dentes como resposta à infecção crónica por bactérias da microflora oral (Pihlstrom, Michalwoicz & Johnson, 2005). Na situação de gingivite, a inflamação está confinada às gengivas e, embora possa evoluir para periodontite, normalmente é reversível. As periodontites são o resultado de processos inflamatórios que alastram e causam destruição das fibras de colagénio do ligamento periodontal (tecido que permite a ancoragem do dente ao osso), provocando o aparecimento da bolsa periodontal entre a gengiva e o dente. Esta bolsa aprofunda-se à medida que a destruição do ligamento periodontal se agrava, ocorrendo também a destruição do osso alveolar, com perda óssea extensa (Pihlstrom et al., 2005; Preshaw et al., 2012). As situações mais graves de doença periodontal atingem 10% a 15% dos indivíduos adultos, mas as situações de média gravidade podem afetar 60% dos adultos (Preshaw et al., 2012). Há aspetos do envelhecimento que determinam a elevada prevalência da doença periodontal. Por um lado há uma perda gradual da inserção periodontal à medida que a idade aumenta, por outro lado há uma intensificação da resposta periodontal a estímulos mecânicos e bacterianos em idosos, tornando o processo inflamatório mais exuberante. Concomitantemente, a acumulação de placa bacteriana por higiene oral deficiente é uma situação frequente em idosos, particularmente naqueles com limitação da mobilidade. A interação destes fatores desencadeia o processo inflamatório que culmina na perda de inserção periodontal e perda óssea (Côrte-Real et al., 2011).

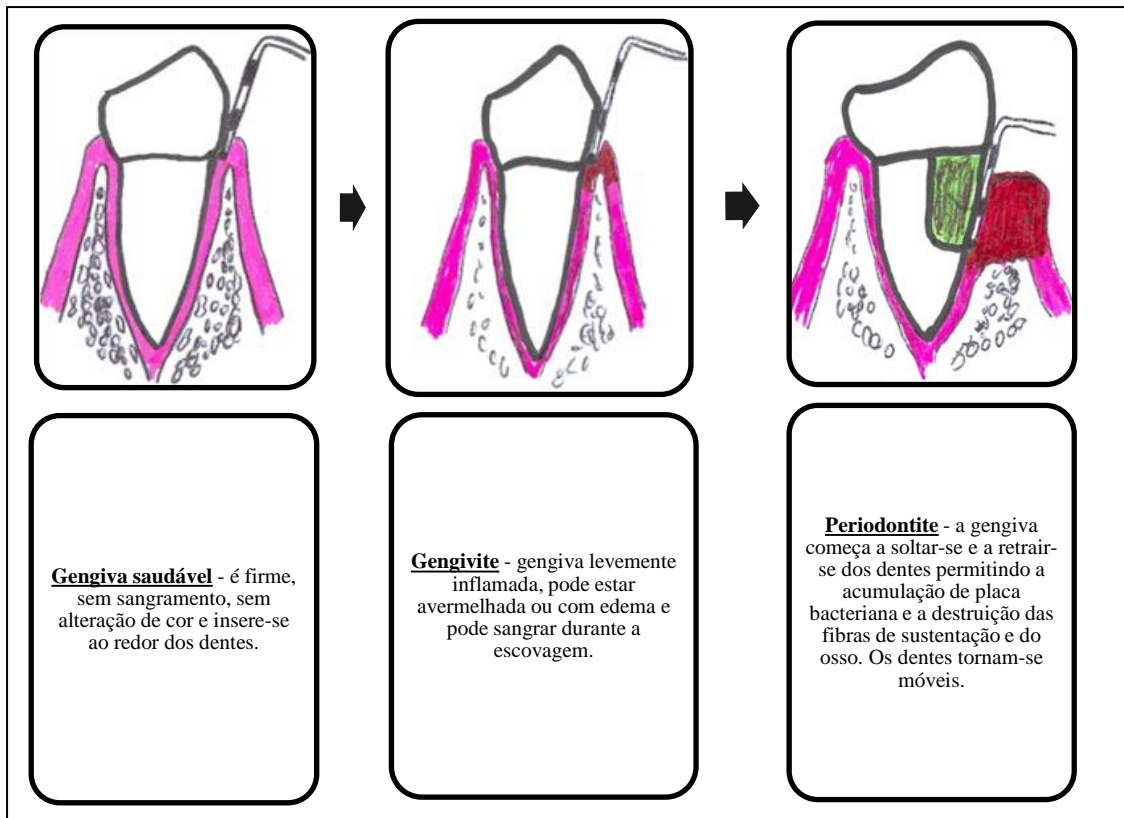


Figura 5 – Evolução da doença periodontal

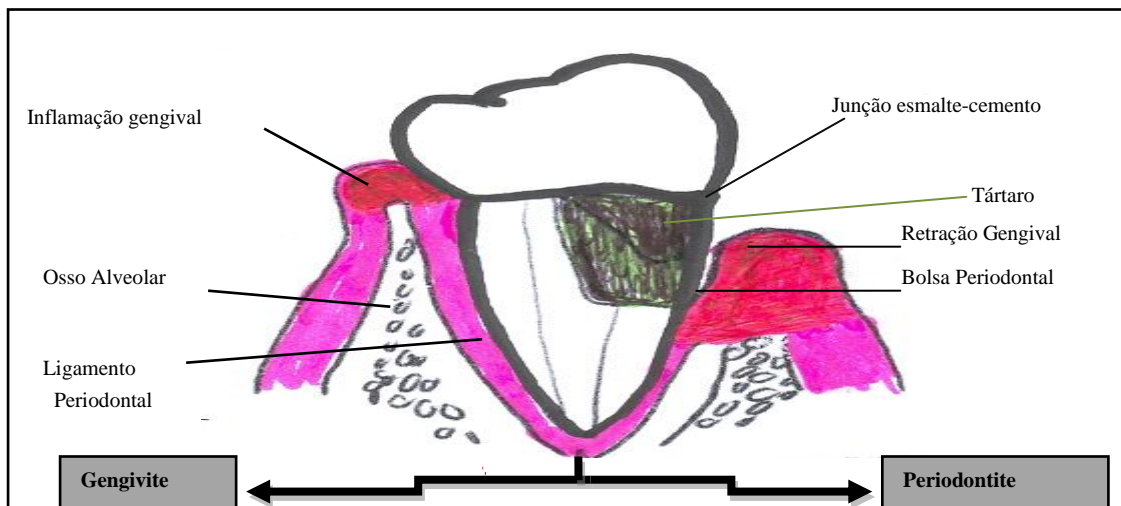


Figura 6 – Diferença entre Gingivite e Periodontite

Nos idosos, tal como em outros grupos etários, a prevalência de cárie dentária é elevada, no entanto é particularmente elevada a prevalência de cárie radicular (Catão, Xavier & Pinto, 2011). A perda de inserção periodontal própria do processo de envelhecimento com exposição da superfície radicular do dente, aliada a deficiente higienização oral, determina uma maior prevalência desta forma de cárie na população

idosa (Côrte-Real et al., 2011). A prevalência de cáries radiculares em idosos portugueses institucionalizados ronda os 60% (Sousa, 2005; Silva, 1995). Esta elevada prevalência de cárie correlaciona-se com sintomatologia dolorosa e limitações do processo mastigatório (Catão et al., 2011).

Com o aumento da idade há normalmente redução do fluxo salivar o que leva à xerostomia, situação que afeta cerca de 30% dos idosos (Côrte-Real et al., 2011). A incidência desta situação é três vezes superior no idoso, em comparação com o adulto jovem. No entanto, não é uma consequência direta do processo do envelhecimento, antes resulta de doenças sistémicas e de alguns tratamentos farmacológicos (Feio & Sapeta, 2005). A xerostomia dificulta a mastigação, a deglutição, a fala e a sensação do paladar (podendo provocar perda de apetite), aumenta a suscetibilidade a infeções e úlceras orais e está associada à retenção de alimentos na cavidade oral. Estes aspetos causam dor e desconforto na boca, especialmente para aqueles que usam próteses (Côrte-Real et al., 2011; Feio & Sapeta, 2005). Além disso, a retenção alimentar aliada à precariedade da saúde dentária predispõe à ocorrência de halitose (Feio & Sapeta, 2005; Montenegro, Marchini, Brunetti & Manetta, 2007), um sintoma muito constrangedor que suscita sentimentos de inferioridade, no contacto com os outros. Ao ter este efeito deletério sobre a autoestima, potencia a tendência para o isolamento, com grande impacto na vida social, familiar e até mesmo nas relações pessoais mais íntimas. (Scott, Leung, McMillan, Davis & Fiske, 2001).

A perda dentária é a consequência final das patologias crónicas mais prevalentes (cárie e doença periodontal) que afetam a cavidade oral ao longo da vida do indivíduo (Côrte-Real et al., 2011; Gerritsen, Allen, Witter, Bronkhorst & Creugers, 2010). Reflete as atitudes dos indivíduos relativamente à higiene da cavidade oral, à importância dada à saúde oral, bem como à disponibilidade e à acessibilidade a cuidados de saúde oral (Côrte-Real et al., 2011). Porque a cárie dentária e a doença periodontal persistem na cavidade oral, por vezes, de forma insidiosa, ao longo da vida do indivíduo, as consequências associadas agravam-se ao longo dos anos, de tal forma que a perda dentária se reflete de forma dramática nos idosos (AlBaker, 2013). Em populações envelhecidas e nas quais houve restrição no acesso aos cuidados de saúde oral, como sucede em Portugal, é expectável que a prevalência de perda dentária seja muito elevada (Côrte-Real et al., 2011). Considerando que o limiar numérico necessário para manter uma capacidade mastigatória satisfatória, e para não causar prejuízos

nutricionais ou estéticos, é de 20 dentes na cavidade oral, podemos concluir que a perda dentária afeta todas as atividades funcionais do sistema estomatognático (AlBaker, 2013).

A perda dos dentes provoca comprometimentos funcionais associados à perda da dimensão vertical da face e alterações patológicas da articulação temporomandibular com repercussões no ciclo mastigatório (Montenegro et al., 2007). Estas situações correlacionam-se com alteração dos hábitos alimentares, evitando certos alimentos nutritivos devido à dificuldade na mastigação, optando por outros alimentos com alto teor calórico e de gordura (Catão et al., 2011; Guimarães et al., 2005; Sá et al., 2005). Ao optar por dietas mais macias/pastosas, o idoso não efetua a estimulação necessária dos músculos da mastigação, provocando uma alteração no tónus muscular, com evidentes comprometimentos estéticos (rosto com sulcos pronunciados) e funcionais (Montenegro et al., 2007). A desnutrição pode também ocorrer como consequência da perda dentária, aumentando a fragilidade do idoso (Monteiro, 2009; Bailey, Ledikwe, Smiciklas-Wright, Mitchell & Jensen, 2004). A falta de dentes interfere na pronúncia das palavras, afetando a comunicação oral. A dificuldade em comunicar e as alterações na fisionomia levam o indivíduo a isolar-se do convívio social e ao aparecimento de receios ao nível dos contactos pessoais mais íntimos, interferindo na capacidade do idoso de se perceber como um ser sexual e desejável (Guimarães et al., 2005; Sá et al., 2005). Paralelamente verifica-se o desenvolvimento de um sentimento de vergonha, dado que a perda de dentes é frequentemente conotada com pobreza e negligência pessoal (Marchi, Leal, Padilha & Brondani, 2012). Nenhum ser humano consegue viver como uma ilha e, no caso de doentes de Cuidados Continuados, a comunicação assume um papel vital, a pessoa isolada abandonada a ela própria desliza rapidamente para um estado de depressão e confusão mental.

Em suma, as alterações da saúde oral causam dor e desconforto, provocam limitações funcionais e sociais. Causam dificuldades na alimentação, na mastigação e na fala, insatisfação com a aparência da imagem corporal e acentuam sentimentos de exclusão e isolamento social com impacto negativo nas Atividades de Vida Diárias (AVD) (Haikal, Martins, Moreira & Ferreira, 2011; Lopes, Gusmão, Alves & Cimões, 2011; Mendonça, Cimões, Araújo, Caldas & Silva, 2010; Silva et al., 2007), pelo que se torna fundamental atenuá-las e prevení-las.

3 – ENVELHECIMENTO E DIABETES MELLITUS

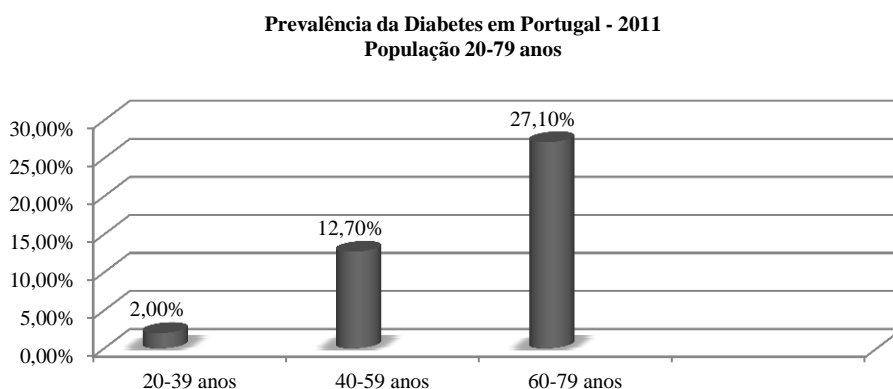
A prevenção e o controlo das doenças infecciosas assim como as mudanças observadas nos hábitos e estilos de vida, ocorridas no último século, levaram a uma alteração do padrão de morbidade, condicionando um aumento da prevalência de doenças crónicas. Concomitantemente, o aumento da esperança de vida e o envelhecimento da população levaram a uma acumulação dessas patologias crónicas, em pessoas idosas. A Diabetes Mellitus (DM) é uma das patologias crónicas cuja prevalência está diretamente correlacionada com o envelhecimento dos indivíduos (Gardete et al., 2010; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012).

A Diabetes Mellitus resulta de alterações da secreção de insulina pelas células β -pancreáticas e/ou de alterações da ação da insulina nas células do organismo. Como resultado destas alterações, há uma diminuição drástica da captação e da utilização de glicose pelas células do organismo, ocorrendo hiperglicemia associada a profundas alterações metabólicas (Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt & Azevedo, 2002; Pinto, 2007). A hiperglicemia que caracteriza a DM causa complicações microvasculares propiciando a ocorrência de disfunção gradual de múltiplos órgãos e tecidos, nomeadamente patologia do globo ocular, rim, coração, vasos sanguíneos e cavidade oral (Cortez-Dias, Martins, Belo & Fiuza, 2010; Gerstein et al., 2005; Negrato & Tarzia, 2010). Devido a todas estas consequências, a DM é uma condição patológica pesada em termos de complicações e respetiva gravidade, com custos financeiros diretos e indiretos muito elevados (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2011; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012) e com diversas implicações adversas nas atividades de vida diária das pessoas (Pathak, Shakya, Chandra & Goel, 2013).

A DM é classificada em quatro categorias: DM Tipo 1, DM Tipo 2, Diabetes Gestacional e outros tipos específicos de DM (American Diabetes Association [ADA], 2011). No entanto, a DM Tipo 2 é a forma mais frequente, correspondendo a cerca de 90 a 95% dos diabéticos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2007). Esta forma de DM é consequência da resistência dos tecidos à ação da insulina, com diminuição progressiva da sua secreção pelas células β pancreáticas. É geralmente diagnosticada a partir dos 40 anos de idade, com um pico de incidência aos 60 anos de idade (Gross et al., 2002), daí que seja uma patologia que afeta predominantemente pessoas idosas.

A incidência da Diabetes tem aumentado de forma dramática em todo o mundo (Rosendo & Freitas, 2012). Em 2012, a prevalência de Diabetes Mellitus a nível mundial era de 8,3% e na Europa de 6,7% (International Diabetes Federation [IDF]). Em Portugal, estudos efetuados nos últimos anos mostram uma prevalência de Diabetes Tipo 2 que ronda os 12%, em indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, mais elevada nos homens do que nas mulheres e francamente mais elevada em indivíduos com 60 ou mais anos de idade, atingindo neste grupo valores que rondam os 27%, tal como é apresentado no Gráfico 1 (Cortez-Dias et al., 2010; Gardete et al., 2010; Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012).

Gráfico 1 – Prevalência e evolução da Diabetes em Portugal



(Fonte: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes 2012)

Em Portugal, foram registados 652 novos casos de DM, por cada 100 000 habitantes, durante o ano de 2011. Nesse mesmo ano, foram assistidos na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) do país 32.713 utentes, dos quais 17% tinham diagnóstico de Diabetes. Esta proporção de diabéticos entre os utentes assistidos na RNCCI, era de 11% em 2009, demonstra um gradual incremento da prevalência desta patologia neste grupo particular da população portuguesa (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012). A Diabetes Mellitus é assim um problema de saúde pública com grande expressão nos idosos.

Tendo em conta que a população idosa apresenta uma maior permeabilidade às doenças físicas e que são os idosos quem mais recorre aos serviços de saúde, o cuidado gerontológico assume um papel cada vez mais importante, requerendo cuidados individualizados e personalizados, efetuados por equipas multidisciplinares de pessoal qualificado, cuja meta é encorajar a promoção da saúde por meio de medidas que permitam o envelhecimento ativo da população.

4 – INTERAÇÃO ENTRE DIABETES MELLITUS E PATOLOGIA ORAL

Existem várias patologias sistêmicas que apresentam manifestações orais e a Diabetes Mellitus é uma dessas patologias. A hiperglicemia crônica afeta a síntese, a maturação e a manutenção do colagénio e da matriz extracelular dos tecidos. No paciente diabético não compensado, a síntese de colagénio é mais lenta, dificultando a reparação dos tecidos lesados e influenciando negativamente a formação e remodelação óssea (Alves, Andion, Brandão & Menezes, 2007; Lima et al., 2013; Madeiro, Bandeira & Figueiredo, 2005; Rosendo & Freitas, 2012). Os distúrbios na circulação sanguínea que afetam os indivíduos diabéticos são responsáveis pela deficiente irrigação dos tecidos, tornando ainda mais difícil a cicatrização das lesões (Alves et al., 2007; Lima et al., 2013). A maior quantidade de glicose na saliva e líquido gengival crevicular, presente no doente diabético, estimula o crescimento bacteriano, reduz a capacidade dos fibroblastos em promover a cicatrização e aumenta a produção de ácido láctico, reduzindo o pH e diminuindo a atividade tampão da saliva, constituindo fatores de risco para a cárie e doença periodontal (Sousa, Castro, Monteiro, Silva & Nunes, 2003; Vernillo, 2003). A resposta funcional dos neutrófilos está diminuída nos pacientes diabéticos, reduzindo a capacidade imunitária do tecido contra as bactérias (Alves et al., 2007; Lima et al., 2013; Pradhan & Goel, 2011). Estas condições afetam o tecido periodontal (Figura 7), aumentando a suscetibilidade do paciente diabético à doença periodontal, agravando a destruição do tecido periodontal com aumento da profundidade das bolsas periodontais e maior extensão de destruição óssea (Madeiro et al., 2005; Novaes, Macedo & Andrade, 2007; Rosendo & Freitas, 2012; Segura-Egea et al., 2012; Vernillo, 2003). Neste contexto, há maior prevalência de doença periodontal nos indivíduos diabéticos em comparação com os indivíduos não diabéticos (Elias et al., 2012; Ng & Leung, 2006; Pathak et al., 2013; Santana, Costa, Zenóbio, Soares & Santana, 2007; Vernillo, 2003). O risco de doença periodontal é três vezes maior em indivíduos diabéticos (Preshaw et al., 2012), estando presente em 75% desses indivíduos (Sousa, 2003). A doença periodontal tem sido referida como a 6ª complicação característica da Diabetes (Pradhan & Goel, 2011).

É do conhecimento geral que, se um indivíduo for portador crônico de infecções ou tiver infecções frequentes, isso irá repercutir-se no funcionamento de outros órgãos. O exemplo mais paradigmático e que atinge uma percentagem significativa da população é

a interferência que uma infecção pode ter na manutenção da estabilidade de um doente diabético. Esta é uma realidade não negligenciável e que acarreta custos significativos ao Estado (OMD, 2010 – Plano Nacional de Saúde 2011-2016).

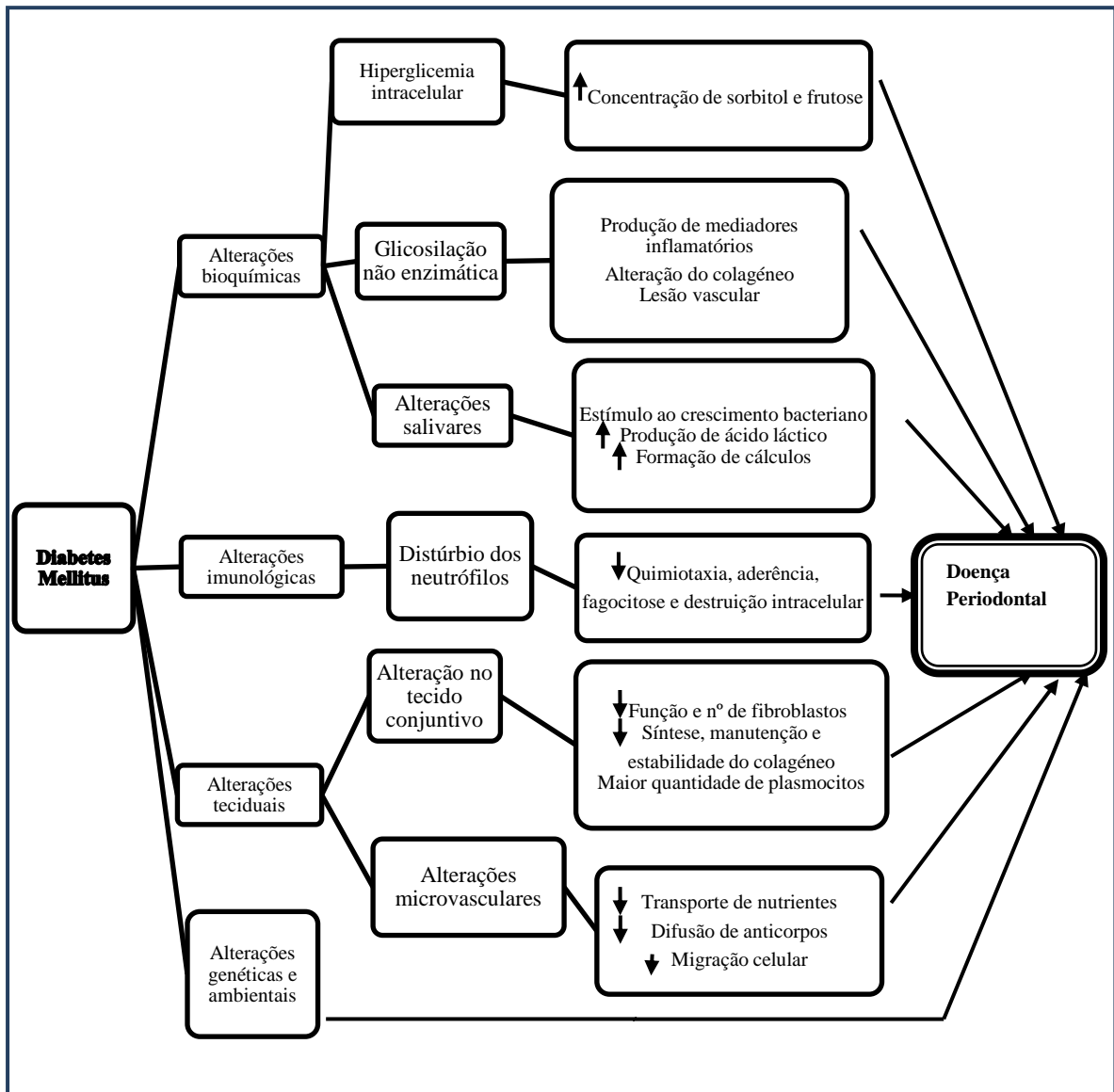


Figura 7 – Principais mecanismos patogênicos da Doença Periodontal associada à Diabetes Mellitus (Alves, 2007)

Sendo a doença periodontal um processo infeccioso persistente ao longo do tempo, tem consequências no indivíduo diabético. As consequências são o resultado da resposta de natureza inflamatória nos tecidos periodontais. As citocinas pró-inflamatórias produzidas no tecido periodontal inflamado [fator de necrose tumoral α

(TNF α), interleucina 6 (IL6) e interleucina 1 (IL19)] vão antagonizar a insulina. Estes mediadores entram em circulação através da microcirculação periodontal, tendo uma ação sistémica, podendo assim afetar tecidos e órgãos em sítios distantes (Lima et al., 2013; Pradhan & Goel, 2011; Preshaw et al., 2012; Tunes, Foss-Freitas & Nogueira-Filho, 2010; Vernillo, 2003). A Diabetes influencia a instalação e a progressão da doença periodontal (dificuldade de cicatrização) e, por sua vez, sofre influência desta, uma vez que a doença periodontal pode alterar o metabolismo da glicose e, conseqüentemente, dificultar o controlo da Diabetes (Madeiro et al., 2005; Pradhan & Goel, 2011; Preshaw et al, 2012). Aliás, tem sido demonstrado que o controlo da glicemia em pacientes diabéticos Tipo 2 melhora após tratamento periodontal (Teeuw, Gerdes & Loos, 2010). A inter-relação entre doença periodontal e Diabetes Mellitus encontra-se esquematizada na Figura 8. Sem dúvida que estes aspetos realçam a importância da monitorização da saúde oral em idosos diabéticos e tornam mais pertinente a atenuação das patologias da cavidade oral, neste grupo específico.

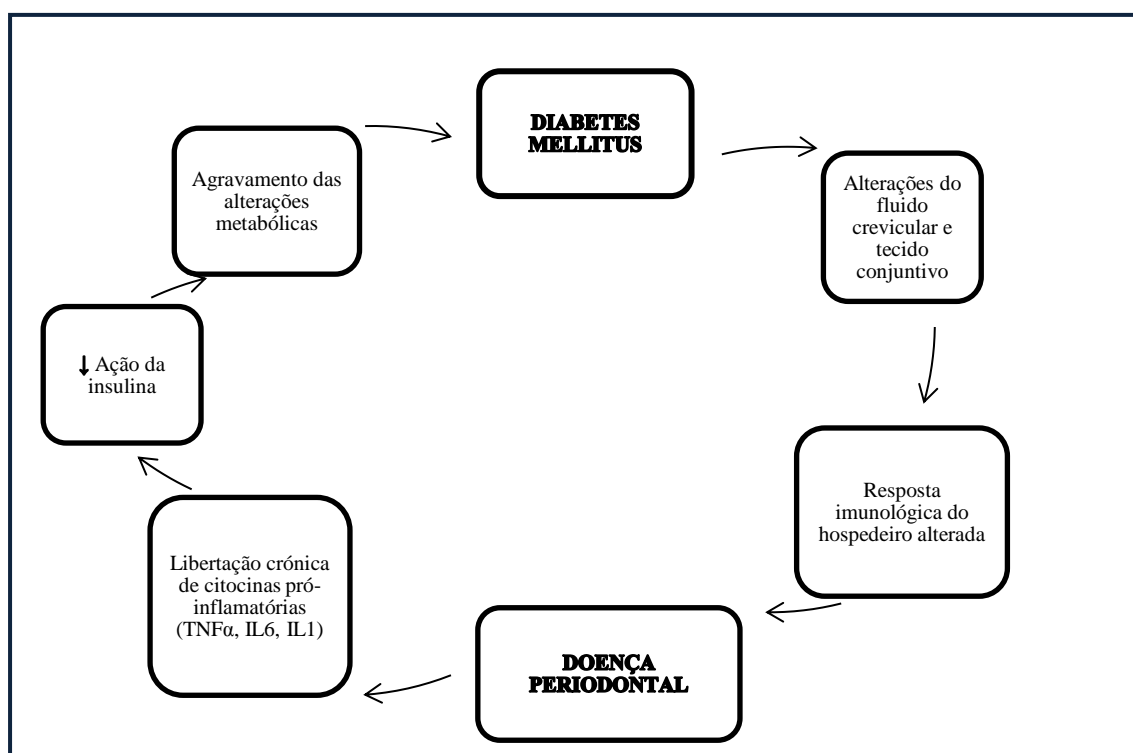


Figura 8 – Inter-relação entre doença periodontal e Diabetes Mellitus (Alves, 2007)

5 – IMPACTO DA SAÚDE ORAL NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)

A saúde está diretamente relacionada com a capacidade que o indivíduo tem de realizar de forma autónoma as suas AVD. A sua qualidade de vida está diretamente relacionada com a adequada execução dessas atividades, consideradas as principais determinantes da sua autonomia e independência (Rocha, 2010). Os aspetos relacionados com o impacto da saúde nas AVD assumem especial importância em idosos, particularmente naqueles portadores de várias patologias crónicas que tornam mais precária a autonomia para desempenhar as atividades diárias. As AVD são as atividades relacionadas com o autocuidado, tais como: tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, andar, comer, passar da cama para a cadeira, mover-se na cama e ter continências urinária e fecal (Costa, Nakatani & Bachion, 2006; Nunes, Nakatani, Silveira, Bachion & Souza, 2010).

Com o aumento da esperança média de vida, o grau de dependência da pessoa tende a aumentar provocando uma perda progressiva de autonomia e uma redução das capacidades físicas e cognitivas. Nas próximas décadas, projeta-se um aumento de cerca de 120% da população com limitações funcionais e a população a receber cuidados formais em instituições aumentará em cerca de 130% (Pickard et al., 2007). Em Portugal, 50,1% da população com 65 ou mais anos de idade residente na Região Norte do país declarou em 2011 ter muita dificuldade ou não conseguir realizar, pelo menos, uma das seis atividades diárias, sendo a percentagem de mulheres nesta situação superior à dos homens, respetivamente 55,7% e 42,3% (INE, 2011).

Entre 2001 e 2011, o índice de dependência total da população portuguesa aumentou de 48 para 52. Este agravamento resulta principalmente do aumento do índice de dependência de idosos, que sofreu um acréscimo de cerca de 21% na última década (Lopes et al., 2013). O concelho de Alfândega da Fé segue o padrão do restante território português, em 2011 este índice atingiu o valor de 56,3 (INE, 2011).

Na definição atual preconizada pela OMS, saúde é mais do que ausência de doença, deve ser definida como estado de bem-estar físico, social e psicológico. O mesmo se aplica à saúde oral. A cavidade oral é um segmento do corpo fundamental na alimentação e na comunicação com os outros e também implicado na estética corporal. Paralelamente, a cavidade oral é dos segmentos mais afetados pelo envelhecimento e pelas consequências fisiopatológicas das doenças crónicas. Para além dos aspetos

funcionais, é necessário considerar os aspetos sociais e psicológicos correlacionados com a patologia oral quando se avaliam as condições da saúde oral e as necessidades e consequências dos tratamentos disponíveis (Tubert-Jeannin, Riordan, Morel-Papernot, Porcheray & Saby-Collet, 2003). À semelhança do que sucede com outras patologias crónicas, as patologias da cavidade oral têm impacto negativo no desempenho das AVD dos indivíduos devido à dor e constrangimentos funcionais e sociais que causam (Haikal et al., 2011; Mendonça et al., 2010; Silva et al., 2007). Sendo assim, torna-se pertinente a inclusão de cuidados de saúde oral pela integração do médico dentista na equipe multidisciplinar que acompanha o cuidado ao doente (Lima, Saliba, Garbin, Fernandes & Garbin, 2011; Mol, 2010; Saini, Marawar, Shete, Saini & Mani, 2009).

Para uma correta adaptação dos cuidados de saúde oral às reais necessidades destes idosos fragilizados pela doença crónica, é crucial a avaliação do impacto que as condições de saúde oral têm em AVD específicas, considerando não só os constrangimentos funcionais mas também os constrangimentos sociais e psicológicos que a patologia oral causa. No entanto, as condições de saúde oral e as necessidades de tratamento são frequentemente avaliadas com recurso a índices biológicos, nomeadamente o número de dentes perdidos, obturados e cariados (Gomes & Abegg, 2007). Este tipo de índices não avalia a forma como as condições da saúde oral interferem nas AVD (Gerritsen et al., 2010; Gomes & Abegg, 2007) podendo assim omitir algumas necessidades no que concerne à saúde oral.

6 – INSTRUMENTOS PARA AVALIAR O IMPACTO DA SAÚDE ORAL NA VIDA DIÁRIA

À semelhança do que sucede com a saúde geral, atualmente têm sido valorizadas medidas que avaliam o impacto da saúde oral nas AVD que se sabe estar diretamente correlacionado com a qualidade de vida do indivíduo (Brennan, Singh, Spencer & Roberts-Thomson, 2006; Locker, Matear, Stephens, Lawrence & Payne, 2001). Estas medidas contemplam não só os constrangimentos funcionais mas também os constrangimentos sociais e psicológicos que a patologia oral acarreta. Isto permite melhorar as decisões no âmbito da saúde pública no que concerne à disponibilidade de tratamento, permitindo cuidados de saúde oral, perfeitamente adaptados às reais necessidades da população (Gerritsen et al., 2010).

Existem vários instrumentos específicos para avaliar a interferência das condições da cavidade oral na vida diária das pessoas e, por inerência, na qualidade de vida, complementando os indicadores epidemiológicos tradicionais sobre doenças (Miotto, Barcellos & Velten, 2012). Os questionários conhecidos como Oral Health Impact Profile (OHIP) e Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) foram desenvolvidos na década de 90 (Atchison & Dolan, 1990; Slade, 1997) e têm sido utilizados para este tipo de avaliações (Ikebe et al., 2012; Osta et al., 2012; Tubert-Janin et al., 2003). Ambos os questionários foram inicialmente validados em populações idosas, para avaliar problemas relacionados com a saúde oral e estimar o grau de impacto psicossocial, associado às doenças orais, nestes indivíduos (Atchison & Dolan, 1990; Slade, 1997). Nos Quadros A1 e A2 (Anexo A) apresentam-se os estudos em que foram feitas validações das traduções destes questionários, para utilização em diferentes línguas e culturas.

6.1 – Oral Health Impact Profile (OHIP)

O índice OHIP foi proposto na Austrália em 1994 com o objetivo de avaliar o impacto dos problemas orais na qualidade de vida, a partir da perceção das pessoas acerca de disfunções, incapacidades e desconfortos causados por problemas na boca. Inicialmente era formado por 49 itens (OHIP-49) mas, em 1997, foi criada uma forma simplificada do OHIP-49, com a denominação de Oral Health Impact Profile - short form (OHIP-14) e constituída por apenas 14 itens. O OHIP-14, tal como o OHIP-49,

teve como base o modelo teórico de saúde oral de Locker. Segundo este modelo, a doença origina limitações funcionais, desconforto e dor, resultando em constrangimentos físicos, psicológicos e sociais e limitando a capacidade para realizar atividades da vida diária (Slade, 1997). O questionário OHIP-14 demonstra propriedades similares às do formato original e, como é mais sucinto, necessita de menos tempo para a aplicação, o que favorece a sua utilização (Slade, 1997).

As 14 questões do OHIP-14 fazem referência a problemas de saúde oral que as pessoas tenham experienciado nos últimos 12 meses. Estas questões distribuem-se pelas sete dimensões que refletem o impacto da condição oral em determinados aspetos específicos (Martín, Pérez, Martínez, Martín & Gallardo, 2009; Silva, Villaça, Magalhães & Ferreira, 2010) (Quadro B1 do Anexo B).

1. Dimensão Limitação Funcional: inclui perguntas relativamente à dificuldade na fala e na diminuição da sensibilidade do paladar;
2. Dimensão da Dor: questiona-se acerca da sensação de dor experienciada, bem como do incómodo no ato de comer;
3. Dimensão Desconforto Psicológico: explora-se a preocupação e o stress que a condição oral poderá provocar;
4. Dimensão Incapacidade Física: refere-se ao possível prejuízo na alimentação e na necessidade de interromper as refeições;
5. Dimensão Incapacidade Psicológica: questiona-se acerca da dificuldade em relaxar e do sentimento de embaraço relativa à condição oral;
6. Dimensão Incapacidade Social: inclui perguntas acerca do impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar as atividades diárias;
7. Dimensão Desvantagem Social: explora a perceção da pessoa acerca do impacto da condição oral na sua vida e na incapacidade em desenvolver as suas atividades.

Cada questão assume um valor de zero a quatro ponderado por um fator diferente de questão para questão (Quadro B1 do Anexo B). O resultado do OHIP-14 pode variar de zero a 28 e, quanto mais elevado for, maior será o impacto dos problemas de saúde oral na vida diária (Drumond-Santana, Costa, Zenóbio, Soares & Santana, 2007; Pinto, 2009).

6.2 – Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Atchison e Dolan desenvolveram, em pesquisas com idosos norte-americanos, o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI), composto por 12 questões fechadas (Atchison & Dolan, 1990). Este é o único índice validado para Portugal (Carvalho, Manso, Escoval, Salvado & Nunes, 2013) (Quadro A2 do Anexo A).

Os itens do GOHAI (Quadro B2 do Anexo B) distribuem-se pelas dimensões física/funcional, psicossocial e dor/desconforto (Feu, Quintão, Cardoso & Miguel, 2010; Fonseca, Almeida & Silva, 2011), fazendo referência a problemas de Saúde Oral que as pessoas tenham sentido nos últimos três meses.

1. Dimensão Física/Funcional: refere-se ao possível prejuízo na alimentação, na mastigação e na fala;
2. Dimensão da Dor/Desconforto: questiona acerca da sensação de dor experienciada, bem como do incómodo no ato de comer e engolir, e do uso de medicamentos para aliviar essas sensações, desde que provenientes da boca, explorando a preocupação com a condição oral.
3. Dimensão Psicossocial: explora a insatisfação com a aparência, a autoconsciência relativa à saúde oral e o facto de evitar contactos sociais devido a problemas odontológicos, avaliando o impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar as atividades diárias.

Cada questão do GOHAI assume um valor que varia de um a três. O total de cada indivíduo é o resultado da soma simples dos valores obtidos nos 12 itens, variando de 12 a 36. Quanto maior for o seu valor menor é o impacto dos problemas de saúde oral na vida diária. Utilizando o critério de Atchison e Dolan (1990) para escala simplificada, os resultados finais são classificados como alto (34 a 36), moderado (31 a 33) e baixo (igual ou inferior a 30) (Fonseca et al., 2011; Gonçalves, 2008).

A utilização do índice GOHAI para avaliar a qualidade de vida de um indivíduo permite compreender a capacidade de funcionamento em toda a rotina desse mesmo indivíduo e a forma como ele compreende todo o seu bem-estar. (Locker & Allen, 2007; Peterson, 2009).

7 – IMPACTO DA SAÚDE ORAL NAS AVD EM IDOSOS PORTUGUESES

Em Portugal, a saúde oral tem sido relegada ao esquecimento quando se abordam questões relativas à saúde em geral da população idosa. Como consequência, as patologias orais apresentam alta prevalência entre a população idosa portuguesa, constituindo um grave problema de saúde pública, com impacto financeiro sobre a sociedade (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010). Muitos idosos não estão sensibilizados para avaliar a importância da saúde oral. O fato de a perda dentária ser aceite pela população idosa como consequência direta do avançar da idade e a falta de políticas preventivas de saúde oral destinadas à população idosa portuguesa muito têm contribuído para o agravamento do quadro clínico da saúde oral do idoso português.

O acompanhamento da saúde oral do idoso português começa atualmente a ser um assunto tratado com a seriedade merecida, embora ainda longe de alcançar um percentual satisfatório. Em Portugal, embora existam alguns estudos efetuados com populações específicas (Braz, 2005; Gavinha, 2010; Gonçalves, 2008; Pinto, 2009; Ribeiro & Pereira, 2012; Silva, 1995), realizados quase todos na região do Porto com idosos institucionalizados, não existem ainda dados representativos da situação oral das pessoas idosas a nível nacional e a realidade no interior do país é completamente desconhecida.

No caso de Portugal, existe escassez de informação sobre as necessidades odontológicas dos idosos diabéticos. No concelho de Alfândega da Fé, concelho do interior de Portugal, os idosos constituem um grupo populacional na sua maioria com baixos rendimentos, baixos níveis de instrução, muitas vezes submetidos a condições de isolamento físico e social que condicionam o acesso aos cuidados de saúde, com hábitos e costumes vincados, dos quais a ida ao médico dentista não faz parte.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, pressupõe a instituição de um modelo de intervenção integrado e/ou articulado da saúde e da segurança social, de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, que faça face às necessidades das pessoas com dependência funcional, dos doentes com patologia crónica múltipla e das pessoas em fase final de vida (DGS – Circular Normativa nº29/DSCPS de 2006). Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa que, devido a alterações ao nível da sua integridade física e psicológica, se encontra

normalmente dependente, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade. Nos doentes em Cuidados Continuados, a avaliação do estado de recuperação físico e emocional, do grau de satisfação das suas necessidades, das limitações futuras ao nível das atividades de vida diárias e de todo o leque de comportamentos que compreendem o indivíduo como um ser holístico assumem um papel muito importante (CEPCEP, 2012).

Tendo em conta as características da população idosa deste concelho e o facto de a DM ser uma doença com elevados consumos em cuidados de saúde e pesada em termos de complicações (ERS, 2011), com um gradual incremento de prevalência entre os utentes assistidos na RNCCI (Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 2012), achou-se pertinente efetuar este estudo.

**PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO - AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE
ORAL EM UTENTES DIABÉTICOS COM IDADE SUPERIOR A 65 ANOS**

1 - OBJETIVOS

Com este trabalho pretendeu-se avaliar o impacto das condições orais em idosos diabéticos, residentes no concelho de Alfândega da Fé. Mais especificamente:

- ✓ Fazer a avaliação clínica da condição oral desses idosos;
- ✓ Avaliar a autoperceção dos idosos em relação à condição oral através dos índices OHIP-14 e GOHAI ;
- ✓ Correlacionar os dados clínicos e de autoperceção dos idosos.

2 - METODOLOGIA

O paradigma subjacente a esta investigação é de carácter quantitativo e de cariz transversal.

2.1 - Local e Participantes do estudo

A recolha de dados do estudo decorreu entre março e julho de 2013 no concelho de Alfândega da Fé. Do total de 362 idosos (idade igual ou superior a 65 anos) diabéticos, utentes da Liga Dos Amigos do Centro de Saúde de Alfândega da Fé e/ou utentes dos Lares da Santa Casa da Misericórdia de Alfândega da Fé, são participantes deste estudo os idosos orientados/capazes de responder ao questionário, residentes no concelho de Alfândega da Fé e presentes na residência, durante o período de recolha de dados. Sendo assim, de acordo com o esquema apresentado na Figura 9, a amostra deste estudo é constituída por 250 indivíduos idosos, todos eles com diagnóstico de DM Tipo 2. Destes 250 idosos, 9,6% (n= 24) residiam nos lares do concelho de Alfândega da Fé e os restantes na comunidade.

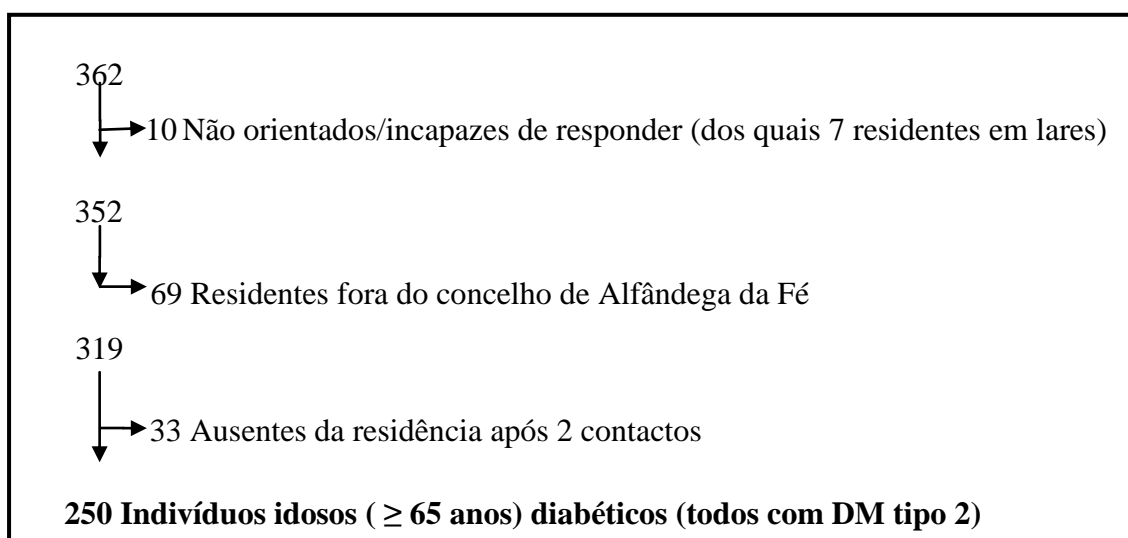


Figura 9 – Constituição da amostra do estudo

Foi obtida autorização através de contactos escritos com o Presidente da Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Alfândega da Fé e com a Direção da Santa Casa da Misericórdia de Alfândega da Fé (Anexo C), solicitando permissão para a observação

dos idosos diabéticos. Foi explicado o objetivo da investigação e distribuída uma cópia do Protocolo de Consentimento Informado (Anexo C) a estes idosos. Após obtenção do consentimento formal, procedeu-se à recolha de informação.

2.2 - Recolha de informação

Para a recolha de informação houve uma entrevista face a face, com aplicação de quatro questionários, cada um direcionado para avaliar vertentes particulares da informação a obter. Após a entrevista, cada idoso foi submetido a um exame clínico à cavidade oral. Todos os procedimentos foram efetuados por um único examinador.

O primeiro questionário aplicado, designado como Questionário Sociodemográfico (Anexo D), permite obter não só informação sobre aspetos sociodemográficos do idoso mas também sobre a perceção que o idoso tem da sua condição oral, em geral, e sobre a perceção das consequências dessa condição na sua vida diária. A autoperceção da condição oral foi obtida com base em duas questões: "Tem algum problema com os seus dentes, gengivas ou prótese dentária?", com duas respostas possíveis (sim ou não) e "Como avalia a condição da sua boca?", com cinco respostas possíveis distribuídas numa escala de Likert, variando de "muito fraca" a "excelente". A autoperceção das consequências resultantes da condição oral foi avaliada considerando duas outras questões. Uma das questões, "A condição dos seus dentes, lábios, gengivas, maxilares e boca afetam a sua vida em geral?", avalia como a condição oral interfere na vida diária do idoso e tinha cinco respostas possíveis, distribuídas numa escala de Likert variando entre "nada" e "muitíssimo". A outra questão, "Qual destas condições afeta mais a sua vida diária?", identifica a patologia que mais afeta a vida diária do idoso de entre uma lista de sete condições patológicas diferentes.

Seguidamente foram aplicados os Questionários OHIP-14 e GOHAI validados para a língua portuguesa falada no Brasil (Anexo D). Tendo em conta que Portugal recebeu recentemente muito contacto com o povo brasileiro, causado pela imigração e pelos programas televisivos importados do Brasil e, embora existam diferenças culturais entre Portugal e Brasil, considerou-se que a língua portuguesa não difere muito entre os dois países, pelo que não impedia o entendimento das questões. Quando necessários, foram prestados esclarecimentos adicionais, tendo o cuidado de nunca sugerir qualquer resposta possível.

Após a recolha dos questionários, foi efetuado um exame clínico à cavidade oral de cada idoso, tendo como base um guião (Anexo D). O exame clínico foi realizado numa sala disponibilizada em cada um dos estabelecimentos integrados no projeto ou em casa dos participantes, com o utente sentado numa cadeira junto de uma janela, com boa luz natural, com espelho oral plano e iluminação com foco de luz. A condição oral foi avaliada seguindo sistematicamente a seguinte ordem: quantificação do número de dentes naturais com ou sem obturação; presença de prótese dentária e número de dentes na prótese; diagnósticos de cárie dentária, doença periodontal e xerostomia.

O diagnóstico de cárie dentária foi efetuado segundo os critérios do manual do Ministério da Saúde (OMS, 1997) que considera o dente cariado quando há evidência clínica de esmalte socavado, existindo uma cavidade definida com descoloração ou opacidade ao longo das margens dentárias. Dentes com recidiva de cárie foram classificados como cariados.

A avaliação periodontal foi efetuada em todos os dentes naturais (Figura 10) e contemplou a identificação de sangramento gengival (sim/não), a presença de bolsa (sim/não) identificada através da medição de profundidade de sondagem (distância em milímetros da margem gengival livre até ao limite mais apical sondável) e o diagnóstico de perda óssea (sim/não) através da avaliação da inserção clínica (distância em milímetros da junção cimento-esmalte até ao limite mais apical sondável) e a presença de mobilidade (sim/não). A sondagem e medição da profundidade da bolsa, bem como a do nível de inserção clínica, foram realizadas para cada dente em quatro sítios: mesio-vestibular, disto-vestibular, lingual/palatina e vestibular. Para este procedimento utilizou-se uma sonda periodontal milimétrica estéril do tipo CPI (apresenta uma bola de 0,5 mm na extremidade, uma banda negra entre os 3,5 e 5,5 mm e anéis aos 8,5 mm e 11,5 mm, a contar da extremidade) como recomendado pela OMS (OMS, 1997). Considerou-se presença de bolsa se a distância da margem gengival livre até ao limite mais apical sondável fosse igual ou superior a 4 mm e considerou-se perda de inserção clínica se a distância entre junção cimento-esmalte e o limite mais apical sondável fosse também igual ou superior a 4 mm.

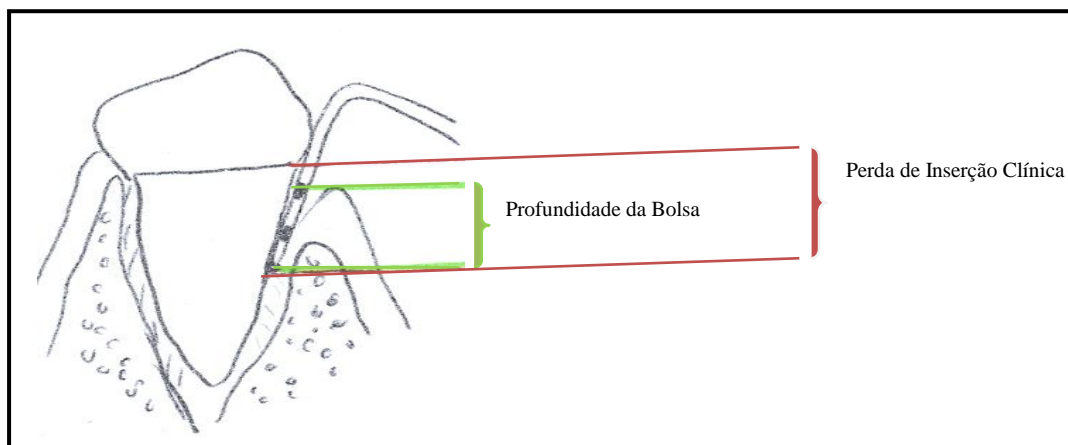


Figura 10 – Medição da Profundidade da Bolsa e Perda de Inserção Clínica

Em suma, o diagnóstico da condição periodontal foi baseado na perda de inserção clínica, conforme descrito por Armitage (Armitage, 1999). A doença periodontal foi assim classificada: (1) gengivite: indivíduos com a presença de pelo menos um sítio com sangramento à sondagem; (2) periodontite: indivíduos com pelo menos quatro sítios com profundidade de sondagem e nível clínico de inserção igual ou superior a quatro milímetros (Armitage, 1999).

2.3 - Variáveis

Quer através dos questionários quer a partir do exame clínico, obteve-se um conjunto de variáveis relevantes para o tratamento estatístico, de forma a concretizar o objetivo proposto. Consideraram-se as seguintes variáveis, algumas delas operacionalizadas e/ou transformadas:

Sexo: variável dicotómica medida por questão fechada.

Estado civil: Variável medida por questão fechada, operacionalizada em variável nominal com cinco categorias, segundo o Código Civil Português: solteiro, casado, viúvo, divorciado, em união de facto. Esta variável foi posteriormente dicotomizada considerando indivíduos que vivem com companheiro (casados ou em união de facto) *versus* indivíduos que vivem sem companheiro (restantes categorias).

Idade: Variável medida por questão aberta (mensuração direta), tendo sido obtida uma variável quantitativa discreta, posteriormente transformada em variável ordinal (grupo etário), com quatro grupos: 65 a 70, 71 a 75, 76 a 80 e superior a 80 anos de idade.

Escolaridade: Variável avaliada através de questão fechada, operacionalizada como variável ordinal, com seis grupos: 0 a 4 anos, 5 a 6 anos, 7 a 9 anos, 10 a 12 anos e com ensino superior. Esta variável foi dicotomizada, agrupando os níveis de escolaridade em duas categorias: 0-4 anos e mais de 4 anos.

Número de dentes naturais: Variável obtida no exame clínico pela contagem direta dos dentes naturais, dando origem a uma variável quantitativa discreta. Foram também contabilizados o número de dentes, de acordo com a posição que ocupam na arcada dentária: número de incisivos e caninos (dentes anteriores) e número de pré-molares e molares (dentes posteriores), dado que o primeiro grupo está mais implicado na estética e fonação, enquanto o segundo grupo é mais influente no processo mastigatório. Um indivíduo foi considerado com dentição natural total se apresentasse pelo menos 28 dentes naturais na cavidade oral. Esta variável foi transformada em variável categórica para classificar os idosos em três grupos: com dentição natural completa (≥ 28 dentes), com dentição natural parcial (entre 1 a 27 dentes) e desdentado total (sem dentes naturais).

Número e percentagem de dentes naturais com cárie e/ou alterações periodontais: Para cada idoso foram contabilizados os dentes naturais com cárie, com obturações, com bolsa, com perda óssea e com mobilidade dentária. Com base nestes dados, foi calculada a percentagem de dentes com cáries (n° de dentes cariados/ n° total de dentes naturais), a percentagem de dentes obturados (n° de dentes obturados/ n° total de dentes naturais), a percentagem de dentes com mobilidade (n° de dentes com mobilidade/ n° total de dentes naturais), a percentagem de dentes com bolsa (n° de dentes com bolsa/ n° total de dentes naturais) e a percentagem de dentes com perda óssea (n° de dentes com perda óssea/ n° total de dentes naturais). Todas estas variáveis são quantitativas, contínuas, com valores que variam entre 0% e 100%.

Diagnóstico de xerostomia: A variável foi obtida com base na percepção do próprio idoso, relativamente à sensação de boca seca, tendo sido criada uma variável dicotômica, considerando presença *versus* ausência de xerostomia.

Prótese dentária: Variável nominal dicotômica, medida por questão fechada, com duas categorias: com prótese dentária e sem prótese dentária. Foi avaliada em todos os idosos que tinham pelo menos um dente natural em falta.

Hábitos de higiene oral: Variável nominal, categórica, operacionalizada em três categorias: escova os dentes; faz bochechos; faz higiene da prótese.

Autopercepção da condição oral por resposta direta: Variável categórica, ordinal, obtida através da resposta direta do idoso a duas perguntas: “Como avalia a condição da sua boca?” e “A condição dos seus dentes, lábios, gengivas, maxilares e boca afetam a sua vida em geral?”. Cada uma das perguntas foi operacionalizada em cinco categorias. Na primeira questão as categorias de melhor condição oral (Excelente/Muito boa) foram posteriormente agrupadas ficando com quatro categorias.

Índices GOHAI e OHIP-14: Variáveis quantitativas, com valores que variam entre 12 e 36 no caso do índice GOHAI, e valores entre zero e 28 para o índice OHIP-14.

Para a caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva, calculando a percentagem de indivíduos de acordo com as classes em variáveis categóricas, ou calculando medidas de tendência central (mediana) e de dispersão (intervalo interquartil) para variáveis quantitativas discretas ou contínuas.

Uma vez que as variáveis quantitativas utilizadas neste estudo nem sempre apresentam distribuição normal, optou-se sempre por testes não paramétricos.

Foi realizada uma análise bivariada com o objetivo de relacionar entre si as diferentes variáveis. Utilizaram-se os testes qui-quadrado para avaliar relações entre duas variáveis categóricas, de Mann-Whitney para comparação de medianas entre dois grupos e o coeficiente de correlação de Spearman para avaliar a existência de associações estatisticamente significativas entre duas variáveis contínuas e/ou discretas.

Dadas as diferenças encontradas entre homens e mulheres na descrição de variáveis clínicas e de autopercepção da condição oral, optou-se por apresentar os resultados da análise estatística que correlaciona estes dois tipos de variáveis, de forma estratificada de acordo com o sexo. Os dados foram tratados estatisticamente, tendo sido utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences [SPSS], IBM versão 19.0. Associações estatisticamente significativas foram inferidas para um nível de significância total de 0,05.

3 - APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

3.1 - Caracterização sociodemográfica

No Quadro 1, descreve-se a amostra de acordo com as características sociodemográficas dos participantes. Dos 250 idosos que participaram no estudo, 53,6% (n=134) são mulheres, 64,8% (n=162) viviam com companheiro, a maior percentagem de idosos (28,8%; n=72) tem entre 65-70 anos e 91,2% (n=228) dos idosos referiu ter entre 0 a 4 anos de escolaridade.

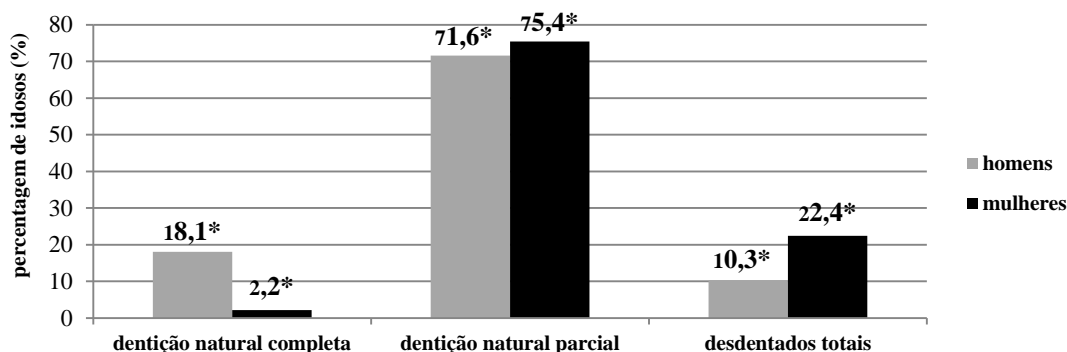
Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra

	Sexo		Vive com companheiro			Idade			Nível de escolaridade		
	n	%		n	%		n	%	Anos	n	%
Feminino	134	53,6	Sim	162	64,8	65-70	72	28,8	0-4	228	91,2
						71-75	48	19,2			
Masculino	116	46,4	Não	88	35,2	76-80	67	26,8	>4	22	8,8
						>80	63	25,2			

3.2 - Caracterização clínica da condição oral

Nesta amostra verificou-se que apenas 24 idosos (9,6%) têm dentição natural completa e 42 idosos (16,8%) são desdentados totais. No entanto, como se observa no Gráfico 1, estas percentagens são significativamente diferentes, de acordo com o sexo ($p < 0,001$). A proporção de idosos com dentição natural total é muito menor nas mulheres do que nos homens (2,2% versus 18,1%) e a proporção de desdentados totais é duas vezes maior nas mulheres do que nos homens (22,4% versus 10,3%).

Gráfico 2 – Distribuição da amostra de acordo com a presença de dentes naturais estratificado por sexo



* $p < 0,001$ para a comparação de proporções entre homens e mulheres (teste qui-quadrado)

A condição dentária dos 208 idosos (104 mulheres e igual número de homens), com dentição natural total ou parcial, está caracterizada no Quadro 2. A maioria dos idosos apresentou menos de 20 dentes na cavidade oral. A perda dentária é significativamente mais acentuada nas mulheres do que nos homens, quer para os dentes anteriores ($p = 0,005$) quer para os dentes posteriores ($p = 0,005$). Relativamente à patologia periodontal, as mulheres apresentaram percentagens significativamente superiores de mobilidade dentária ($p = 0,006$) e perda óssea (perda de inserção clínica) ($p = 0,002$), comparativamente aos homens. Quanto à percentagem de dentes cariados, obturados e com bolsa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, sendo a percentagem de dentes obturados muito baixa, nesta amostra, com medianas de 0% e 6% nas mulheres e nos homens, respetivamente.

Quadro 2 – Caracterização clínica da condição oral nos 208 idosos com dentes naturais

	Mediana (intervalo interquartil)		p*
	Mulher (n=104)	Homem (n=104)	
Nº total de incisivos e caninos naturais (dentes anteriores) (nº máximo =12)	6,0 (10,0)	9,0 (9,0)	0,005
Nº total de pré-molares e molares naturais (dentes posteriores) (nº máximo =16)	5,0 (10,0)	9,0 (12,0)	0,005
Nº total de dentes naturais (nº máximo =28)	11,0 (17,0)	20,5 (18,0)	0,004
Percentagem de dentes com mobilidade	52,3 (94,5)	10,1 (100)	0,006
Percentagem de dentes com bolsa	10,0 (20,0)	8,3 (10,9)	0,096
Percentagem de dentes com perda óssea	100 (76,2)	26,4 (93,0)	0,002
Percentagem de dentes com cárie	40,0 (92,0)	18,6 (55,0)	0,110
Percentagem de dentes obturados	0,0 (14,0)	5,5 (15,0)	0,579

* Valor-p para comparação de medianas entre homens e mulheres (teste Mann-Whitney)

O Quadro 3 ilustra a percentagem de utilização de prótese pelos 226 idosos com falta de pelo menos um dente da dentição natural. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para as percentagens de utilização de prótese de acordo com o sexo, nem nos desdentados totais (p=0,688) nem nos desdentados parciais (p=0,985).

Quadro 3 – Caraterização clínica da utilização de prótese em áreas edêntulas

	n (%)				p*
	Mulher n=101		Homem n=83		
	Com prótese	Sem prótese	Com prótese	Sem prótese	
Desdentados totais	18 (60,0)	12 (40,0)	8 (66,7)	4 (33,3)	0,688
Desdentados parciais	23 (22,8)	78 (77,2)	19 (22,9)	64 (77,1)	0,985

*Valor-p para comparação de proporções entre homens e mulheres (teste qui-quadrado)

3.3 - Caraterização dos hábitos de higiene oral

O Quadro 4 ilustra os hábitos de higiene orais dos indivíduos desta amostra. Verifica-se que dos idosos com dentição natural completa 88,0% tem hábitos de escovagem e 84,0% e utiliza bochechos. Nos indivíduos com dentição natural parcial a percentagem de indivíduos com hábitos de escovagem e que faz bochechos é superior nos indivíduos sem prótese. No que respeita à higienização das próteses 78,6% dos idosos com prótese dentária parcial e 61,5% dos idosos com prótese total tem hábitos de higiene.

Quadro 4 – Caraterização dos hábitos de higiene oral dos 250 idosos

		Total	Escova os dentes	Faz bochechos	Faz higiene da prótese
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Dentes Naturais	Dentição completa	25(10,0)	22(88,0)	21(84,0)	-----
	Dentição parcial (sem prótese)	141(56,4)	63(44,7)	44(31,2)	-----
	Dentição parcial (com prótese)	42(16,8)	24(57,1)	17(40,5)	33(78,6)
Sem dentes naturais	Com prótese	26(10,4)	-----	12(46,2)	16(61,5)
	Sem prótese	16(6,4)	-----	7(43,8)	-----

3.4 - Autopercepção da condição oral

3.4.1 - Por resposta direta

No Quadro 5 estão apresentados os resultados obtidos no que concerne à autopercepção do idoso, em relação à sua condição oral e à interferência desta na sua vida diária. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente à autoavaliação da saúde oral ($p=0,005$). Se 67,2% dos idosos do sexo masculino avaliam positivamente a condição da boca (4,3% excelente/muito boa e 62,9% boa), apenas 50,0% dos idosos do sexo feminino tem opinião semelhante (3,7% excelente/muito boa e 46,3% boa). Relativamente à interferência que a condição oral tem na vida diária, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, de acordo com o sexo ($p=0,001$). Praticamente metade das mulheres considera que há um grau elevado de interferência da condição oral na sua vida diária (muito para 17,2% e muitíssimo para 31,3%) mas apenas um terço dos homens tem opinião semelhante (muito para 17,2% e muitíssimo para 14,7%).

Quadro 5 - Autopercepção em relação à condição oral e à sua interferência na vida diária

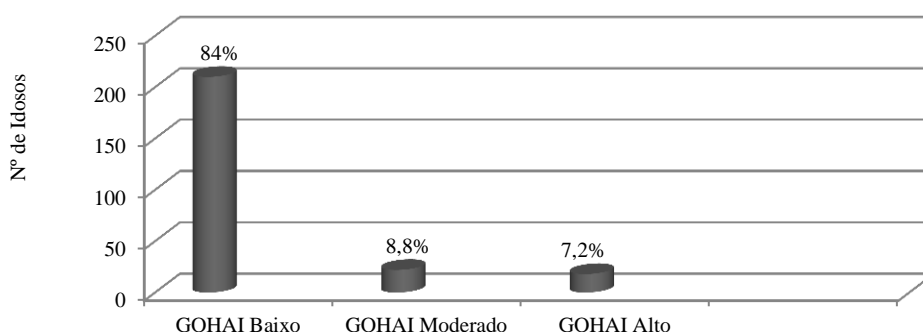
	n (%)		p*
	Mulher	Homem	
Como avalia a condição da sua boca?			
Excelente/muito boa	5 (3,7)	5 (4,3)	0,005
Boa	62 (46,3)	73 (62,9)	
Fraca	50 (37,3)	28 (24,1)	
Muito fraca	17 (12,7)	10 (8,6)	
A condição dos seus dentes, lábios, gengivas, maxilares e boca afetam a sua vida em geral?			
Nada	11 (8,2)	21 (18,1)	0,001
Muito pouco	14 (10,4)	18 (15,5)	
Moderadamente	44 (32,8)	40 (34,5)	
Muito	23 (17,2)	20 (17,2)	
Muitíssimo	42 (31,3)	17 (14,7)	

* valor-p para comparação de proporções entre homens e mulheres (teste qui-quadrado)

3.4.2 - Avaliada pela distribuição dos indivíduos de acordo com as possibilidades de resposta ao Índice GOHAI

O valor obtido para o índice GOHAI é baixo (≤ 30) para 84% (n= 210) dos idosos, moderado/médio (31-33) para 8,8% (n= 22) e alto (≥ 34) para apenas 7,2% (n=18) tal como apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Classificação do índice GOHAI obtido pelos idosos da amostra



Tal como evidenciado nos Quadros 6 e 7, as mulheres demonstram mais insatisfação com a sua condição oral do que os homens, qualquer que seja a dimensão do índice GOHAI.

A mediana para o índice GOHAI total é significativamente inferior na mulher em comparação com o homem (mediana=23,0; intervalo interquartil=9,0 para a mulher e mediana=27,0; intervalo interquartil=7,0 para o homem; $p<0,001$) e o mesmo se aplica em cada dimensão do índice (Quadro 6).

Quadro 6 – Medianas e intervalos interquartil para o índice GOHAI total e por dimensão de acordo com o sexo

GOHAI	Mediana (intervalo interquartil)		p*
	Mulher	Homem	
Funcional	5,0 (3,0)	5,0 (3,0)	0,001
Dor	8,0 (2,0)	9,0 (2,0)	0,001
Psicossocial	10,0 (6,0)	12,0 (4,0)	0,001

Total	23,0 (9,0)	27,0 (7,0)	<0,001
--------------	-------------------	-------------------	------------------

* Valor-p para comparação de medianas entre homens e mulheres (teste Mann-Whitney)

Para nove dos 12 itens do índice GOHAI, há diferenças estatisticamente significativas na proporção de homens e mulheres para cada opção de resposta (Quadro 7). É na dimensão funcional que se observa maior proporção de indivíduos com percepção negativa (“sempre” como resposta), particularmente evidente para os dois itens relativos à alimentação. Cerca de 60% das mulheres e 40% dos homens responderam ter sempre necessidade de limitar o tipo de alimento e dificuldade em mastigá-lo. Quanto à dimensão psicossocial, a mesma tabela evidencia que 70% das mulheres e 80% dos homens revelaram nenhuma interferência ou interferência esporádica da condição oral nas relações inter-pessoais, e que para 40% das mulheres e 57% dos homens não representa um problema estético. No entanto, ainda na dimensão psicossocial, o item relacionado com o desconforto ao alimentar-se na presença de outros revela respostas díspares de acordo com o sexo, mais de 40% das mulheres respondeu “sempre” e 45% dos homens respondeu “nunca” a este item.

Quadro 7 – Índice GOHAI dimensões funcional, dor/desconforto e psicossocial

Dimensões		Sempre n (%)		Às vezes n (%)		Nunca n (%)	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂
Funcional	Necessidade de limitar o tipo ou quantidade de alimentos	80 (59,7)	48 (41,4)	38 (28,4)	42 (36,2)	16 (11,9)	26 (22,4)
	Dificuldade para morder ou mastigar certos alimentos como carne ou maçãs	83 (61,9)	49 (42,2)	33 (24,6)	36 (31,0)	18 (13,4)	31 (26,7)
	Percebeu que os dentes ou próteses impediam de falar como gostava	65 (48,5)	38 (32,8)	34 (25,4)	33 (28,4)	35 (26,1)	45 (38,8)
Dor/desconforto	Capaz de engolir alimentos confortavelmente	31 (23,1)	36 (31,0)	49 (36,6)	36 (31,0)	54 (40,3)	44 (37,9)
	Capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto	22 (16,4)	23 (19,8)	70 (52,2)	77 (66,4)	42 (31,3)	16 (13,8)
	Precisou de tomar medicamentos para aliviar dor ou desconforto	3 (2,2)	0 (0,0)	44 (32,8)	36 (31,0)	87 (64,9)	80 (69,0)
	Sensibilidade ao frio, calor ou doce	61 (45,5)	32 (27,6)	38 (28,4)	34 (29,3)	35 (26,1)	50 (43,1)
Psicossocial	Evitou o contacto com outras pessoas	41 (30,6)	18 (15,5)	43 (32,1)	37 (31,9)	50 (37,3)	61 (52,6)
	Sentiu-se contente ou feliz com o aspeto dos dentes ou prótese	54 (40,3)	66 (56,9)	30 (22,4)	24 (20,7)	50 (37,3)	26 (22,4)
	Aborreceu-se ou teve preocupações com a boca	31 (23,1)	12 (10,3)	84 (62,7)	67 (57,8)	19 (14,2)	37 (31,9)
	Sentiu-se nervoso por causa de problemas da boca	30 (22,4)	8 (6,9)	45 (33,6)	38 (32,8)	59 (44,0)	70 (60,3)
	Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se na frente dos outros	55 (41,0)	26 (22,4)	49 (36,6)	38 (32,8)	30 (22,4)	52 (44,8)

Nota: A negrito, proporções entre homens e mulheres com diferenças estatisticamente significativas (p<0,05 para o teste qui-quadrado)

3.4.3 - Avaliada pela distribuição dos indivíduos de acordo com as possibilidades de resposta ao Índice OHIP-14

De forma semelhante ao obtido com o índice GOHAI, também a aplicação do índice OHIP-14 revela maior insatisfação com a condição oral nas mulheres em comparação com os homens (Quadros 8 e 9).

Tal como evidenciado no Quadro 8, a mediana para o índice OHIP-14 total é significativamente superior na mulher em comparação com o homem (mediana=13,7; intervalo interquartil=10,0 para a mulher e mediana=9,9; intervalo interquartil=8,3 para o homem; $p < 0,001$). O mesmo se aplica a cada dimensão do índice, exceto para a dimensão incapacidade psicológica em que, apesar de um valor mediano superior na mulher, a diferença entre sexos não é estatisticamente significativa ($p = 0,094$).

Quadro 8 – Medianas e intervalos interquartil para o índice OHIP-14 total e por dimensão de acordo com o sexo

OHIP-14	Mediana (intervalo interquartil)		p*
	Mulher	Homem	
Funcional	2,5 (2,0)	2,0 (1,5)	0,001
Dor física	2,7 (1,3)	2,0 (1,7)	0,002
Desconforto psicológico	1,4 (2,6)	1,0 (2,0)	0,021
Incapacidade física	2,5 (2,0)	1,6 (1,5)	<0,001
Incapacidade psicológica	1,2 (1,9)	0,7 (1,2)	0,094
Incapacidade social	1,9 (1,7)	1,2 (1,8)	0,001
Desvantagem social	2,0 (1,4)	2,0 (2,0)	<0,001
Total	13,7 (10,0)	9,9 (8,3)	<0,001

* Valor-p para comparação de medianas entre homens e mulheres (teste Mann-Whitney)

O Quadro 9 apresenta a distribuição da amostra de acordo com as opções de resposta ao índice OHIP-14, demonstrando que as mulheres reportam mais insatisfação com a sua condição oral do que os homens, qualquer que seja a dimensão do índice OHIP-14, com diferenças estatisticamente significativas para 10 dos 14 itens deste índice. Na “dimensão funcional” há maior proporção de indivíduos com percepção negativa para o item relativo à alimentação, sendo que 57% das mulheres e 43% dos homens respondem que a condição oral interfere “bastantes vezes” ou “frequentemente” no paladar. Para o item relativo à dificuldade na fala há predominância de percepção

negativa nas mulheres (52% respondendo que a condição oral interfere “bastantes vezes” ou “frequentemente” na fala) e o oposto nos homens (52% respondendo que a condição oral “nunca” ou “quase nunca” interfere na fala). Na “dimensão dor física” do índice OHIP-14 verifica-se predominância de percepção negativa para o item relativo à alimentação (61% das mulheres e 47% dos homens responderam que a condição oral está “bastantes vezes” ou “frequentemente” relacionada com desconforto durante as refeições). No entanto, o item relacionado com a dor persistente revela predominância de percepção negativa nas mulheres (43% respondendo que sente dor persistente “bastantes vezes” ou “frequentemente”) mas o oposto nos homens (43% respondendo que “nunca” ou “quase nunca” sentem dor persistente). Quanto à “dimensão incapacidade física” 65% das mulheres e 42% dos homens revela insatisfação com a dieta. Para o item relativo à interrupção das refeições, 54% dos homens revelaram percepção positiva enquanto as mulheres se distribuem homogeneamente na escala. Quanto à “dimensão desconforto psicológico” e à “dimensão incapacidade psicológica”, verificou-se percepção positiva (“nunca” ou “quase nunca”) para todos os itens em mais de 50% das mulheres e em mais de 67% dos homens. Na dimensão “incapacidade social” 60% dos idosos refere que “nunca” ou “quase nunca” se tornam irritáveis devido a problemas da boca. Para o item relativo ao desempenho das tarefas habituais, 53% das mulheres revelaram percepção negativa (“bastantes vezes” ou “frequentemente”) enquanto os homens se distribuem homogeneamente na escala. Na dimensão “desvantagem social” nas mulheres há predominância de insatisfação com a vida em geral (49% responderam “bastantes vezes” ou “frequentemente” a este item) e incapacidade de funcionar (37% responderam “bastantes vezes” ou “frequentemente”) devido a problemas da cavidade oral, mas o oposto nos homens (responderam “nunca” ou “quase nunca” 36% e 48% dos homens ao primeiro e ao segundo deste itens, respetivamente).

Quadro 9 – Índice OHIP-14; Dimensões: funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social

Dimensões		Nunca (%)		Quase nunca (%)		Ocasionalmente (%)		Bastantes vezes (%)		Frequentemente (%)	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Funcional	Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	18,7	33,6	14,2	18,1	14,9	15,5	20,1	13,8	32,1	19,0
	Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	20,9	21,6	9,0	18,1	13,4	17,2	12,7	14,7	44,0	28,4
Dor física	Teve alguma dor persistente/continuada na boca?	19,4	36,5	9,0	6,1	28,4	33,9	23,1	16,5	20,1	7,0
	Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	6,0	17,2	0,7	4,3	32,1	31,0	29,9	31,9	31,3	15,5
Incapacidade física	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	8,2	16,4	4,2	12,9	22,4	28,4	27,6	23,3	37,3	19,0
	Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	27,6	43,1	9,7	11,2	27,6	27,6	22,4	13,8	12,7	4,3
Desconforto psicológico	Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	32,1	50,0	17,9	17,2	20,9	14,7	17,2	12,9	11,9	5,2
	Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	34,3	45,7	17,9	22,4	22,4	17,2	17,2	11,2	8,2	3,4

Nota: A negrito, proporções entre homens e mulheres com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$ para o teste qui-quadrado)

Quadro 9 (continuação) – Índice OHIP-14; Dimensões: funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social

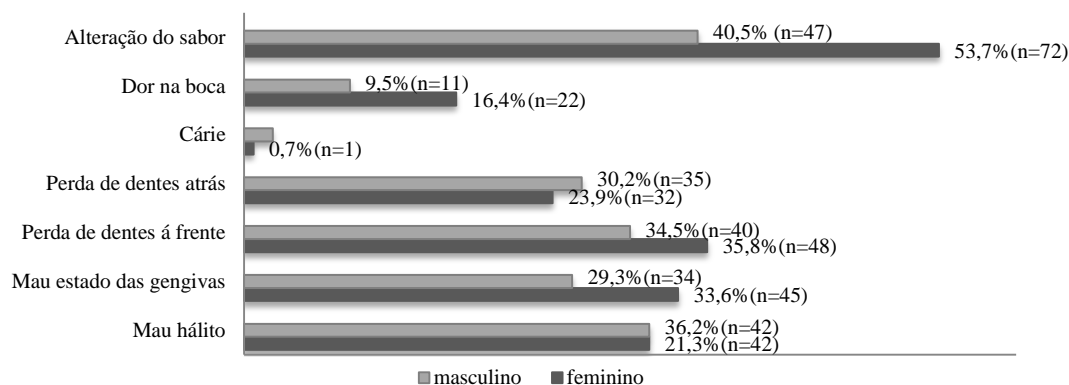
Dimensões		Nunca(%)		Quase nunca(%)		Ocasionalmente (%)		Bastantes vezes(%)		Frequentemente (%)	
		♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Incapacidade psicológica	Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	53,7	62,9	7,5	6,0	18,7	17,2	7,5	8,6	12,7	5,2
	Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	39,6	58,6	12,7	12,1	21,6	14,7	14,2	9,5	11,9	5,2
Incapacidade social	Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	6,7	19,0	6,7	12,9	33,6	37,9	28,4	16,4	24,6	13,8
	Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	45,5	58,6	15,7	9,5	17,2	19,8	14,2	10,3	7,5	1,7
Desvantagem social	Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	13,4	21,6	9,0	14,7	28,4	37,9	30,6	15,5	18,7	10,3
	Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	15,7	29,3	14,2	19,0	32,8	31,9	25,4	12,9	11,9	6,9

Nota: A negrito, proporções entre homens e mulheres com diferenças estatisticamente significativas (p<0,05 para o teste qui-quadrado)

3.4.4 - Avaliada pela condição que mais afeta a sua vida diária

Pela análise do Gráfico 4 podemos verificar que a alteração do sabor foi a manifestação oral que os idosos, quer os homens (40,5%; n=47) quer as mulheres (53,7%; n=72), mais referiram interferir com a sua vida diária.

Gráfico 4 – Interferência das diversas condições orais na vida diária



3.5 - Impacto da saúde oral nas atividades de vida diária

3.5.1 - Utilizando o índice OHIP-14

No Quadro 10 apresentam-se os valores de correlação entre cada uma das sete condições clínicas avaliadas e o índice OHIP-14 total e por dimensão. Todas as correlações estatisticamente significativas evidenciam que, quanto pior a condição oral, maior o valor do índice de OHIP-14. Verifica-se que o impacto da saúde oral nas atividades de vida diária é diferente entre sexos. Nos homens o OHIP-14 apresenta correlações estatisticamente significativas com praticamente todas as condições orais, excepto a percentagem de dentes com bolsa e a percentagem de dentes obturados. Nos homens as correlações mais fortes foram observadas entre o OHIP-14 total e a percentagem de dentes com mobilidade ($r_{\text{spearman}}=0,490$), a percentagem de perda óssea ($r_{\text{spearman}}=0,505$) e a percentagem de dentes cariados ($r_{\text{spearman}}=0,502$). Nas mulheres o OHIP-14 total apresenta correlações estatisticamente significativas apenas com a percentagem de perda óssea ($r_{\text{spearman}}=0,222$) e a percentagem de dentes cariados ($r_{\text{spearman}}=0,267$). Nos homens há correlações estatisticamente significativas entre cada uma das dimensões do OHIP-14 e todas as condições orais exceto a percentagem de

dentes com bolsa e a percentagem de dentes obturados. Nas mulheres as correlações estatisticamente significativas observaram-se predominantemente na dimensão funcional.

Quadro 10 – Correlação entre as diferentes dimensões do índice OHIP-14 e as condições orais

	Funcional		Dor Física		Desconforto psicológico		Incapacidade física		Incapacidade psicológica		Incapacidade Social		Desvantagem Social		Total OHIP-14	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Nº total de incisivos e caninos naturais	-0,085	-0,316**	0,017	-0,177	0,126	-0,247**	-0,108	-0,218*	0,180*	-0,153	0,021	-0,239**	-0,071	-0,200*	0,021	-0,287**
Nº total de pré-molares e molares naturais	-0,202*	-0,347**	-0,020	-0,329**	0,176*	-0,311**	-0,111	-0,246**	0,035	-0,205*	0,016	-0,295**	-0,088	-0,261**	-0,042	-0,353**
Nº total de dentes naturais	-0,153	-0,343**	0,010	-0,282**	0,154	-0,293**	-0,116	-0,246**	0,121	-0,188*	0,004	-0,288**	-0,092	-0,247**	-0,010	-0,341**
Percentagem de dentes com mobilidade	0,269*	0,469**	0,168	0,413**	-0,082	0,400**	0,234*	0,401**	0,039	0,162	0,160	0,444**	0,191	0,448**	0,171	0,490**
Percentagem de dentes com bolsa	0,104	0,177	0,019	0,065	-0,131	0,264**	0,017	0,143	-0,142	0,111	0,016	0,148	0,050	0,163	0,000	0,175
Percentagem de dentes com perda óssea	0,326**	0,436**	0,212*	0,335**	-0,019	0,380**	0,254**	0,413**	0,075	0,288**	0,210*	0,452**	0,221*	0,474**	0,222*	0,505**
Percentagem de dentes cariados	0,316**	0,412**	0,163	0,437**	0,021	0,409**	0,290**	0,468**	0,136	0,273**	0,308**	0,437**	0,253*	0,399**	0,267**	0,502**
Percentagem de dentes obturados	-0,334**	-0,038	-0,244**	-0,148	0,040	-0,063	-0,040	-0,052	-0,089	-0,126	-0,088	-0,057	-0,080	-0,039	-0,146	-0,043

* estatisticamente significativo para nível de significância de 0,05 ** estatisticamente significativo para nível de significância de 0,01

3.5.2 - Utilizando o índice GOHAI

No Quadro 11 apresentam-se os valores de correlação entre cada uma das sete condições clínicas avaliadas e o índice GOHAI total e por dimensão. Mais uma vez, verifica-se que o impacto da saúde oral nas atividades de vida diária é diferente entre sexos. Todas as correlações estatisticamente significativas evidenciam que, quanto pior a condição oral, mais baixo é o valor do índice GOHAI. Nos homens, com exceção da percentagem de dentes com bolsa e da percentagem de dentes obturados, há correlações estatisticamente significativas entre as condições orais e o GOHAI total. Nos homens as correlações mais fortes foram observadas para a percentagem de dentes com mobilidade ($r_{\text{spearman}}=-0,465$), percentagem de perda óssea ($r_{\text{spearman}}=-0,475$) e percentagem de dentes cariados ($r_{\text{spearman}}=-0,472$). Nas mulheres encontraram-se correlações estatisticamente significativas entre o GOHAI total e a percentagem de perda óssea ($r_{\text{spearman}}=-0,212$), a percentagem de dentes com mobilidade ($r_{\text{spearman}}=-0,195$) e a percentagem de dentes cariados ($r_{\text{spearman}}=-0,197$). Nos homens há correlações estatisticamente significativas entre a condição oral as dimensões funcional e psicossocial do GOHAI; nas mulheres as correlações estatisticamente significativas observaram-se predominantemente na dimensão funcional.

Quadro 11 – Correlação entre as diferentes dimensões do Índice GOHAI e as condições orais

	Funcional		Dor		Psicossocial		GOHAI - total	
	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂
Nº total de incisivos e caninos naturais	0,134	0,347**	-0,156	-0,016	-0,079	0,164	-0,046	0,211*
Nº total de pré-molares e molares naturais	0,129	0,340**	-0,104	0,046	-0,063	0,249**	-0,023	0,254**
Nº total de dentes naturais	0,139	0,359**	-0,153	0,016	-0,079	0,211*	-0,044	0,240**
Percentagem de dentes com mobilidade	-0,200*	-0,528**	-0,140	-0,116	-0,183	-0,447**	-0,195*	-0,465**
Percentagem de dentes com bolsa	-0,067	-0,225*	0,041	-0,023	0,006	-0,104	0,005	-0,145
Percentagem de dentes com perda óssea	-0,278**	-0,507**	-0,161	-0,223*	-0,178	-0,428**	-0,212*	-0,475**
Percentagem de dentes cariados	-0,273**	-0,541**	-0,135	-0,205*	-0,160	-0,410**	-0,197*	-0,472**
Percentagem de dentes obturados	0,154	0,133	0,111	0,099	0,048	0,092	0,094	0,097

* estatisticamente significativo para nível de significância de 0,05** estatisticamente significativo para nível de significância de 0,01

4 - DISCUSSÃO

O presente estudo investigou possíveis interferências da condição oral nas atividades de vida diária em idosos diabéticos, dada a escassez de estudos desta natureza em Portugal.

Relativamente aos dados sociodemográficos, neste estudo destaca-se a predominância do sexo feminino (53,6%) e de idosos com companheiro (64,8%) e com fracas competências escolares (91,2% dos idosos possui 0-4 anos de escolaridade), facto também observado por Braz (2005), Gavinha (2010), Pinto (2009) e Ribeiro e Pereira (2012). A maior percentagem de idosos do sexo feminino pode ser explicada pelo facto de a esperança média de vida ser mais elevada para o sexo feminino (INE, 2011). Os dados relativos ao nível de escolaridade da amostra são compatíveis com os dados do Inquérito ao Emprego de 2001 (INE Estudos, 2011), através do qual se determinaram os níveis de instrução da população idosa portuguesa com base nas categorias da *International Standard Classification of Education* (ISCED) utilizada pelas Nações Unidas, verificando-se que 92% da população com 65 e mais anos se enquadrava no nível 0 e nível 1 do ISCED.

A análise dos dados clínicos revelou um quadro de condições de saúde oral precárias, com um baixo número de dentes naturais presentes na cavidade oral (mediana de 11,0 para as mulheres e 20,5 para os homens) e uma percentagem alta de patologias orais como a periodontite e a cárie. Os nossos resultados estão em concordância com estudos anteriores na população idosa portuguesa e que revelaram a precariedade das condições orais nesta faixa populacional. Lopes et al. (2013) realizaram um estudo com idosos em Portugal na região do Alentejo onde verificaram que 73,3% dos idosos não tinha uma dentição funcional (número de dentes naturais inferior a 20). Braz (2005), num estudo realizado com idosos institucionalizados em lares da região do Porto, verificou que 53,3% dos dentes apresentavam perda de inserção periodontal e 32,4% dos idosos eram desdentados totais e, no caso dos idosos dentados, a componente de dentes perdidos do índice de Cariados, Perdidos e Obturados (CPO) era de 86,7%. Gavinha (2010), num estudo realizado também com idosos institucionalizados do Porto, constatou que 30,9% dos idosos eram desdentados totais e apenas 0,5% tinham a dentição natural completa. Apesar da precariedade da condição oral verificada no nosso estudo, a percentagem de desdentados totais registados na nossa amostra é praticamente

metade da observada por Braz (2005) e Gavinha (2010) em estudos anteriores (16,8% vs cerca de 30%). Além disso, a percentagem de idosos com dentição natural total observada no nosso estudo é muito superior à registada por Gavinha (2010) na região do Porto (9,6% vs 0,5%). Esta diferença encontrada no número de idosos desdentados pode ser explicada pelo fato de a nossa amostra ser constituída maioritariamente por idosos a residir na comunidade, ao contrário dos estudos de Braz (2005) e Gavinha (2010) em que as amostras eram constituídas apenas por idosos institucionalizados. Hábitos alimentares distintos podem também ajudar a explicar esta diferença. Alfândega da Fé é um concelho rural do interior de Portugal muito ligado á agricultura, bem diferente do que acontece na região urbana do Porto. Além disso, a existência de consultas gratuitas de medicina dentária no Centro de Saúde de Alfândega da Fé há cerca de 7 anos permitiu aos idosos diabéticos deste concelho um acesso facilitado aos tratamentos dentários e a ações de promoção de higiene oral. Aliás, a maioria dos idosos participantes no nosso estudo afirmou ter cuidados de higiene oral com os dentes e com as próteses (mais de 50% dos idosos escova os dentes e faz higienização das próteses).

Apesar da precariedade das condições orais que observámos no global da nossa amostra, verificamos que a situação é francamente pior no sexo feminino que no sexo masculino. De facto, no nosso estudo foram encontradas diferenças significativas entre sexos no que respeita ao número de dentes presentes na boca (a proporção de desdentados totais é duas vezes maior no sexo feminino) e à prevalência de patologia periodontal e cárie dentária. Estes resultados podem ser devidos às alterações hormonais que as mulheres sofrem ao longo da vida, assim como a gravidezes mal vigiadas. Outros estudos encontraram também pior situação oral na mulher em comparação com o homem. Pinto (2009), num estudo conduzido na população portuguesa, constatou que o sexo feminino apresenta número mais elevado de dentes naturais perdidos.

No que concerne à reabilitação das áreas edêntulas, no nosso estudo não foram encontradas diferenças entre sexos, ao contrário do que foi observado por Carneiro et al. (2013) que, num estudo realizado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, verificou uma maior tendência dos indivíduos do sexo feminino na procura de tratamento protético. Esta diferença nos resultados pode ser devida ao facto de os indivíduos que constituem a amostra do nosso estudo terem todos idade superior a 65 anos e, no estudo realizado por Carneiro et al. (2013), só cerca de 70% dos indivíduos incluídos na amostra tinham idade inferior a 65 anos.

Para Nunes e Abegg (2008), a autopercepção dos idosos em relação à sua saúde oral é efetuada recorrendo a sinais e sintomas como a dor ou tendo em conta os problemas que interferem na mastigação e na aparência. Os Índices GOHAI e OHIP-14 pretendem avaliar estes sinais e sintomas e, de facto, na nossa amostra observamos precariedade nas condições orais com base na aplicação destes índices. Em concordância com o que observamos clinicamente, há grandes diferenças entre sexos quer utilizando o índice GOHAI quer usando o índice OHIP-14, as mulheres demonstraram mais insatisfação com a condição oral do que os homens. A aplicação do índice GOHAI (Gonçalves, 2008) e do índice OHIP-14 (Alvarenga et al., 2011) noutras populações revelou, tal como no nosso estudo, precariedade das condições orais, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre sexos.

A análise da distribuição das respostas dos idosos do nosso estudo às diferentes dimensões dos índices GOHAI e OHIP-14 demonstra que a dimensão que mais interferência causou na vida diária dos idosos foi a dimensão física/funcional que engloba os problemas relacionados com a atividade de vida diária comer, sugerindo que grande parte dos idosos tem dificuldades ao comer determinados alimentos. Estes dados assemelham-se aos observados em vários estudos anteriores que demonstraram que pessoas desdentadas totais ou parciais, com ou sem prótese dentária, alteram os seus hábitos alimentares evitando certos alimentos nutritivos, devido à dificuldade na mastigação (Alvarenga et al., 2011; Andrade, Caldas & Kitoko, 2009; Gonçalves, 2008; Guimarães et al., 2005; Marcenes, Steele, Sheiham & Walls, 2003; Mesas, Andrade, Cabrera & Bueno, 2010; Pinto, 2009; Ribeiro & Pereira, 2012; Srisilapanan & Sheiham, 2001; Ulinski et al., 2013). Particularmente, Marcenes et al. (2003) no Reino Unido, Côte-Real et al. (2011) em Portugal e Andrade et al. (2009) e Mesas et al. (2010) no Brasil realizaram estudos em idosos e verificaram que indivíduos desdentados preferem alimentos moles e evitam frutas, legumes e carnes difíceis de mastigar, concluindo que a preservação das peças dentárias é um fator importante para o idoso ter uma dieta saudável e um estado nutricional satisfatório. Para além da perda dentária, também a doença periodontal está relacionada com o défice nutricional dos idosos, provocando uma diminuição de ingestão de frutas e verduras (Mesas et al., 2010).

Este estudo teve também como objetivo perceber se neste grupo particular de idosos há correlação entre a avaliação clínica da condição oral e a autopercepção que o idoso tem da sua situação oral quando aplicados os índices GOHAI e OHIP-14.

Verificou-se que, no sexo masculino, esta correlação de facto existe, para praticamente todas condições orais (exceto a presença de bolsa periodontal). Ao contrário, no sexo feminino, tal correlação só foi observada em duas das condições orais, a perda óssea e a presença de dentes cariados. De qualquer forma, é inequívoca a correlação entre a perda óssea e os valores dos índices, quer no homem quer na mulher, o que evidencia o impacto que a prevenção da doença periodontal poderá ter na realização das AVD destes indivíduos.

Curiosamente encontramos que a autoperceção da condição oral avaliada de forma direta (Como avalia a condição da sua boca?) foi considerada positiva pela maioria dos participantes do nosso estudo (67 % dos homens e 50% das mulheres classificaram a sua condição oral como boa/muito boa/excelente), mesmo com situações clínicas não satisfatórias. Em concordância, outros estudos realizados, quer em Portugal (Ribeiro & Pereira, 2012) quer em outros países (Haikal et al., 2011; Jokovic & Locker, 1997; Ulinski et al., 2013), encontraram que os idosos revelavam ter um estado de saúde oral bom, embora com situação clínica desfavorável. Este desfasamento também se verifica quando comparamos a autoperceção avaliada de forma direta com os valores obtidos pelos Índices GOHAI e OHIP-14 que revelaram uma autoperceção negativa da saúde oral. Hiramatsu, Franco e Tomita (2006) concluíram que a perceção de saúde nos idosos é influenciada pela crença de que algumas dores e incapacidades são consequência natural do envelhecimento. Por isso, o idoso tende a aceitar a existência de situações orais crónicas como um mal inevitável, consideram-nas normais, classificando a sua saúde oral como boa, apesar da existência dessas situações.

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Há elevada prevalência de patologia oral avaliada clinicamente, apresentando as mulheres piores condições orais.

A aplicação dos índices GOHAI e OHIP-14 nestes idosos diabéticos revelou uma perceção negativa das condições orais e interferência nas atividades de vida diária.

Há diferenças entre homem e mulher no que respeita à autoperceção do impacto da saúde oral nas atividades de vida diária; as mulheres demonstram mais insatisfação com a sua condição oral do que os homens, qualquer que seja a dimensão do índice GOHAI ou do índice OHIP-14.

As principais queixas referem-se a limitações fisiofuncionais relacionadas com a alimentação.

Há correlação entre as condições clínicas da cavidade oral e os índices GOHAI e OHIP-14 no sexo masculino mas o mesmo nem sempre se verifica para o sexo feminino.

No caso particular da reabsorção óssea, verificou-se uma correlação positiva com o impacto nas AVD em ambos os sexos, pelo que se torna urgente definir e implementar medidas que contribuam para a prevenção e controlo desta alteração periodontal.

Este estudo tem a particularidade de ter sido feito com base numa população muito específica, idosos e diabéticos do interior de Portugal. O acesso aos cuidados de saúde oral que provavelmente lhes foi dificultado, acrescido da problemática da diabetes, que agrava as condições orais, pode levar o idoso a subestimar os problemas orais. Ressalvamos que os outros estudos sobre esta temática e aqui citados foram desenvolvidos com idosos, não necessariamente com diabéticos, o que dificulta a comparação dos resultados.

Consideramos que seria pertinente, dado o elevado nível de necessidades que a população idosa tem, tanto a nível de promoção e educação em saúde oral como da elevada percentagem de ausência de dentição funcional, definir um plano

interdisciplinar de ação, definindo objetivos, metas e prioridades, de modo a melhorar a qualidade de vida dos pacientes idosos e proporcionar um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AlBaker, A. M. (2013). The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with conventional complete dentures. *Gerodontology*, 30: 61–66. Acedido em 28 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2012.00645.x/full>
- Al-Jundi, M. A., Szentpétery, A. & John, M. T. (2007). An Arabic version of the Oral Health Impact Profile: translation and psychometric properties. *Int Dent J.*, 57(2): 84-92. Acedido em 11 de março em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Al-Jundi%20MA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17506467
- Alvarenga, F.A.S., Henriques, C., Takatsui, F., Montandon, A. A. B., Telarolli, J. R., Monteiro, A. L. C. C., Pinelli, C. & Loffredo, L. C. M. (2011). Oral health impact profile in the quality of life of patients over 50 years old of two public institutions of Araraquara city, SP, Brazil. *Rev Odontol UNESP*, 40(3): 118-124. Acedido em 8 de março de 2013 em: <http://rou.hostcentral.com.br/PDF/v40n3a02.pdf>
- Alves, C., Andion, J., Brandão, M. & Menezes, R. (2007). Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, 2007, 51(7). Acedido em 30 de julho de 2013 em: http://www.dentalmagazine.com.br/artigo/completo/mecanismos-patogenicos-da-doenca-periodontal-associada-ao-diabetes-melito_3817.html
- American Diabetes Association (2011). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 34(1): 562-569. Acedido em 9 de agosto de 2013 em: www.qu.edu.qa/.../Diagnosis_Classification_Diabetes_ADA_2011.pdf
- Andrade, F. B., Caldas, A. F. & Kitoko, P. M. (2009). Relationship between oral health, nutrient intake and nutritional status in a sample of brazilian elderly people. *Gerodontology*, 26: 40-45. Acedido em 25 de agosto de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2008.00220.x/abstract>

- Armitage, G. C. (1999). Development of a classification system for periodontal diseases and conditions. *Ann Periodontol*, 4(1): 1-6. Acedido em 23 de fevereiro em: <http://zahnarztpraxisgueden.de/download/inhalt/rubriken/klinik/kons/links/daten/nomenklatur.pdf>
- Atchison, K. A. & Dolan, T. A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.*, 54(11): 680-687. Acedido em 28 de março de 2013 em: <http://dental.ufl.edu/files/2011/12/development-of-the-geriatric-oral-health-assessment-index.pdf>
- Atieh, M. A. (2008). Arabic version of the geriatric oral health assessment Index. *Gerodontology*, 25: 34-41. Acedido em 28 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2007.00195.x/pdf>
- Bae, K.-H., Kim, H.-D., Jung, S.-H., Park, D.-Y., Kim, J.-B., Paik, D.-I. & Chung, S.-C. (2007). Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35: 73-79. Acedido em 11 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2007.00331.x/full>
- Bailey, R. L., Ledikwe, J. H., Smiciklas-Wright, H., Mitchell, D. C., & Jensen, G. L. (2004). Persistent oral health problems associated with comorbidity and impaired diet quality in older adults. *J Am Diet Assoc.*, 104(8): 1273-6. Acedido em 4 de janeiro de 2014 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15281046/>
- Barbieri, C. H. & Rapopor, A. (2009). Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço*, 38(2): 84-87. Acedido em 3 de março de 2013 em: <http://sbccp.netpoint.com.br/ojs/index.php/revistabrasccp/article/view/314>
- Braz, M. P. (2005). *Estudo dos Factores de Risco de Saúde Oral numa População Sénior Institucionalizada do Concelho do Porto*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina Dentária do Porto. Acedido em 15 de junho de 2013 em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ve>

[d=0CDYQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepositorio-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F64303%2F1%2F99947_TM_Bra-e_01_C.pdf&ei=VUXdUpLQBcqf7Aadn4DIBw&usg=AFQjCNF69Galjk362wziM0EqSI0uQ58egQ](http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64303/1/99947_TM_Bra-e_01_C.pdf&ei=VUXdUpLQBcqf7Aadn4DIBw&usg=AFQjCNF69Galjk362wziM0EqSI0uQ58egQ)

Brennan, D. S., Singh, K. A., Spencer, A. J., & Roberts-Thomson, K. F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4: 83. Acedido em 4 de dezembro de 2013 em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-4-83.pdf>

Carneiro, A. C. M., Correia, A. R. M., Campos, J. C. R., Fonseca, P., Mesquita, P. & Figueiral, M. H. (2013). Caracterização da desdentação parcial numa amostra populacional de uma Faculdade de Medicina Dentária. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*, 54: 60-7. Acedido em 9 de dezembro de 2013 em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/-/artigo/caracterizacao-da-desdentacao-parcial-numa-amostra-populacional-uma-90210002>

Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F. & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2): 166–172. Acedido em 10 de janeiro de 2013 em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=90259649&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=323&ty=35&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=323v31n02a90259649pdf001.pdf

Catão, M. H. C. V., Xavier, A. F. C. & Pinto, T. C. A. (2011). O Impacto das Alterações do Sistema Estomatognático na Nutrição do Idoso. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 9(29): 73-78. Acedido em 1 de agosto de 2013 em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1349

INE 2011. Acedido em 23 de fevereiro em: http://INE.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_INE_indicadores

CEPCEP (2012). Relatório Final «O Envelhecimento da População». Acedido em 26 de junho de 2013 em: <http://www.ucp.pt/site/custom/template/ucptplminisite.asp?SSPAGEID=1948&lang=1&artigoID=9453>

Cohen-Carneiro, F., Rebelo, M. A. B., Souza-Santos R., Ambrosano, G. M. B., Salino, A. V. & Pontes, D. G. (2010). Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 26 (6): 1122-1130. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/06.pdf>

Côrte-Real, I. S., Figueiral, M. H. & Campos, J. C. R. (2011). As doenças orais no idoso – Considerações gerais. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.* Acedido em 12 de fevereiro de 2013 em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-estomatologia-medicina-dentaria-e-cirurgia-maxilofacial-330/artigo/as-doencas-orais-no-idoso-consideracoes-gerais-90028399>

Cortez-Dias, N., Martins, S., Belo, A. & Fiuza, M. (2010). Prevalência, tratamento e controlo da diabetes mellitus e dos factores de risco associados nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev Port Cardiol*, 29 (04): 509-537. Acedido em 5 de agosto de 2013 em: <http://www.spc.pt/dl/cpc31/hotline/VALSIM1.pdf>

Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K. & Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul Enferm*, 19 (1): 43-8. Acedido em 1 de abril de 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>

Daradkech, S. & Khader, Y. (2008). Translation and validation of the Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Journal of Oral Science*, 50 (4): 453-459. Acedido em 27 de março de 2013 em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/josnusd/50/4/50_4_453/_pdf

Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2009). *World Population Ageing 2009. United Nations*. Acedido em 15 de julho de 2013 em: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf

- Deshmukh, S. P. & Radke, U. M. (2012), Retracted: Translation and validation of the Hindi version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology*, 29: e1052–e1058. Acedido em 28 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2012.00691.x/pdf>
- Direção Geral de Saúde. Circular Normativa nº 13/DGCG de 2004. Decreto Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro
- Direção Geral de Saúde. Circular Normativa nº 29/DSCPS de 2006.
- Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Circular Normativa nº 23/DSCS/DPCP de 2007.
- Drumond-Santana, T, Costa, F. O., Zenóbio, E. G., Soares, R. V. & Santana, T. D. (2007). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 23 (3): 637-644. Acedido em 5 de março de 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/22.pdf>
- Ekanayake, L. & Perera, I. (2003). Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. *Gerodontology*, 20: 95–99. Acedido em 11 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2003.00095.x/pdf>
- Elias, R. M., Padilla, L. F., Cepeda, L. A. G., Sarmiento, A. M., Gutiérrez, R. C. & Vargas, L. O. S. (2012). Prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 y sus complicaciones dentales asociadas en una población de adultos atendidos en las clínicas estomatológicas de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua. *Revista ADM*. 69(4): 176-183. Acedido em 5 de agosto de 2013 em: http://scholar.google.pt/scholar?as_ylo=2012&q=prevalencia+de+diabetes+mellitus+tipo2+e+sus+complicaciones+dentales&hl=en&as_sdt=0,5
- Ergül, S. & Akar, G. C. (2008). Reliability and validity of the Geriatric Oral Health Assessment Index in Turkey. *J Gerontol Nurs.*, 34: 33–9. Acedido em 11 de janeiro de 2014 em: <http://www.healio.com/nursing/journals/jgn/%7Bd9bc9605-7f70-42f7->

[9d6a-3bc61faa9048%7D/reliability-and-validity-of-the-geriatric-oral-health-assessment-index-in-turkey](http://www.ers.pt/uploads/writer.../DM_Relatorio_Final.pdf)

ERS, Entidade Reguladora da Saúde. (2011). Relatório da Entidade Reguladora da Saúde “Cuidados de saúde a portadores de diabetes mellitus”. Acedido em 8 de agosto de 2013 em: http://www.ers.pt/uploads/writer.../DM_Relatorio_Final.pdf

Fabrício, S. C. C. & Rodrigues, R. A. P. (2008). Revisão da Literatura sobre Fragilidade e sua Relação com o Envelhecimento. *Rev. RENE. Fortaleza*, 9(2): 113-119. Acedido em 4 de agosto de 2013 em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/569>

Feio, M. & Sapeta, P. (2005). Xerostomia em Cuidados Paliativos. *Acta Médica Portuguesa*, 18: 459-466. Acedido em 4 de agosto de 2013 em: www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.../732

Feu, D., Quintão, C., Cardoso A. & Miguel, J. A. M. (2010). Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. *Dental Press Journal of Orthodontics*, 15 (6): 61-70. Acedido em 26 de março de 2013 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-94512010000600008&lng=en&tlng=pt.10.1590/S2176-94512010000600008

Fernandes, M. J., Ruta, D. A., Ogden, G. R., Pitts, N. B. & Ogston, S. A. (2006). Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34: 53–62. Acedido em 11 de março de 2013 em: [doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00254.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00254.x)

Fonseca, P. H. A., Almeida, A. M. & Silva, A. M. (2011). Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *RGO - Rev Gaúcha Odontol., Porto Alegre*, 59 (2):193-200. Acedido em 27 de março de 2013 em: <http://www.revistargo.com.br/include/getdoc.php>

Gardete-Correia, L., Boavida, J. M., Raposo, J. F., Mesquita, A. C., Fona, C., Carvalho, R. & Massano-Cardoso, S. (2010). First diabetes prevalence study in Portugal:

PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*, 27: 879–881. Acedido em 15 de junho de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20653744>

Gavinha, S. (2010). *Avaliação do estado de saúde oral em idosos institucionalizados e estudo das repercussões do uso de próteses removíveis desadaptadas nos tecidos dentários*. Tese de doutoramento. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedida em 15 de junho de 2013 em: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1523/1/TD_SGavinha.pdf

Gerritsen, A. E., Allen, P. F., Witter, D. J., Bronkhorst, E. M. & Creugers, M. H. J. (2010). Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8: 126. Acedido em 15 de dezembro de 2013 em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-8-126.pdf>

Gerstein, H. C., Pogue, J., Mann, J. F. E., Lonn, E., Dagenais, G. R., McQueen, M. & Yusuf, S. (2005). The relationship between dysglycaemia and cardiovascular and renal risk in diabetic and non-diabetic participants in the HOPE study: a prospective epidemiological analysis. *Diabetologia*, 48(9): 1749-1755. Acedido em 5 de agosto de 2013 em: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00125-005-1858-4.pdf>

Gomes, A. S. & Abegg, C. (2007). O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 23(7), 1707-14. Acedido em 15 de dezembro de 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/23.pdf>

Gonçalves, C. & Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de estudos demográficos*, ISSN 1645-5657, 40: 21-38. Acedido no Portal do Instituto Nacional de Estatística em 4 de dezembro de 2013 em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_bo ui=56496766&ESTUDOSstema=00&ESTUDOSmodo=2

Gonçalves, P. M. C. (2008). *Avaliação da Qualidade de Vida, Relacionada com a Saúde Oral, dos Indivíduos Portadores de Próteses Dentárias Removíveis Totais e*

Parciais. Dissertação de Licenciatura em Medicina Dentária. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Acedido em 30 de janeiro de 2013, em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1119/2/Monografia.pdf>

Gross, J. L., Silveiro, S. P., Camargo, J. L., Reichelt, A. J. & Azevedo, M. J. (2002). Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab.*, 46: 16-26. Acedido em 9 de agosto de 2013 em: http://scholar.google.pt/scholar?hl=en&q=Gross+JL%2C+Silveiro+SP%2C+Camargo+JL%2C+Reichelt+AJ%2C+Azevedo+MJ.+Diabetes+melito%3A+diag%C3%B3stico%2C+classifica%C3%A7%C3%A3o+e+avalia%C3%A7%C3%A3o+do+controle+glic%C3%AAmico.+Arq+Bras+Endocrinol+Metab&btnG=&as_sdt=1%2C5&as_sdtp=

Guimarães, M. L. R., Hilgert, J. B., Hugo, F. N., Corso, A.C., Nocchi, P. & Padilha, D. M. P. (2005). Impacto da perda dentária na qualidade de vida de idosos independentes. *Scientia Medica, Porto Alegre: PUCRS*, 15(1). Acedido em 3 de março de 2013 em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewArticle/1540>

Hagglin, C., Berggren, U. & Lundgren, J. (2005). A Swedish version of the GOHAI index: Psychometric properties and validation. *Swedish dental journal*, 29(3): 113-124. Acedido em 26 de março de 2013 em: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=17172998>

Haikal, D. Sant'Ana., Paula, A. M. B., Martins, A. M. E. B. L., Moreira, A. N. & Ferreira, E. F. (2011). Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): 3317-3329. Acedido em 30 de janeiro de 2013 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000800031&lng=en&nrm=iso. ISSN 1413-8123 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800031>

Hassel, A. J., Rolko, C., Koke, U., Leisen, J. & Rammelsberg, P. A. (2008). German version of the GOHAI. *Community Dent Oral Epidemiol*, 36(1): 34-42. Acedido

em 26 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2007.00351.x/pdf>

Hiramatsu, D. A., Franco, L. J. & Tomita, N. E. (2006). Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. *Cad Saúde Pública*, 22: 2441-8. Acedido em 29 de outubro de 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/18.pdf>

Ikebe, K., Watkins, C. A., Ettinger, R. L., Sajima, H. & Nokubi, T. (2004). Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology* 21: 167-76. Acedido em 5 de junho de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2004.00028.x/abstract>

Ikebe, K., Hazeyama, T., Enoki, K., Murai, S., Okada, T., Kagawa, R., Matsuda, K. & Maeda, Y. (2012). Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community dentistry and oral epidemiology*, 40(5): 406-414. Acedido em 5 de Julho de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2012.00683.x/abstract>

INE. Estudos 2002. (2002). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE. *Revista de Estudos Demográficos - 2.º Semestre de 2002*: 185 – 208. Acedido em 9 de novembro de 2013 em: http://www.ine.pt/xportal/xman?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSestboui=106370&ESTUDOSmodo=2.

INE (PT). As pessoas. (2011). [ISBN 978-989-25-0074-4. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=108445117&PUBLICACOESmodoINE, 2011

INE. ESTUDOS 2011. (2011). Acedido em 23 fevereiro em: http://www.ine.pt/xportal/xman?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSestboui=106370&ESTUDOSmodo=2.

- Internacional Diabetes Federation (IDF). Consulta do material disponibilizado no WebSite da IDF sobre Diabetes Mellitus. Acedido em 28/02/2013, em: <http://www.idf.org/>.
- John, M. T., Patrick, D. L. & Slade, G. D. (2002). The German version of the Oral Health Impact Profile – translation and psychometric properties. *European Journal of Oral Sciences*, 110: 425–433. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0722.2002.21363.x/full>
- Jokovic, A. & Locker, D. (1997). Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent*, 57: 40-7. Acedido em 25 de junho de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.1997.tb02471.x/pdf>
- Kenig, N. & Nikolovska, J. (2012). Assessing the psychometric characteristics of the Macedonian version of the Oral Health Impact Profile questionnaire (OHIP-MAC49). *Oral Health Dent Manag*, 11(1): 29-38. Acedido em 11 de março de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22488030>
- Kushnir, D., Zusman, S. P. & Robinson, P. G. (2004). Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *J Public Health Dent*. Spring, 64(2): 71-5. Acedido em 11 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2004.tb02730.x/pdf>
- Larsson, P., List, T., Lundström, I., Marcusson, A. & Ohrbach, R. (2004). Reliability and validity of a Swedish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-S). *Acta Odontol Scand.*, 62(3): 147-52. Acedido em 11 de março de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15370634>
- Lima, D. C., Saliba, N. A., Garbin, A. J. I., Fernandes, L. A. & Garbin, C. A. S. (2011). A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciênc. saúde colectiva*, 16(1). Acedido em 3 de março de 2013 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700049>
- Lima, S. M. F., Grisi, D. C., Kogawa, E. M., Franco, O. L., Peixoto, V. C., Gonçalves-Junior, J. F., Arruda, M. P. & Rezende, T. M. B. (2013). Diabetes mellitus and

inflammatory pulpal and periapical disease: a review. *International Endodontic Journal*, 46(8): 700-709. Acedido em 15 de dezembro de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/iej.12072/full>

Liu, J. Y., Pow, E. H., Chen, Z. F., Zheng, J., Zhang, X. C. & Chen, J. (2012). The Mandarin Chinese shortened version of Oral Health Impact Profile for partially edentate patients with implant-supported prostheses. *J Oral Rehabil.*, 39(8): 591-9. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22506883>

Locker, D., Matear, D., Stephens, M., Lawrence, H. & Payne, B. (2001). Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29: 373–381. Acedido em 2 de abril de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2001.290507.x/pdf>

Locker, D. & Allen, F. (2007). What do measures of ‘oral health-related quality of life’ measure? *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35: 401–411. Acedido em 15 de dezembro de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2007.00418.x/abstract>

Lopes, M. J., Escoval, A., Pereira, D. G., Pereira, C. S., Carvalho, C. & Fonseca, C. (2013). Avaliação da funcionalidade e necessidades de cuidados dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (9). Acedido em 27 de junho de 2013 em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_08.pdf

Lopes, M. W. F., Gusmão, E. S., Alves, R. V. & Cimões, R. (2011). Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. *Rev Gaúcha Odontol*, 59 (0): 39-44. Acedido em 2 de março de 2013 em: www.revistargo.com.br/include/getdoc.php?id=6298&article...

Lopez, R. & Baelum, V. (2006). Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). *BMC Oral Health*, 6: 11. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/6/11>

- Madeiro, A. T., Bandeira, F. G. & Figueiredo, C. R. L. V. (2005). A estreita ligação entre diabetes e doença periodontal inflamatória. *Odontol Clínic Científ., Recife*, 4(1): 07-12. Acedido em 8 de agosto de 2013 em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/89/A%20estreita%20relacao%20entre%20diabetes%20e%20doenca%20periodontal%20inflamatoria.pdf?sequence=1>
- Marcenes, W., Steele, J. G., Sheiham, A. & Walls, A. W. G. (2003). The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3): 809-815. Acedido em 25 de junho de 2013 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300013>
- Marchi, R. J., Leal, A. F., Padilha, D. M. & Brondani, M. A. (2012). Vulnerability and the Psychosocial Aspects of Tooth Loss in Old Age: A Southern Brazilian Study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(3): 239-258. Acedido em 6 de março de 2013 em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10823-012-9170-5#>
- Martín, J. M., Pérez, M. B., Martínez, A. A., Martín, L. A. H. & Gallardo, E. M. R. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *J Clin Exp Dent.*, 1(1): e1-e7. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: <http://www.medicinaoral.com/odo/volumenes/v1i1/01.pdf>
- Mendonça, B. M. C., Cimões, R., Araújo. A. C. S., Caldas Jr., A. F. & Silva, P.V. (2010). Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3): 775-784. Acedido em 30 de janeiro de 2013, em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000300020&lng=pt&tlng=. 10.1590/S1413-81232010000300020
- Mesas, A. E., Andrade, S. M., Cabrera, M. A. S. & Bueno, V. L. R. C. (2010). Saúde bucal e déficit nutricional em idosos não institucionalizados em Londrina, Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(3): 434-445. Acedido em 25 de outubro de 2013 em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300007&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1415-790X2010000300007

- Meulen, M. J., John, M. T., Naliije, M. & Lobbezoo, F. (2007). The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. *BMC Oral Health*, 8:11. Acedido em 8 de março de 2013 em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/11>
- Miguel, L. S. & Sá, A. B. (2010). Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 2 de janeiro de 2014 em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSP1.pdf>
- Miotto, M. H. M. de B., Barcellos, L. A. & Velten, D. B. (2012). Avaliação do Impacto na Qualidade de Vida Causado por Problemas Bucais na População Adulta e Idosa em Município da Região Sudeste. *Ciênc. Saúde Coletiva, Rio De Janeiro*, 17: 2. Acedido em 13 de março de 2013 em: <[Http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1413-81232012000200014&Lng=En&Nrm=Iso](http://Www.Scielo.Br/SciELO.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S1413-81232012000200014&Lng=En&Nrm=Iso)>. [Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S1413-81232012000200014](http://Dx.Doi.Org/10.1590/S1413-81232012000200014).
- Mol, R. P. (2010). The role of dentist in palliative care team. *Indian J Palliat Care*, 16(2): 74-8. Acedido em 2 de março de 2013 em: <http://www.jpalliativecare.com/text.asp?2010/16/2/74/68408>
- Monteiro, M. A. A. (2009). Percepção sensorial dos alimentos em idoso. *Revista Espaço para a Saúde, Londrina*, 10(2): 34-42. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: <http://www.lifegroup.com.br/FHI7.pdf>
- Montenegro, F. L. B., Marchini, L., Brunetti, R. F. & Manetta, C. E. A. (2007). Importância do bom funcionamento do sistema mastigatório para o processo digestivo dos idosos. *Revista Kairós, São Paulo*, 10(2): 245-257. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2601>
- Murariu, A., Hanganu, C. & Bobu, L. (2010). Evaluation of the Reliability of the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) in Institutionalised Elderly in Romania: A Pilot Stud. *OHDMBSC*, 9(1): 11-15. Acedido em 8 de agosto de 2013 em: <http://www.oralhealth.ro/volumes/2010/volume-1/V1-10-3.pdf>

- Naito, M., Suzukamo, Y., T Nakayama, T., Nobuyuki, H. & Fukuhara, S. (2006). Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) in an elderly Japanese population. *Journal of Public Health Dentistry*, 66(4): 273-275. Acedido em 26 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2006.tb04081.x/pdf>
- Navabi, N., Nakhaee, N. & Mirzadeh, A. (2010). Validation of a Persian Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). *Iran J Public Health*, 39(4): 135–139. Acedido em 11 de março de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3481693/>
- Negrato, C. A. & Tarzia, O. (2010). Buccal alterations in diabetes mellitus. *Diabetology & Metabolic Syndrome Journal*, 2: 3. Acedido em 12 de fevereiro de 2013, em: <http://www.dmsjournal.com/content/pdf/1758-5996-2-3.pdf>
- Ng, S. K. S. & Leung, W. K. (2006). Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dentistry And Oral Epidemiology*, 34 (2): 114-122. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: <http://hdl.handle.net/10722/55449>
- Novaes Jr., A. B., Macedo, G. O. & Andrade, P. F. (2007). Inter-relação doença periodontal e diabetes mellitus. *R. Periodontia.*, 17(2): 39-44
- Nunes, C. I. P. & Abegg, C. (2008). Factors associated with oral health perceptions in older Brazilians. *Gerodontology*, 25: 42-8. Acedido em 2 de junho de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2007.00163.x/abstract>
- Nunes, D. P., Nakatani, A. Y. K., Silveira, E. A., Bachion, M. M. & Souza, M. R. (2010). Functional capacity, socioeconomic conditions and of health of elderly assisted by Family Health teams in Goiania (GO, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6): 2887-2898. Acedido em 7 de março de 2013 em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a26v15n6.pdf>
- Oliveira, B. H. & Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral*

Epidemiol. 33(4): 307-14. Acedido em 13 de março de 2013 em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16008638>

Ordem dos Médicos Dentistas. (2010). PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016. Estratégia de saúde oral em Portugal – um conceito de transversalidade que urge implementar. Acedido em 30 de janeiro de 2013, em:
<http://pns.dgs.pt/files/2010/06/omd.pdf>

Ordem dos Médicos Dentistas. (2005). Levantamento informativo efectuado nos centros de saúde e hospitais do continente.

Organização Mundial de Saúde. (1997). Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal-Manual de Instruções. Oral Health Surveys Basic Methods. 4th Edition. Acedido em 2 de julho de 2013 em:
http://www.universidadesaudavel.com.br/wp-content/uploads/downloads/2011/10/Manual-OMS_4a-ed.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2012). A comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Acedido em 2 de março de 2013, em: http://www.who.int/nmh/events/2012/discussion_paper3.pdf

Organização das Nações Unidas. (1982). Assembleia Mundial sobre envelhecimento: Resolução 37/51. Viena: ONU. Acedido em 20 de setembro de 2013 em:
<http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>
<http://www.un.org/en/development/devagenda/ageing.shtml>

Osta, N., Tubert-Jeannin, S., Hennequin, M., Naaman, N. B. A., El Osta, L. & Geahchan, N. (2012). Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1-10. Acedido em 3 de Julho de 2013 em:
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-10-131.pdf>

Othman, W. N. W., Muttalib, K. A., Bakri, R., Doss, J. G., Jaafar, N., Salleh, N. C. & Chen, S. (2006). Validation of the Geriatric Oral Health Assessment Index

(GOHAI) in the Malay Language. *Journal of Public Health Dentistry*, 66: 199–204.

Acedido em 22 de março de 2013 em:

[http://www.docstoc.com/docs/49246659/Validation-of-the-Geriatric-Oral-Health-Assessment-Index-\(GOHAI\)](http://www.docstoc.com/docs/49246659/Validation-of-the-Geriatric-Oral-Health-Assessment-Index-(GOHAI))

Papagiannopoulou, V., Oulis, C. J., Papaioannou, W., Antonogeorgos, G. & Yfantopoulos, J. (2012). Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health Quality of Life Outcomes*, 10: 7.

Acedido em 11 de março de 2013 em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278380>

Pathak, A. K., Shakya, V. K., Chandra, A. & Goel, K. (2013). Association between diabetes mellitus and periodontal status in north Indian adults. *European Journal of General Dentistry*, 2(1): 58-61. Acedido em 18 de fevereiro de 2013 em:

<http://www.ewjgd.org>

Pereira, J. & Furtado, C. (2010). Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Acedido em 15 de agosto de 2013 em:

<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>

Petersen, P. E. (2009). Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 37: 1–8.

Acedido em 15 de dezembro de 2013 em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2008.00448.x/abstract>

Pickard, L., Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pozzi, A., Rothgang, H. & Wittenberg, R. (2007). Modelling an entitlement to longterm care services for older people in Europe: projections for long-term care expenditure to 2050. *Journal of European Social Policy*, 17: 33-48. Acedido em 11 de julho de

2013 em: <http://esp.sagepub.com/content/17/1/33.short>

Pihlstrom, B. L., Michalowicz, B. S. & Johnson, N. H. (2005). Periodontal diseases. *Lancet*, 366: 1809-2. Acedido em 2 de junho de 2013 em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16298220>

- Pinto, A. M. (Ed.). (2007). *Fisiopatologia – Fundamentos e aplicações*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas
- Pinto, P. A. C. (2009). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos: Um Estudo Exploratório*. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa. Acedido em 1 de fevereiro de 2013 em: <http://hdl.handle.net/10451/2151>
- Pinzón-Pulido, S. A. & Gil-Montoya, J. A. (1999). Validación del índice de valoración de salud oral en geriatría en una población geriátrica institucionalizada de Granada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 34(5): 273–82. Acedido em 19 de setembro de 2013 em: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/validacion-indice-valoracion-salud-oral-geriatria-una-13006100-originales-1999?bd=1>
- Pires, C. P. A. B., Ferraz, M. B. & Abreu, M. H. N. G. (2006) .Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz. oral res.*, 20(3). Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242006000300015>
- Pradhan, S. & Goel, K. (2011). Interrelationship between Diabetes and Periodontitis: A Review. *J Nepal Med Assoc*, 51(183): 144-53. Acedido em 16 de agosto em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22922863>
- Preshaw, P. M., Alba, A. L., Herrera, D., Jepsen, S., Konstantinidis, A., Makrilakis, K. & Taylor, R. (2012). Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia*, 55: 21–31. Acedido em 30 de julho de 2013 em: <http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00125-011-2342-y.pdf>
- Rener-Sitar, K., Petričević, N., Čelebić, A. & Marion, L.(2008). Psychometric Properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires. *Croat Med J.*, 49: 536-44. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://hrcak.srce.hr/29267>

Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. (2012). Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: www.portugal.gov.pt/.../20130219

Ribeiro, D., Pires, I. & Pereira, M. L. (2012). Comportamentos e auto-perceção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.*, 53: 221-6. Acedido em 15 de agosto de 2013 em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-estomatologia-medicina-dentaria-e-cirurgia-maxilofacial-330/artigo/comportamentos-e-auto-percecao-em-saude-oral-uma-populacao-90166171#especialidad>

Rocha, S. V. (2010). Condição de Saúde Autorreferida e autonomia funcional entre idosos do nordeste do Brasil. *Rev. APS, Juiz de Fora*, 13(2): 170-174. Acedido em 7 de março de 2013 em: <http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/551/310>

Rosa, L. B., Zuccolotto, M. C. C., Bataglion, C. & Coronatto, E. A. S. (2008). Odontogeriatrics – a saúde bucal na terceira idade. *RFO*, 13 (2): 82-86. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: http://scholar.google.pt/scholar?q=Odontogeriatrics+%E2%80%93+a+sa%C3%BAde+bucal+na+terceira+idade.+R&btnG=&hl=en&as_sdt=0%2C5

Rosendo, R. A. & Freitas, C. H. S. M. (2012). Diabetes Mellitus: Difficulties of Access and Patient Adhesion to the Family Health Program. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 16(1): 13-20. Acedido em 7 de março de 2013 em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/10197/7082>

Sá, C. N., Hubner, S. & Reis, S. R. A. (2005). Efeitos emocionais da perda de dentes em adultos. *R. Fac. Odonto., Porto Alegre*, 46(2): 9-14. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/download/7591/9674

Saini, R., Marawar, P. P., Shete, S., Saini, S. & Mani, A. (2009). Dental Expression and Role in Palliative Treatment. *Indian J Palliat Care*, 15(1): 26–29. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: <http://www.jpalliativecare.com/article.asp?issn=0973-1075;year=2009;volume=15;issue=1;spage=26;epage=29;aulast=Saini>

- Sánchez-García, S., Heredia-Ponce, E., Juárez-Cedillo, T., Gallegos-Carrillo, K., Espinel-Bermúdez, C., De La Fuente-Hernández, J. & García-Peña, C. (2010). Psychometric properties of the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) and dental status of an elderly Mexican population. *Journal of Public Health Dentistry*, 70: 300–307. Acedido em 28 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2010.00187.x/full>
- Santana, T. D., Costa, F. O., Zenóbio, E. G., Soares, R. V. & Santana, T. D. (2007). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad. Saúde Pública*, 23(3). Acedido em 18 de fevereiro de 2013 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300022>
- Santos-Filho, S.D., Maiworm, A.I., Bernardo-Filho, M. & Ferreira, I.R.S. (2008). Odontogeriatrics: uma análise do interesse da comunidade científica no estudo da relação entre as estruturas anatômicas da boca e o processo de envelhecimento. *RBCEH, Passo Fundo*, 5 (2): 79-87. Acedido em 1 de março de 2013 em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/144/249>
- Scott, B. J., Leung, K. C. M., McMillan, A. S., Davis, D. M. & Fiske, J. (2001). A transcultural Perspective on the Emotional Effect of tooth loss in Complete Denture Wearers. *Int. J. Prosthodont.*, 14(5): 461-465. Acedido em 20 de setembro de 2013 em: http://www.quintpub.com/userhome/ijp/ijp_14_5_scott12.pdf
- Segù, M., Collesano, V., Lobbia, S. & Rezzani, C. (2005) Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 33(2): 125-30. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15725175>
- Segura-Egea, J. J., Castellanos-Cosano, L., Machuca, G., López-López, J., Martín-González, J., Velasco-Ortega, E., Sánchez-Domínguez, B. & López-Fríaset, F. J. (2012). Diabetes mellitus, periapical inflammation and endodontic treatment outcome. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 17(2): 356–61. Acedido em 15 de agosto de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448330/>

- Silva, I., Meneses, R. F. & Silveira, A. (2007). Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4: 264-274. Acedido em 30 de janeiro de 2013, em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/452/2/264-274%20FCHS04-18.pdf>
- Silva, M. E. S., Villaça, E. L., Magalhães, C. S. & Ferreira, E. F. (2010). Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3): 841-850. Acedido em 5 de março de 2013 em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300027>
- Silva, M. J. (1995). *Contribuição para o estudo da prevalência e gravidade das caries radiculares na população portuguesa institucionalizada*. Tese de Doutoramento. Porto: Universidade do Porto.
- Silva, S. R. C. (1999). *Autopercepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade*. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Acedido em 3 de abril de 2013 em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01032002.../silviorocha.pdf
- Simões, A. P., Paquete, A. T. & Araújo, M. (2008). Equidade horizontal no acesso a consultas de clínica geral, cardiologia e medicina dentária em Portugal. *Rev Port S Pública*, 26(1): 39-52. Acedido em 11 de setembro de 2013 em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/MULTIMEDIA/RPSP2008-1/04.PDF>
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25: 284-290. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x/pdf>
- Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária e Colgate (2005). Relatório: Mês da Saúde Oral – 2004. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 46(4), 243-254. Acedido em 4 de janeiro de 2014 em: http://www.spemd.pt/imagens/anexo_281.pdf

- Soe, K. K., Gelbier, S. & Robinson P. G. (2004). Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. *Community DentHealth*; 21: 306-11. Acedido em 11 de dezembro de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617416>
- Sousa, L. (2005). *Estudo da prevalência e da gravidade das caries radiculares numa população idosa institucionalizada do Norte de Portugal*. Tese de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina Dentária. Universidade do Porto. Acedido em 2 de abril de 2013 em:http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64304/2/99948_TM_Sou_c_01_P.pdf
- Sousa, R. R., Castro, R. D., Monteiro, C. H., Silva, S. C. & Nunes, A. B. (2003). Buccal Attendance Of The Patient With Diabetes Mellitus: A Revision Of Literature. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*, 3(2): 71-77. Acedido em 28 de fevereiro de 2013 em: <http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo10v32.pdf>
- Souza, R. F., Terada, A. S. S. D., Vecchia, M. P. D., Regis, R. R., Zanini, A. P. & Compagnoni, M. A. (2012). Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*, 29: 88–95. Acedido em 12 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2010.00417.x/pdf>
- Stancić, I., Sojić, L. T. & Jelenković, A. (2009). Adaptation of Oral Health Impact Profile (OHIP-14) index for measuring impact of oral health on quality of life in elderly to Serbian language. *Vojnosanit Pregl*. 66(7): 511-5. Acedido em 11 de dezembro de 2013 em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19678573>
- Szentpétery, A., Szabó, G., Marada, G., Szántó, I. & John, M. T. (2006). The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. *European Journal of Oral Sciences*, 114: 197–203. Acedido em 13 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0722.2006.00349.x/pdf>
- Srisilapanan, P. & Sheiham, A. (2001). The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*, 18: 102–103.

Acedido em 29 de junho de 2013 em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-2358.2001.00102.x/abstract>

Teeuw, W., Gerdes, V. E. A. & Loos, B. G. (2010). Effect of Periodontal Treatment on Glycemic Control of Diabetic Patients – A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care*, 33(2): 421-427. Acedido em 16 de agosto de 2013 em:
<http://care.diabetesjournals.org/content/33/2/421.full.pdf+html>

Tubert-Jeannin, S. P., Riordan, P. J., Morel-Papernot, A., Porcheray, S. & Saby-Collet, S. (2003). Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31(4): 275-284. Acedido em 26 de março de 2013 em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0528.2003.t01-1-00006.x/abstract>

Tunes, R. S., Foss-Freitas, M. C. & Nogueira-Filho, G. R. (2010). Impacto of Periodontitis on the Diabetes-Related Inflammatory Status. *J Can Dent Assoc*, 76: a35. Acedido em 30 de julho de 2013 em: <http://www.jcda.ca/uploads/a35/a35.pdf>

Ulinski, K. G. B., Nascimento, M. A., Lima, A. M. C., Benetti, A. R., Poli-Frederico, R. C., Fernandes, K. B. P., Fracasso, M. L. C. & Maciel, S. M. (2013). Factors Related to Oral Health-Related Quality of Life of Independent Brazilian Elderly. *International Journal of Dentistry*, 2013, Article ID 705047, 8 pages. Acedido em 30 de julho de 2013 em: <http://www.hindawi.com/journals/ijd/2013/705047/abs/>

Vernillo, A. T. (2003). Dental considerations for the treatment of patients with diabetes mellitus. *Am Dent Assoc*, 134: 24S-33S. Acedido em 15 de agosto de 2013 em:
http://www.jada-plus.com/content/134/suppl_1/24S.full.pdf+html

Wong, M. C. M., Liu, J. K. S. & Lo, E. C. M. (2002a). Translation and Validation of the Chinese Version of GOHAI. *Journal of Public Health Dentistry*, 62(2): 78-83. Acedido em 26 de março de 2013 em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2002.tb03426.x/abstract>

Wong, M. C. M., Lo, E. C. M. & McMillan, A. S. (2002b). Validation of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dentistry and Oral*

Epidemiology, 30: 423–430. Acedido em 8 de março de 2013 em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2002.tb03426.x/pdf>

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41 (10): 1403-1409. Acedido em 27 de julho em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>

World Health Organization. Sixtieth World Health Assembly. (2007). Oral health: action plan for promotion and integrated disease prevention. Acedido em 27 de julho em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA_WHA60-Rec1/E/reso-60-en.pdf

World Health Organization. Oral Health Country/Area Profile Programme. Acedido em 9 de dezembro de 2013 em: <http://www.mah.se/CAPP/>

Xin, W. N. & Ling, J. Q. (2006). Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*, 41(4): 242-5. Acedido em 11 de março de 2013 em:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Xin%20WN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=16784595

ANEXOS

ANEXO A – Estudos que avaliam as propriedades psicométricas dos índices

Quadro A1 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas do Índice OHIP

Estudo	Forma de OHIP	Idioma e população a que se aplica	Caraterísticas e dimensão da amostra	Coefficiente alfa de Cronbach
Slade (1997)	OHIP-14	Inglês	1217 indivíduos idade ≥ 60 anos	0,88
John, Patrick & Slade (2002)	OHIP G	Alemão	163 indivíduos idade entre 20-60	0,74
Wong, Lo & McMillan (2002b)	OHIP	Chinês	586 indivíduos idade entre 60-80 anos	0,69-0,84
Ekanayake & Perera (2003)	OHIP	Cingalês, Sri Lanka	585 indivíduos idade ≥ 60 anos	0,93
Ikebe, Watkins, Ettinger, Sajima & Nokubi (2004)	OHIP-14	Japonês	1244 indivíduos idade ≥ 60 anos independentes	0,95
Kushnir, Zusman & Robinson (2004)	OHIP	Hebraico	142 indivíduos idade média de 36,3 anos	0,88
Larsson, List, Lundström, Marcusson & Ohrbach (2004)	OHIP-S	Sueco	145 indivíduos	0,83-0,91
Soe, Gelbier & Robinson (2004)	OHIP 14	Birmanês, Myanmar	543 estudantes de 14 anos	0,86
Oliveira & Nadanovsky (2005)	OHIP	Português do Brasil	504 mulheres no pós-parto idade média 24 anos	0,91
Fernandes, Ruta, Odgen, Pitts & Ogston (2006)	OHIP	Escocês	278 indivíduos	0,75
Lopez & Baelum (2006)	OHIP-49	Espanhol-Chile	9,203 alunos distribuídos em 310 turmas de 98 escolas; idade entre 12-21 anos	0,90
Pires, Ferraz & Abreu (2006)	OHIP-49	Português do Brasil	60 indivíduos idade ≥ 60 anos não institucionalizados	0,96 para as dimensões 0,90 para o total
Szentpétery, Szabó, Marada, Szántó & John (2006)	OHIP	Húngaro	344 indivíduos: 144 com prótese e 200 selecionados aleatoriamente	Valores entre 0,71 e 0,96
Xin & Ling (2006)	OHIP	Chinês	550 adultos idade entre 18-65 anos	0,93
Al-Jundi, Szentpétery & John (2007)	OHIP	Árabe, Arábia Saudita	426 adultos	0,7
Bae et al. (2007)	OHIP 14K	Coreano	1098 indivíduos idade ≥ 56 anos	0,97
Meulen, Jonh, Nalijs & Lobbezoo (2007)	OHIP	Holandês	119 indivíduos idade média 57,1 anos	0,82
Rener-Sitar, Petričević, Čelebić & Marion (2008)	OHIP-CRO14	Croata	623 indivíduos, 193 croatas e 430 eslovenos	0,77
	OHIP-SVN14	Esloveno		0,91
Segú, Collesano, Lobbia & Rezzani (2005)	OHIP	Italiano	Indivíduos com alterações temporomandibulares	0,70
Martín et al. (2009)	OHIP-14	Espanhol	270 indivíduos idade média 45,2 anos	0,89
Stancić, Sojić & Jelenković (2009)	OHIP14	Sérvio	30 indivíduos; idade ≥ 65 anos e com prótese	Não refere
Cohen-Carneiro et al. (2010)	OHIP-14	Português do Brasil	126 indivíduos idade ≥ 18 anos pertencentes a populações rurais da Amazônia	0,89
Navabi, Nakhaee & Mirzadeh (2010)	OHIP	Iraniano	400 indivíduos idade média de 35,8	0,85
Liu et al. (2012)	OHIP 49	Mandarim	537 indivíduos prótese não-implanto suportada	0,78-0,96
Kenig & Nikolovska (2012)	OHIP-MAC49	Macedónio	247 adultos	Valores entre 0,92 e 0,95
Papagiannopoulou, Oulis, Papaioannou, Antonogeorgos & Yfantopoulos (2012)	OHIP	Grego	211 indivíduos idade ≥ 35 anos	0,90
Souza et al. (2012)	OHIP-Edent	Português do Brasil	100 indivíduos desdentados totais idade média de 65,2 anos	*

*Não utilizou Coeficiente alfa de Cronbach

Quadro A2 – Estudos que avaliaram as propriedades psicométricas do Índice GOHAI

GOHAI	Idioma	Caraterísticas e dimensão da amostra	Coefficiente alfa de Cronbach
Atchison & Dolan (1990)	Inglês	1755 idosos com idade ≥ 65 anos, independentes beneficiários do Medicare de Los Angeles	0,79
Pinzón-Pulido & Gil-Montoya (1999)	Espanhol	100 indivíduos institucionalizados com idade ≥ 60 anos	0,8639
Silva (1999)	Português do Brasil	337 indivíduos, com idade ≥ 60 anos, funcionalmente independentes, que freqüentavam um centro de saúde em Araraquara	
Wong, Liu & Lo (2002a)	Chinês	1023 indivíduos com idade entre 60-80 anos	0,81
Tubert- Jeannin et al. (2003)	Francês	260 indivíduos com baixos recursos e beneficiários do sistema de seguro nacional de saúde com idade entre 18-45 anos	0,86
Hagglin, Berggren & Lundgren (2005)	Sueco	153 indivíduos com idade entre 50-89 anos	0,86
Naito, Suzukamo, Nakayama, Nobuyuki & Fukuhara (2006)	Japonês	175 idosos	0,89
Othman et al. (2006)	Malaio	189 indivíduos com idade ≥ 60 anos	0,79
Atieh (2008)	Árabe	156 idosos com idade entre 60 e 90 anos	0,93
Daradkech & Khader (2008)	Árabe, Jordânia	288 indivíduos	0,88
Ergül & Akar (2008)	Turco	101 idosos com idade ≥ 65 anos institucionalizados	0,75
Hassel, Rolko, Koke, Leisen & Rammelsberg (2008)	Alemão	218 indivíduos com idade média de 73 anos	0,92
Murariu, Hanganu & Bobu (2010)	Romeno	45 indivíduos com idade ≥ 60 anos institucionalizados	0,712
Sánchez-Garcia et al. (2010)	Espanhol, Mexico	695 indivíduos beneficiários da segurança social com idade ≥ 60 anos	0,77
Deshmukh & Radke (2012)	Hindi	385 indivíduos com idade ≥ 55 anos	0,88
Carvalho et al. (2013)	Português de Portugal	162 idosos, com idade ≥ 65 anos, inscritos no Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Norte	0,768

ANEXO B – Distribuição dos itens dos índices pelas diferentes dimensões

Quadro B1 – Distribuição dos itens do Índice OHIP-14 pelas dimensões orais validado para português do Brasil

Dimensões	Itens Nos últimos doze meses:	Peso	Capacidade de resposta *				
			0	1	2	3	4
Funcional	1. Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,51					
	2. Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,49					
Dor Física	3. Teve alguma dor persistente/continuada na boca?	0,34					
	4. Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,66					
Desconforto psicológico	5. Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,45					
	6. Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,55					
Incapacidade física	7. A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,52					
	8. Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,48					
Incapacidade psicológica	9. Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,60					
	10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,40					
Incapacidade social	11. Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,62					
	12. Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,38					
Desvantagem social	13. Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,59					
	14. Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	0,41					

* 0= nunca; 1=quase nunca; 2= ocasionalmente; 3= bastantes vezes; 4= frequentemente (Barbieri & Rapopor, 2009).

Quadro B2 – Distribuição dos itens do Índice GOHAI pelas dimensões orais, validado para português do Brasil

Dimensões do impacto	Perguntas	Respostas *		
		Sempre	Às vezes	Nunca
	Nos últimos três meses:			
Funcional	1-Teve a necessidade de limitar o tipo de alimentos ou a quantidade de alimentos que comeu devido a problemas com os seus dentes ou próteses?			
Funcional	2-Teve dificuldade para morder ou mastigar certos alimentos como carne ou maçãs?			
Dor/Desconforto	3-Foi capaz de engolir alimentos confortavelmente?			
Funcional	4-Percebeu que os seus dentes ou próteses o(a) impediram de falar como gostaria?			
Dor/Desconforto	5- Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?			
Psicossocial	6-Evitou o contacto com outras pessoas por causa das condições dos dentes ou próteses?			
Psicossocial	7- Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto dos seus dentes ou próteses?			
Dor/Desconforto	8- Precisou de tomar medicamentos para aliviar a dor ou o desconforto relativos à sua boca?			
Dor/Desconforto	9- Aborreceu-se ou teve preocupações com os seus dentes, gengivas ou próteses?			
Psicossocial	10- Sentiu-se nervoso por causa de problemas com os seus dentes, gengivas ou próteses?			
Psicossocial	11- Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se em frente a outras pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses?			
Dor/Desconforto	12- Sentiu sensibilidade nos dentes ou gengivas com o contacto com o calor, frio ou doces?			

*Pontuação: "sempre", "algumas vezes" e "nunca" recebem a pontuação 1, 2 e 3, respectivamente, à excepção dos itens 3, 5 e 7 que são cotados de forma inversa aos demais (Gonçalves, 2008).

ANEXO C – Autorizações



Liga dos Amigos do Centro de Saúde
de Alfândega da Fé

Contribuinte N.º 505 764 161
Largo do Arcebispo D. José de Moura
Tel./Fax: 279 463 496 / www.lacsaf.pt
8350-009 ALFÂNDEGA DA FÉ

Arcebispo
11/2/2013

Exmo.Sr. Presidente da Liga dos Amigos do
Centro de Saúde de Alfândega da Fé
Sr. António Manuel Franco Simões

Alfândega da Fé, 1 de Fevereiro de 2013

Eu, Maria Teresa Lavandeira de Araújo Pimenta Paçô (teresalavandeira@gmail.com), Médica Dentista, Aluna do mestrado de Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio, pedir autorização a V.^ª Ex.^ª, para realizar um estudo no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados subordinada ao tema “**Avaliação do impacto da saúde oral nas atividades de vida diárias em utentes diabéticos com idade superior ou igual a 65 anos**”, orientada pela Professora Doutora Maria José Gomes (mgomes16mgomes@gmail.com). Este estudo tem como objetivos avaliar o impacto da Saúde Oral nas atividades de vida diária de diabéticos na faixa etária superior ou igual a 65 anos residentes no concelho de Alfândega da Fé. Para operacionalizar estes objetivos serão usados alguns questionários: Questionário de Dados Sócio-Demográficos, Índice GOHAI, Índice OHIP-14 (anexo 1) e será realizada uma avaliação clínica da cavidade oral. A participação dos idosos será voluntária, anónima e solicitada depois de esclarecidos os objetivos, métodos e procedimentos do estudo (oralmente e mediante Consentimento Informado), sendo-lhes igualmente garantida a confidencialidade das informações prestadas, bem como a possibilidade de se recusarem ou desistirem de participar sem quaisquer consequências negativas para si. Desde já, queremos agradecer a urgente atenção dada ao assunto e a colaboração sempre inestimável de todos os funcionários da vossa instituição.

Sem outro assunto de momento, com os nossos melhores cumprimentos.

Teresa Lavandeira Pimenta Paçô



Exma.Sra.
Dra. Maria Teresa Lavandeira de Araújo Pimenta Paçô

Assunto: Resposta ao pedido de apoio na realização de um estudo de uma Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados subordinada ao tema “Avaliação do impacto da saúde oral nas atividades de vida diárias em utentes diabéticos com idade superior ou igual a 65 anos”.

A Liga dos Amigos do Centro de Saúde de Alfândega da Fé vem por este meio comunicar a sua total disponibilidade para o auxílio na sua Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados subordinada ao tema “Avaliação do impacto da saúde oral nas atividades de vida diárias em utentes diabéticos com idade superior ou igual a 65 anos”, incentivando os nossos utentes na participação do mesmo estando também os nossos funcionários disponíveis para auxiliar no que seja necessário para a implementação dos seus questionários.

Sem mais assunto, atenciosamente

Alfândega da Fé, 05 de Fevereiro de 2013



António Manuel Franco Simões
Presidente da Direção da Liga dos Amigos do
Centro de Saúde de Alfândega da Fé

Alfândega da Fé, 1 de Fevereiro de 2013

Exmo.Sra Diretora da Santa Casa Misericórdia

Eu, Maria Teresa Lavandeira de Araújo Pimenta Paçô (teresalavandeira@gmail.com), Médica Dentista, Aluna do mestrado de Cuidados Continuados da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio, pedir autorização a V.^a Ex.^a, para realizar um estudo no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados subordinada ao tema “**Avaliação do impacto da saúde oral nas atividades de vida diárias em utentes diabéticos com idade superior ou igual a 65 anos**”, orientada pela Professora Doutora Maria José Gomes (mgomes16mgomes@gmail.com). Este estudo tem como objetivos avaliar o impacto da Saúde Oral nas atividades de vida diária de diabéticos na faixa etária superior ou igual a 65 anos residentes no concelho de Alfândega da Fé. Para operacionalizar estes objectivos serão usados alguns questionários: Questionário de Dados Sócio-Demográficos, Índice GOHAI, Índice OHIP-14 (anexo 1) e será realizada uma avaliação clínica da cavidade oral.

A participação dos idosos será voluntária, anónima e solicitada depois de esclarecidos os objectivos, métodos e procedimentos do estudo (oralmente e mediante Consentimento Informado), sendo-lhes igualmente garantida a confidencialidade das informações prestadas, bem como a possibilidade de se recusarem ou desistirem de participar sem quaisquer consequências negativas para si.

Desde de já, queremos agradecer a urgente atenção dada ao assunto e a colaboração sempre inestimável de todo o pessoal que trabalha nessa instituição

Sem outro assunto de momento,

com os nossos melhores cumprimentos.

Teresa Lavandeira Pimenta



Eu, _____ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Teresa Pimenta (Aluna de Mestrado da Escola Superior de Saúde de Bragança), orientada pela Professora Doutora Maria José Gomes no âmbito da dissertação do Mestrado em Cuidados Continuados subordinada ao tema “ Impacto da Saúde Oral nas atividades de vida diárias em utentes diabéticos com idade igual ou superior a 65 anos”.

Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo:

1. Avaliar a Saúde Oral de diabéticos na faixa etária superior ou igual a 65 anos;
2. Identificar o impacto da qualidade de Saúde Oral nas actividades de vida diária.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

- preencher dois questionários, o OHIP-14, que explora o impacto da saúde oral nas actividades de vida diárias e um questionário de caracterização socio-demográfica.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer consequência para mim.

Colaborando no estudo, estou a possibilitar o avanço do conhecimento sobre esta área, no entanto, não me podem ser dadas garantias de qualquer benefício directo ou indirecto, somente pela minha participação no estudo.

Compreendo que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade, nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação ou a qualquer pessoa não relacionada com este estudo, a menos que eu o autorize declaradamente por escrito.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

ANEXO D – Questionários

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Número de questionário: _____

IDADE: _____ SEXO: F ___ M ___

Estado civil:

Solteiro	
Casado	
Viúvo	
Divorciado	
União de facto	

Escolaridade:

0-4 anos	
5-6 anos	
7-9 anos	
10-12 anos	
Ensino superior	

Profissão:

Reformado	
Profissões das Forças Armadas	
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos	
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	
Técnicos e profissões de nível intermédio	
Pessoal administrativo	
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	
Trabalhadores não qualificados	

Tem algum problema com os seus dentes, gengivas ou prótese dentária?

SIM NÃO

Como avalia a condição da sua boca?

Excelente	
Muito boa	
Boa	
Fraca	
Muito fraca	

Tem dentes naturais?

SIM NÃO

Usa prótese dentária?

SIM NÃO

A condição dos seus dentes, lábios, gengivas, maxilares e boca afetam a sua vida em geral?

Nada	
Muito pouco	
Moderadamente	
Muito	
Muitíssimo	

Qual destas condições afeta mais a sua vida diária?

Mau Hálito	
Mau estado das gengivas	
Perda de dentes á frente	
Perda de dentes atrás	
Cárie	
Dor na boca	
Alteração do sabor	

Obrigado pela sua colaboração!

OHIP-14

Nº de questionário _____

Data __/__/____

Idade _____ anos Sexo: F ___ M ___

Por favor responda às questões que se apresentam em baixo, pensando na frequência com que sentiu cada um destes aspetos no último ano (últimos 12 meses)

	Situações	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Frequentemente
1	Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
2	Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
3	Teve alguma dor persistente/continuada na boca?					
4	Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
5	Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
6	Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
8	Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou					

OHIP-14

	prótese dentária?					
	Situações	nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Frequentemente
9	Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
10	Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
11	Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
12	Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
13	Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
14	Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					

Obrigado pela sua colaboração!

Exame Clínico da Cavidade oral

Número de Exame _____

<u>Maxila</u>			
Nº dentes presentes		Prótese	
Incisivos		Não	
Caninos		Sim	
Pré molares		Usa a prótese	Sim
			Não
Molares		Nº dentes presentes na prótese	
		Incisivos	
		Caninos	
		Pré molares	
		Molares	

<u>Mandíbula</u>			
Nº dentes presentes		Prótese	
Incisivos		Não	
Caninos		Sim	
Pré molares		Usa a prótese	Sim
			Não
Molares		Nº dentes presentes na prótese	
		Incisivos	
		Caninos	
		Pré molares	
		Molares	

- **Presença de cárie:**

Sim		Nº dentes _____
Não		

- **Higiene Oral**

<u>Higiene Oral</u>		
Escova os dentes	Sim	
	Não	
Faz bochechos	Sim	
	Não	
Limpa as próteses	Sim	
	Não	

Exame Clínico da Cavidade oral

Número de exame _____

- Obturados

Sim		Nº dentes _____
Não		

- Gengiva:

Sã	
Gengivite	

- Periodontite:

Sim	
Não	

Se sim:

	Sim		Não
		Nº dentes	
Mobilidade dentária			
Sangramento gengival			
Bolsas periodontais			
Perda óssea			

- Xerostomia:

Sim	
Não	

- Feridas na boca:

Sim	
Não	

ÍNDICE GOHAI

Número de Exame _____

Nos últimos 3 meses, qual a frequência com que o(a) senhor(a):

Perguntas	Respostas			Pontuação
	Sempre	Às vezes	Nunca	
1-Teve a necessidade de limitar o tipo de alimentos ou a quantidade de alimentos que comeu devido a problemas com os seus dentes ou próteses?				
2-Teve dificuldade para morder ou mastigar certos alimentos como carne ou maçãs?				
3-Foi capaz de engolir alimentos confortavelmente?				
4-Percebeu que os seus dentes ou próteses o(a) impediram de falar como gostaria?				
5- Foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?				
6-Evitou o contacto com outras pessoas por causa das condições dos dentes ou próteses?				
7- Sentiu-se contente ou feliz com o aspecto dos seus dentes ou próteses?				
8- Precisou de tomar medicamentos para aliviar a dor ou o desconforto relativos à sua boca?				
9- Aborreceu-se ou teve preocupações com os seus dentes, gengivas ou próteses?				
10- Sentiu-se nervoso por causa de problemas com os seus dentes, gengivas ou próteses?				
11- Sentiu-se desconfortável ao alimentar-se em frente a outras pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses?				
12- Sentiu sensibilidade nos dentes ou gengivas com o contacto com o calor, frio ou doces?				

Valor total