



Susana Isabel Malho Duarte Sousa

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Setembro de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



• U • C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Susana Isabel Malho Duarte Sousa

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Orientador:
Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira

Coimbra, setembro de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Imagem da capa:

https://www.google.pt/search?q=imagens&espv=2&biw=1920&bih=969&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwilleGf4un0AhVLB8AKHskLARMQ_AUIBigB#tbn=isch&q=imagens+ABSTRACTAS&imgsrc=7w1Q2-q47-m7hM%3A [Consult. 30 de setembro de 2016] adaptada pela autora.

A verdadeira medida de um homem não se vê na forma como se comporta em momentos de conforto e conveniência, mas em como se mantém em tempos de controvérsia e desafio.

(Martin Luther King)

Dedico este trabalho a todos quantos me acompanharam nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste trabalho muitas foram as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a sua concretização. A todas elas gostaria de expressar a minha profunda gratidão pelo apoio prestado.

Ao Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, meu Orientador, pelo profissionalismo, sabedoria, encorajamento, disponibilidade e inestimável apoio;

À Professora Doutora Teresa Sequeira e à Professora Doutora Augusta Silveira por terem cedido a base de dados, indispensável à realização deste trabalho;

À minha família, por todo o apoio e por não me ter deixado desistir, por ser o meu porto de abrigo.

A todos, muito obrigada.

RESUMO

Os problemas de saúde oral têm vindo a ser reconhecidos como relevantes originadores de um impacto negativo nas atividades diárias, causando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais. Neste sentido, o presente trabalho teve como objetivo verificar de que modo as variáveis sociodemográficas, hábitos tabágicos, hábitos etílicos e hábitos de higiene oral, interferem na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Enquadra-se no tipo de investigação não-experimental. É um estudo transversal, descritivo, analítico e correlacional. O instrumento de recolha de dados é constituído por um questionário sociodemográfico. Contém também questões relacionadas com os fatores de risco e hábitos de higiene oral. Foi utilizado igualmente o questionário *Oral Health Inventory Profile* (OHIP-14). A amostra era constituída por 1363 participantes, maioritariamente feminina, com uma média de idade de 24.56 (dp.=20.00). A grande maioria dos participantes tem o ensino básico, com predomínio dos residentes em meio urbano. Trata-se de uma amostra que, na sua maioria, não possui profissão de risco.

Os resultados mostraram que a idade, a escolaridade, a zona de residência, a profissão de risco foram variáveis sociodemográficas que interferiram estatisticamente na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Os hábitos tabágicos, etílicos e de higiene oral também interferiram estatisticamente na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Na globalidade, os participantes percecionam a sua saúde oral como boa.

Palavras-chave: Saúde oral; Qualidade de vida.

ABSTRACT

The oral health problems have been recognized as originators relevant negative impact on daily activities, causing pain, suffering, psychological constraints and social deprivation. In this sense, this study aimed to verify how the sociodemographic variables, smoking habits, drinking habits and oral hygiene habits, affect the quality of life related to oral health. Is part of the non-experimental research. It is a cross-sectional, descriptive, analytical and correlational. The data collection instrument consists of a sociodemographic questionnaire. It also contains questions related to the risk factors and oral hygiene habits. It was also utilized the questionnaire Oral Health Inventory Profile (OHIP-14). The sample consisted of 1363 participants, mostly female, with a mean age of 24.56 (dp=20:00). The vast majority of participants have basic education, with a predominance of residents in urban areas. This is a sample that mostly has no risk profession.

The results showed that age, education, residence area, the risk profession were sociodemographic variables that statistically differ in quality of life related to oral health. Smoking habits, ethyl and oral hygiene also statistically interfere in quality of life related to oral health. Overall, participants percecionam their oral health as good.

Keywords: Oral Health; Quality of life.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C. – Antes de Cristo

cf. – conforme

CPO - Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados

CPOD - Número médio de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente

DGS – Direção-Geral da Saúde

Dp. – Desvio padrão

ENPDO - Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais

et al. – e outros [autores]

EUA – Estados Unidos da América

GDC - *General Dental Council*

GOHAI - *Oral Health Assessment Index*

GOHAI - *The Geriatric Oral Health Assessment Index*

HRQOL - *Health Related Quality of Life*

KW- *Kruskall Wallis*

M- Média

Máx. – Máximo

Min. – Mínimo

N – Número/frequência

n.d. – Data desconhecida

OHIP- *Oral Health Inventory Profile*

OHQoL-UK - *Oral Health Quality of life UK*

OHRQOL - *Oral Health Related Quality of Life*

OM – Ordenação média

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – valor da significância [p-value]

PNPSO - Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

QdVRSO – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UMW – *Teste U-Mann Whitney*

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHOQOL – Organização Mundial de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Médias do índice CPOD (DMFT – <i>Decayed Missing Filled Teeth</i>) aos 12 anos dos estados membros entre os anos 80 e a primeira década dos anos 2000	19
Figura 2 – Taxa de incidência estimada por 100.000 habitantes de cancro no lábio, cavidade oral, em ambos os géneros e em todas as idades na Europa.....	20
Figura 3 - Taxa de mortalidade estimada por 100.000 habitantes por cancro no lábio, cavidade oral, em ambos os géneros e em todas as idades na Europa.....	21
Figura 4 – Fatores associados à Qualidade de Saúde oral.....	40
Figura 5 – Esquema conceptual de base da relação prevista entre as variáveis	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Índice cpod e CPOD aos 12 anos de idade.....	24
Quadro 2 - Questionários que avaliam a perceção dos indivíduos relativamente a várias variáveis que avaliam a OHQOL	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra em função do género.....	59
Tabela 2 – Distribuição da amostra em função da idade	60
Tabela 3 – Distribuição da amostra em função da escolaridade	60
Tabela 4 – Distribuição da amostra em função da zona de residência	61
Tabela 5 – Distribuição da amostra em função da profissão de risco	61
Tabela 6 – Distribuição da amostra em função de hábitos tabágicos	61
Tabela 7 – Distribuição da amostra em função de ser ex fumador	62
Tabela 8 – Distribuição da amostra em função de hábitos etílicos	62
Tabela 9 – Distribuição da amostra em função da exposição solar excessiva.....	62
Tabela 10 – Distribuição da amostra em função da	63

Tabela 11 - Estatísticas relativas à QdVRSO	63
Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o género e a QdVRSO	64
Tabela 13 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a idade e a QdVRSO	65
Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a escolaridade e a QdVRSO	66
Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a zona de residência e a QdVRSO	67
Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre a profissão de risco e a QdVRSO	67
Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre os hábitos tabágicos e a QdVRSO	68
Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre os hábitos etílicos e a QdVRSO	68
Tabela 19 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre hábitos de higiene oral (escovagem) e a QdVRSO	69
Tabela 20 - Resumo das respostas obtidas na questão 15	69

Índice

Introdução	11
PARTE I – Enquadramento teórico-concetual	13
1. Saúde oral – Definição e abordagem geral.....	14
1.1. Saúde oral no mundo	15
1.2. Saúde oral - o caso Europeu	17
1.3. Saúde oral em Portugal	21
1.4. Causas das doenças orais	26
1.5. Consequências das doenças orais	28
1.6. Desigualdades no tratamento de doenças da saúde oral na Europa e em Portugal	31
1.7. Prevenção e promoção da Saúde oral.....	32
1.8. Acesso de Serviços de Saúde oral	35
2. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral.....	37
2.1. Definição do conceito.....	37
2.2. Saúde oral e qualidade de vida	39
PARTE II – Estudo Empírico.....	54
1. Método.....	55
1.1. Questão de investigação	55
1.2. Objetivos	55
1.3. Tipo de estudo e desenho de investigação	56
1.4. Participantes	57
1.5. Instrumentos de medição	57
1.6. Análise dos dados.....	58
2. Resultados	59
2.1. Análise descritiva.....	59
2.2. Análise inferencial	64
3. Discussão dos resultados.....	70
Conclusão	74
Referências Bibliográficas.....	77
Anexos	84
Anexo I - Instrumento de recolha de dados	

Introdução

A saúde oral afeta a saúde em geral uma vez que interfere e limita as atividades diárias, com destaque para as repercussões das suas transformações nos domínios funcionais, psicológicos e sociais (Sischo & Broder, 2011). De acordo com os mesmos autores, os problemas de saúde oral têm vindo a ser reconhecidos como relevantes originadores de um impacte negativo nas atividades diárias, causando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais.

Desta feita, uma boa saúde oral é indispensável para a saúde em geral, bem-estar e qualidade de vida. Uma boca saudável é condição *sine qua non* para que as pessoas possam comer, falar e socializar sem dor, desconforto ou impedimento (Direção-Geral da Saúde, 2011). O impacte das doenças orais na vida diária das pessoas é subtil, contudo a sua influência é efetiva e faz sentir-se nas suas necessidades mais básicas, modificando os papéis sociais. A prevalência e a recorrência dessas doenças na vida das pessoas constituem uma “epidemia silenciosa” (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 9).

Avaliar a saúde oral equivale a encarar-se a pessoa como um todo orgânico, fisiológica, mental e socialmente integrado. Esta não pode ser vista de uma forma global, mas numa perspetiva médica das afeções encontradas na boca e situá-las na saúde em geral, interpretando-as como fatores de extrema relevância e com significativos impactes no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas (Bica, Duarte, Camilo et al., 2014).

Neste âmbito, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) constitui-se como um importante domínio a ser considerado quer quando se avalia o impacte das doenças orais na população em geral ou em grupos, quer quando se norteia a decisão terapêutica e se avalia a eficácia das intervenções que tenham como objetivo melhorar a saúde oral (Silva, Meneses & Silveira, 2012). Os mesmos autores referem ainda que os problemas de saúde oral podem resultar em dor e sofrimento desnecessários, acarretando complicações negativas para o bem-estar da pessoa, com custos financeiros e sociais que reduzem significativamente a sua qualidade de vida. Efetivamente, embora

as doenças orais mais frequentes não sejam fatais, as mesmas podem ter um impacto psicossocial muito negativo, afetando a qualidade de vida das pessoas.

Neste sentido, objetiva-se, com o presente trabalho, dar resposta às seguintes questões de investigação: i) De que modo as variáveis sociodemográficas interferem na QdVRSO? ii) As variáveis de contexto de hábitos tabágicos e de consumo de álcool influenciam a QdVRSO? iii) De que modo as variáveis de hábitos de higiene oral influenciam a QdVRSO?

O presente trabalho está estruturado em duas partes, sendo a primeira reservada à fundamentação teórica e a segunda, ao estudo empírico. Na fundamentação teórica são elaborados dois capítulos. O primeiro contempla a definição e abordagem geral de saúde oral, dando-se uma visão da saúde oral no mundo, na Europa e em Portugal. Segue-se a abordagem às causas e consequências das doenças orais. Alude-se às desigualdades no tratamento de doenças da saúde oral na Europa e em Portugal, bem como se destacam a prevenção e promoção da saúde oral e o acesso de Serviços de Saúde oral. O segundo capítulo é dedicado à QdVRSO. Quanto à segunda parte, o estudo empírico, procede-se inicialmente, no primeiro capítulo, à descrição dos procedimentos metodológicos utilizados, para no segundo se fazer a apresentação e análise dos dados. Por fim, são abordadas a discussão dos resultados e as conclusões, contendo estas as limitações ao estudo e algumas recomendações que se consideram pertinentes.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCETUAL

Procede-se de seguida ao enquadramento teórico do presente trabalho, começando-se por uma definição de saúde oral, contextualizando-a em termos mundiais, europeus particularizando em Portugal.

1. Saúde oral – Definição e abordagem geral

As doenças orais, como a cárie dentária e as doenças periodontais, assumem-se como um sério problema de saúde pública, na medida em que afetam grande parte da população, influenciam os seus níveis de saúde, de bem-estar, de qualidade de vida e são vulneráveis a estratégias de intervenção conhecidas e comprovadamente eficientes (Anon, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), a saúde oral é a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais, de defeitos congénitos orais como o lábio e/ou fenda palatina, de doença periodontal, de perda de dentes e de outras doenças e perturbações orais que afetam a cavidade oral e a boca. Embora esta definição possa parecer completa, representa, todavia, unicamente um estado de saúde oral ideal. Apesar de a ciência estar avançada em termos de tratamentos, o modo de vida atual (alimentação à base de açúcares e gorduras, hábitos tabágicos, consumo de álcool, entre outros) resulta em problemas de Saúde oral, que podem afetar a funcionalidade normal da pessoa (Vasconcelos, Júnior, Teles & Mendes, 2012).

A saúde historicamente era avaliada através de critérios exclusivamente clínicos, que não permitiam a determinação do real impacte dos problemas orais na vida dos indivíduos (Évora & Fortes, 2013). De acordo com os mesmos autores, a saúde oral consiste numa componente essencial da saúde geral, sendo o índice elevado de saúde oral um direito humano fundamental. A obtenção da saúde oral faculta a ação adequada das funções de digestão, fonação e respiração, constituindo-se como uma grande importância nas ações de promoção da saúde oral, sendo esta indispensável nas diferentes fases da vida.

A saúde oral é parte integrante e essencial da saúde geral, ou seja, a ocorrência de uma determinada patologia na cavidade oral de um indivíduo poderá causar igualmente dores, dificuldades na mastigação e na fala, bem como a diminuição da sua qualidade de vida e, conseqüentemente, afeta a sua saúde em geral (Lopes, 2012).

Decorrente do exposto, pode afirmar-se que a saúde oral é um estado da boca e estruturas associadas com ausência de doença, estando as futuras doenças inibidas, sendo a oclusão suficiente para mastigar alimentos e os dentes estão com aceitável aparência social (Pires, 2009).

Em suma, a saúde oral consiste em estar livre de dor crónica oro-facial, cancro oral ou orofaríngeo, úlceras orais, malformações congénitas, doença gengival, cáries e perdas de dentes e outras doenças e distúrbios que afetam a cavidade oral (Barbosa, 2011).

1.1. Saúde oral no mundo

A melhoria da saúde oral assume-se, em muitos países, uma das conquistas mais valorizadas da sociedade. Ao longo das últimas décadas registaram-se grandes avanços, na prevenção, tratamento e diagnóstico das doenças orais (Patel, 2012). De acordo com a mesma autora, as doenças orais continuam, todavia, pela sua elevada prevalência, a ser um dos principais problemas de saúde da população mundial, inclusive da infantil e juvenil sem que estas melhorias tenham sido, no entanto, uniformemente distribuídas. Prevaecem também fortes assimetrias socioeconómicas que refletem as disparidades e o desenvolvimento económico entre regiões e países (Patel, 2012). Neste âmbito, um exemplo ilustrativo é o da Noruega que apresenta um número médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO) equivalente a 1 nos indivíduos de 12 anos, quando, em 1970, apresentava CPO=10 (Sheiham, 2005).

A saúde oral é uma grande componente do estado de “saúde total” de um indivíduo e, como tal, com fortes implicações na qualidade de vida. Cerca de 60-90% das crianças em idade escolar e aproximadamente 100% dos adultos têm cáries, sendo esta uma situação que poderia ser ultrapassada se os níveis de fluoretos se mantivessem num nível basal

reduzido na cavidade oral. É igualmente reconhecido que cerca de 30% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65-74 anos não possuem dentição natural. Mesmo na população mais jovem, entre os 35-44 anos, 15-20% dos indivíduos sofrem de periodontite moderada/grave generalizada que pode resultar em perda de dentes. Acrescente-se a estes factos, as condições socioeconómicas da população que têm fortes repercussões no aumento dos fatores de risco para o aparecimento e desenvolvimento destas patologias. Os fatores de risco traduzem-se numa dieta pobre (não-saudável), consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e também em fraca higiene geral, comprometendo os cuidados básicos de limpeza da cavidade oral (Anon, 2014).

Apesar dos dados supramencionados relativos às prevalências mundiais destas condições de saúde, a sua presença varia consoante a região geográfica, disponibilidade e acessibilidade de cuidados de saúde. Regista-se um aumento significativo da prevalência em países de baixo e médio rendimento, o que dificulta sobremaneira o acesso das populações mais carenciadas a estes cuidados básicos de saúde (Anon, 2014). Mesmo nos países mais ricos, os cuidados de saúde com a cavidade oral representam um grande encargo, sendo alocado cerca de 5-10% do orçamento da saúde com os cuidados de saúde oral mais comuns. Assim, é facilmente perceptível que mesmo nos países mais desenvolvidos em que a informação disponível é maior, sobretudo no que se relaciona com a prevenção e cuidados de higienização, os custos de saúde oral são elevados. Esta realidade pode ser explicada por uma alimentação pouco saudável em que os níveis de flúor não são adequados por consumo elevado de açúcares e seus derivados, por exemplo. Sabe-se também que a exposição prolongada a níveis de flúor desadequados resulta num aumento do número de cáries quer em crianças quer em adultos (Silva, Menezes & Silveira, 2007).

A OMS, em 1997, analisou os fatores que influenciam os comportamentos dos indivíduos em relação à saúde oral e a utilização de serviços de saúde oral, em vários países (Estados Unidos, Japão, Nova Zelândia, Polónia, e a Ex-República Democrática Alemã) com diferentes sistemas de financiamento e organização da saúde oral. Este estudo objetivou averiguar de que modo as características dos sistemas de saúde oral e os fatores individuais e das populações influenciam o estado de saúde oral, o comportamento em

relação à saúde oral e a qualidade de vida, mensurada em termos de saúde oral das populações estudadas. Os resultados demonstraram uma associação positiva entre o nível socioeconómico e educacional e melhores práticas de higiene oral (escovagem, uso de fio dentário), bem como a utilização dos serviços de saúde oral, independentemente de serem públicos ou privados.

Os gastos do tratamento das doenças orais excedem o que é gasto com o tratamento de outras doenças, nomeadamente, cancro, doenças cardíacas, enfartes agudo do miocárdio e demências (Patel & Advisor, 2012). Este facto é surpreendente uma vez que, nos países desenvolvidos, as doenças orais advêm sobretudo de cáries dentárias e respetivas complicações, que poderiam ser reduzidas com o uso de medidas preventivas e custo efetivos.

1.2. Saúde oral - o caso Europeu

A prevalência e a severidade de cáries e de doenças periodontais destrutivas estão em declínio na Europa (Patel, 2012). Na Europa, os encargos na saúde oral devem-se principalmente ao tratamento de cáries dentárias; doenças periodontais e cancro oral. As discrepâncias de gravidade e prevalência destas doenças variam entre os estados membros da União Europeia.

Os dados disponíveis relativos à realidade europeia da saúde oral são escassos. Isto deve-se não só a um número reduzido de estudos epidemiológicos, mas também a poucos dados em termos económicos. Aqui estão incluídos os gastos de sistemas nacionais de saúde, os gastos *out-of-pocket* e com os custos indiretos (associados a doenças sistémicas, por exemplo: diabetes, obesidade, doenças coronárias, artrites reumatóides, entre outras). Essa carência de dados influencia a implementação e planificação de medidas preventivas, nomeadamente para estimar a prevalência das doenças orais, entre os estados membros, para avaliar o impacto económico destas doenças, para identificar boas práticas e promoção da saúde oral e, por fim, para desenvolver recomendações futuras a implementar. Tudo isto dificulta a medição correta do que são gastos públicos e

condiciona a implementação de medidas efetivas que produzam resultados mensuráveis na promoção da saúde oral (Patel & Advisor, 2012).

É importante também fazer-se referência, neste âmbito, ao índice de CPOD, que diz respeito ao número médio de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decídua e permanente, aos 12 anos de idade em determinado espaço geográfico, no ano considerado (Almeida et al., 2010).

É um parâmetro que é internacionalmente aceite e que é utilizado para a avaliação da condição de saúde oral. Podem ser considerados os seguintes graus de gravidade a este índice: muito baixo (0,0 a 1,1), baixo (1,2 a 1,6), moderado (1,7 a 4,4), alto (4,5 a 6,5) e muito alto (6,6 e superior). Um índice muito alto corresponde a má condição de saúde oral da população, enquanto um índice muito baixo está associado a boa condição de saúde oral. No entanto, atenção deve ser dada às diferenças na população ao longo dos anos, já que um menor número de cáries dentárias pode não significar uma melhoria da saúde oral, mas apenas refletir a diminuição do número de indivíduos.

Outro aspeto pertinente reside nas diferentes classes sociais e etnias nos diferentes estados membros que podem ter características intrínsecas muito díspares entre si. Na Europa ocidental a tendência de prevalência das cáries dentárias tem melhorado bastante, em grande parte, devido à melhoria das condições socioeconómicas da população e ao hábito de higiene oral, alteração da dieta e ao uso de suplementos de flúor (Almeida et al., 2010).

Na Figura 1 é apresentado o índice CPOD para alguns estados nos anos 80 e na primeira década do século XXI. É possível perceber por estes dados a diferença entre alguns países da Europa ocidental e da Europa leste: no primeiro grupo registou-se uma redução significativa do índice CPOD, enquanto no segundo grupo de países, esse decréscimo não foi tão evidente. Contudo, estes dados não permitem que se sejam feitas comparações exatas entre o índice CPOD entre países, já que as metodologias de recolha de dados são muito díspares, e os anos em que os dados foram recolhidos não foram exatamente coincidentes. No entanto, a Dinamarca registou o decréscimo mais significativo devido às

medidas internas que implementou relativas à saúde oral e que já foram mencionadas neste texto (Patel & Advisor, 2012).

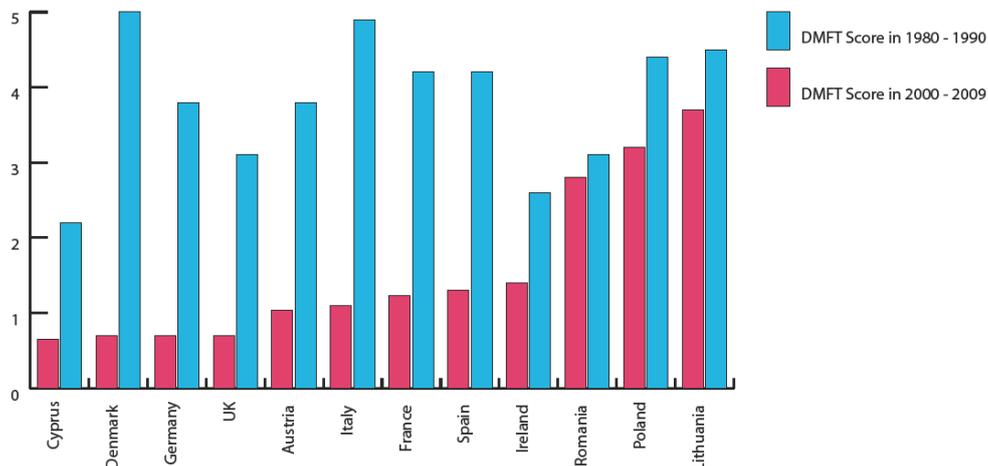


Figura 1 – Médias do índice CPOD (DMFT – Decayed Missing Filled Teeth) aos 12 anos dos estados membros entre os anos 80 e a primeira década dos anos 2000

Fonte: Patel e Advisor (2012)

Observa-se, de igual modo, que na Europa de Leste (Lituânia, Polónia e Roménia) a diminuição do índice CPOD é muito mais lenta do que a registada na Europa Ocidental. Este facto pode refletir a quebra no acesso aos serviços públicos de saúde e, assim, a acessibilidade a estes serviços ser mais restrita e mais difícil já que as populações podem não ter capacidade de recorrer a serviços privados pelos custos inerentes associados (Patel & Advisor, 2012).

No que respeita à doença periodontal, os dados europeus são claramente insuficientes para estabelecer um racional crítico, muito embora seja aceite que esta patologia pode afetar cada vez mais a população europeia. Tal como acontece com as cáries a doença periodontal parece estar associada à precariedade da condição socioeconómica dos indivíduos e à presença de patologias associadas (como a diabetes, por exemplo) Patel & Advisor, 2012).

Analisando, o cancro oral é na Europa o 12º tipo de cancro que mais afeta os homens. A distribuição desta doença varia entre os vários estados membros (Figura 2). Pensa-se que

o padrão de distribuição estará associado a diferenças regionais e à exposição a fatores de risco. A taxa de incidência de cancro oral por cada 100 mil habitantes é maior na Espanha (6,7) e na Hungria (9,4) e parece estar relacionada com hábitos tabágicos e alcoólicos muito enraizados na população. Portugal à semelhança de Espanha, Hungria e França apresenta das mais elevadas taxas de incidência da Europa (Patel & Advisor, 2012).



Figura 2 – Taxa de incidência estimada por 100.000 habitantes de cancro no lábio, cavidade oral, em ambos os géneros e em todas as idades na Europa.

Fonte: Patel e Adisor (2012).

Consequentemente, os dados relativos à taxa de mortalidade do cancro oral por 100.000 habitantes é claramente superior nos países da Europa de Leste, nomeadamente na Hungria e Eslováquia onde esta taxa tem continuado a crescer (Figura 3). Já os países com taxa de mortalidade mais baixa encontram-se nos extremos geográficos: Chipre e Islândia. Portugal, nesta análise encontra-se numa posição semelhante à Rússia e Polónia com uma taxa de mortalidade ainda elevada. Na última década tem sido observado que esta taxa tem diminuído significativamente na maioria dos países (Patel & Advisor, 2012)

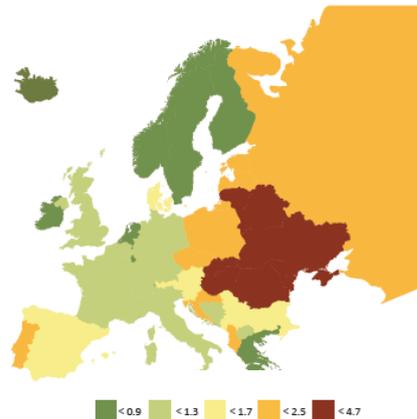


Figura 3 - Taxa de mortalidade estimada por 100.000 habitantes por cancro no lábio, cavidade oral, em ambos os géneros e em todas as idades na Europa.

Fonte: Patel e Advisor (2012)

A taxa de sobrevivência do cancro oral e orofaringe também varia nas diferentes regiões europeias, com taxas de sobrevivência a 5 anos de 23% na Europa de Leste, enquanto no norte da Europa a percentagem é significativamente maior (51%). Similarmente a outros tipos de cancro a taxa de sobrevivência também está associada a indivíduos pertencentes a classes sociais superiores (Patel & Advisor, 2012).

1.3. Saúde oral em Portugal

Portugal é dos países da Europa onde as taxas de tratamento dentário são mais baixas, o que se deve às políticas de orçamento aplicadas pelo Ministério da Saúde, bem como dos valores aplicáveis, aos tratamentos realizados nos consultórios privados (Grade, 2013).

Estima-se que aproximadamente 50% da população portuguesa não recorre a cuidados de saúde oral por motivos de ordem financeira, resultando numa procura do profissional de saúde oral mais em situações de urgência (Lopes, 2012).

A prevalência e gravidade de cárie dentária traduzida pelo índice que mede o número de CPOD na dentição decídua ou CPOD na dentição permanente demonstram uma evolução positiva entre 200-2013 (Direção-Geral da Saúde, 2015). De acordo com o mesmo

organismo, o índice CPOD aos 12 anos em 2000 era 2,95, reduzindo para 1,18 em 2013. No referido grupo etário, foi atingida a meta definida pela Organização Mundial de Saúde para o ano 2020 (índice CPOD com valor inferior a 1,5) (Direção-Geral da Saúde, 2015).

À semelhança de outros países europeus, em Portugal, o Programa Nacional de Saúde Oral tem como objetivos reduzir a incidência e prevalência das doenças orais nas crianças e adolescentes, melhorar conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e promover a equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010).

Apesar de a saúde oral em Portugal estar inserida em programas de cuidados de saúde primários, a maioria desses serviços de medicina dentária continuam a ser prestados pelo sector privado, o que constitui, por si só, uma barreira na acessibilidade aos cuidados de saúde oral (Lopes, 2012).

Os cuidados orais, em Portugal, constitui um problema grave com repercussão direta na saúde geral da população. Em conformidade com o Relatório da OCDE de 2008, Portugal foi considerado o país com menor desenvolvimento favorável no que se refere à saúde oral da população (Entidade Reguladora da Saúde, 2014).

Trata-se de uma carência atual do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apesar de todos os avanços de que o SNS foi alvo, é importante referir que a único serviço de saúde onde não existe universalidade é justamente o da Medicina Dentária. As críticas ao SNS chegam até da OMS que refere que “o sistema de saúde oral é incompreensível”, já que não incentiva a prevenção quer à população escolar ou à população em geral, isto é, sem garantias de proteção universal, como está descrito na Constituição da República Portuguesa (OMS).

Como consta no Plano Nacional de Promoção da Saúde oral (PNPSO), da responsabilidade do Ministério da Saúde do Governo Português, o cheque dentista que é um guia que dá acesso a um conjunto de cuidados de medicina dentária nas áreas de prevenção, diagnóstico e tratamento. Os cheques-dentista destinam-se aos respetivos utentes beneficiários, nomeadamente grávidas seguidas no SNS, beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS, utentes infetados com o vírus do VIH/Sida e crianças

e jovens com idade inferior a 16 anos. Este apoio pode ser usado em qualquer parte do país, num dos diversos consultórios ou clínicas dos médicos dentistas aderentes ao programa (Portaria n.º 301/2009, Portal da Saúde, 2013).

De acordo com o Programa Nacional de Promoção de Saúde oral – Aplicação em saúde infantil e juvenil, os cuidados preventivos e curativos individuais efetuados no âmbito do PNSO são prestados por higienistas orais, médicos dentistas e estomatologistas, através de consultas dirigidas às crianças e jovens com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos, realizadas nas unidades funcionais ou nos consultórios da rede privada. O acesso às consultas faz-se mediante a emissão, pela unidade de saúde, de documento de referência para a consulta de higiene oral ou de cheque-dentista (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013, p.94).

São entregues cheques-dentista na consulta de saúde infantil e juvenil, emitidos pelo médico de família, aos pais ou acompanhantes das crianças dos 3 aos 6 anos que apresentem dentes temporários com cárie e sintomatologia infecciosa que exijam intervenção médico-dentária urgente (ex. dor ou abscesso) (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013, p.94).

O maior número de utentes do programa é o das crianças e jovens escolarizados, com 7, 10 e 13 anos, tendo havido cerca de 123.026 beneficiados até maio de 2014 (Ordem dos Médicos Dentistas, 2014).

De acordo com a lei em vigor, ao grupo de coorte de 7-10 anos, podem ser atribuídos até dois cheques-dentista por ano letivo. No grupo de coorte dos 13 anos, podem ser atribuídos até três cheques-dentista por ano letivo. Aos jovens em meio escolar da rede pública e instituições particulares de solidariedade social da coorte dos 15 anos completos, que tenham sido utentes beneficiários do PNSO e seguido o respetivo plano de tratamentos aos 13 anos de idade, pode ser atribuído um cheque dentista por ano letivo (Ministério da Saúde, Despacho n.º 7402/2013). Os cuidados abrangidos pelo cheque-dentista nestas faixas etárias destinam-se à aplicação de selantes de fissuras e outras intervenções que afetem os dentes e que exijam uma intervenção curativa ou preventiva.

O Programa Nacional de Saúde 2004-2010, no que concerne à saúde oral, não se revelou como um sucesso, já que os objetivos propostos não foram alcançados. O principal obstáculo foi a fraca complementaridade entre a prevenção (assegurada em grande parte pelo SNS) e os serviços terapêuticos (garantida por parcerias com clínicas privadas). Além disto, registou-se a falência de acompanhamento após a intervenção dos profissionais de saúde oral (Bulhosa, 2010).

Os dados relativos ao índice CPOD aos 12 anos em Portugal (cf. Quadro 1) segundo a DGS (Direção Geral de Saúde) no ano 2004/2005 demonstram que houve uma diminuição relativamente ao ano 2002/2003, de 2,95 para 1,48, uma redução de cerca de 50%. A meta traçada pela DGS para o ano 2010 seria 1,90 o que foi alcançado muito antes desta data. Relativamente à distribuição por regiões de saúde de Portugal continental verifica-se que em 2004/2005 o índice CPOD de Lisboa e Vale do Tejo era de 0,8 o que se aproxima com o melhor valor da União Europeia (0,7). No entanto, o mesmo não se constata nas regiões Norte, Centro e Alentejo já que apresentam valores compreendidos entre 1,5 e 1,8. Analisando a média nacional (1,48) conclui-se que apenas as Regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve apresentam índices inferiores (Direção Geral de Saúde, 2005; Saúde, 2010).

Quadro 1 – Índice cpod e CPOD aos 12 anos de idade

Índice de Cárie/ Região	cpod	CPOD
Norte	2,42	0,06
Centro	1,90	0,02
Lisboa e Vale do Tejo	1,61	0,03
Alentejo	1,45	0,04
Algarve	1,86	0,03
Açores	1,74	0,24
Madeira	3,61	0,06
Nacional	2,10	0,07

Fonte: Direção Geral de Saúde (2005)

Para garantir o conhecimento da realidade da condição de saúde oral em Portugal, decorreu em 2014 o Estudo Nacional da Prevalência das Doenças Orais (ENPDO) inserido no Programa Nacional de Promoção da Saúde oral, com a iniciativa do Ministério da Saúde. Divide-se por 6 projetos distintos: a) grávidas, b) idosos, c) crianças e jovens, d)

idades intermédias, e) crianças (<7 anos) e f) portadores de VIH/SIDA. Para além do tratamento da condição oral dos participantes, é também um estudo epidemiológico que inclui a recolha de dados relativos à saúde oral de modo a conhecer a prevalência e condição oral, para além de também proceder divulgação de cuidados básicos de higiene (Anon, 2014).

Relativamente ao supramencionado Programa Nacional de Saúde Oral 2011-2016, há uma exposição clara de grupos de risco. Nele se encontram os portadores de doenças crónicas complexas, doentes imunodeprimidos, os portadores de deficiência, os doentes oncológicos e doentes em cuidados paliativos. Nenhum destes grandes grupos de doentes tem garantido o acesso à promoção da saúde oral ou atenção especial, sobretudo quando as suas patologias base podem potenciar ou originar a degradação da cavidade oral, e portanto, diminuir a qualidade de vida até, por apenas, limitar a capacidade de recuperação dos indivíduos (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010).

A mudança de comportamento social e imposição de regras de comercialização em Portugal foram implementadas medidas restritivas ao acesso a alguns produtos alimentares considerados inadequados (teores elevados de gordura e açúcar) ao consumo por crianças e adolescente, sendo disso exemplo a proibição de máquinas automáticas de venda de produtos alimentares em estabelecimentos de ensino público (Educação, 2006).

Em suma, as conclusões do Programa Nacional de Saúde Oral 2011-2016 relacionam-se com o reconhecimento dos cuidados insuficientes de saúde oral a que a população portuguesa tem acesso e da necessidade de implementação de políticas que consigam dar mais respostas adequadas, já que não é assegurado nem a prevenção nem o tratamento das doenças que afetam a cavidade oral. Por outro lado, reconhece-se que o SNS não está a dar resposta às necessidades dos portugueses, muito embora haja profissionais desta especialidade com formação adequada em quantidade suficiente, bem como estruturas físicas (clínicas privadas) onde esse serviço pode ser prestado em articulação com o SNS. Reconhece-se que a implementação do “cheque-dentista” é uma medida custo-

efetivo na prevenção destas patologias. Assim sendo, as áreas consideradas prioritárias são, segundo o Programa Nacional de Saúde Oral 2011-2016:

- planeamento dos recursos humanos – incorporação da saúde oral nos cuidados primários de saúde;
- planeamento em saúde – estudos epidemiológicos que estimem a prevalência das patologias da saúde oral bem como qualidade de vida da saúde oral da população portuguesa;
- integração de Médicos Dentistas na rede de cuidados hospitalares, cuidados continuados e cuidados paliativos (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010).

1.4. Causas das doenças orais

A saúde oral é influenciada por vários fatores comportamentais onde se inclui o estilo de vida e o acesso a serviços especializados. Para este último, contribuem as condições económicas e políticas e a organização do sistema de saúde de cada país. Um outro fator que pode também determinar a pré-disposição a estas doenças são os fatores biológicos inerentes ao indivíduo. Associados ao estilo de vida, os fatores que mais influenciam a saúde oral são (Anon, 2014):

- Alimentação: está comprovada a associação entre o consumo de produtos açucarados e a degradação da saúde oral, nomeadamente pelo aumento de cáries dentárias, sendo também fatores de risco para outras doenças como a obesidade e a diabetes;
- Higiene oral: a escovagem regular de dentes e gengivas com pastas dentífricas fluoretadas é benéfica para a prevenção de cáries e da doença periodontal;
- Tabagismo: é um fator de risco bem estudado associado ao aparecimento da doença periodontal e do cancro oral mas também do cancro da cabeça e pescoço;

- Alcoolismo: é um fator de risco reconhecido afetando a saúde oral de um modo geral, sendo prevalente o aparecimento de cáries dentárias, inflamação gengival, erosão dentária e risco aumentado para o aparecimento de doença periodontal (Anon, 2014).

É importante referir os efeitos combinados do tabagismo e alcoolismo, sendo que podem aumentar até 38 vezes a possibilidade de desenvolver cancro oral comparativamente a indivíduos sem estes comportamentos. Estes fatores individual e combinadamente influenciam de forma negativa a saúde dos indivíduos por estarem associados ao aparecimento de outras patologias, nomeadamente as doenças cardíacas, hepáticas e pulmonares (Anon, 2014).

A idade também pode influenciar o estilo de vida, já que pode condicionar a adesão ou abandono maior ou menor de comportamentos de higiene e de dieta, que influenciam negativamente a condição saúde oral dos indivíduos (Ribeiro, Guerra, Galhardi & Cortellazzi, 2012).

O consumo frequente de alimentos e bebidas açucaradas, tabagismo, consumo de álcool e fracos hábitos de higiene oral constituem comportamentos de risco para a cárie dentária e doença periodontal. Estes comportamentos são comuns no início da adolescência (Currie, 2012).

As condições da saúde oral têm um forte impacto na avaliação da sua qualidade de vida, pois nem só os indicadores clínicos individualmente podem descrever a satisfação ou os sintomas dos doentes ou a sua capacidade para desempenhar as suas tarefas diárias como sorrir, falar, morder, mastigar e que afetam a sua relação de bem-estar pessoal e social (Montero-martín et al., 2009; Anon, 2014).

Todavia, no que concerne ao Ministério da Saúde, o mesmo tem vindo a desenvolver estratégias de melhoramento ao nível da educação, da promoção e da prestação de cuidados de saúde oral à população no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010).

1.5. Consequências das doenças orais

As cáries, por exemplo, afetam uma elevada percentagem de crianças em idade escolar (60-90%) e aproximadamente 100% dos adultos tiveram cáries que podem originar dor e desconforto se não forem adequadamente tratadas (Anon, 2014).

A doença periodontal quando avançada pode também resultar na perda de dentição e afeta cerca de 15-20% dos adultos com idades compreendidas entre os 35-44 anos (Anon, 2014).

Por outro lado, a perda de dentição é consequência principal da presença de cáries e doença periodontal não tratada. Afetando principalmente os mais idosos, com 30% dos indivíduos com idades entre 65-74 anos a não possuir dentes naturais (Anon, 2014).

Paralelamente, o cancro oral afeta particularmente o género masculino, os idosos com fracos rendimentos e baixo índice de literacia. Entre os principais potenciadores do seu aparecimento e desenvolvimento, encontra-se o uso de tabaco e de álcool. A prevalência é de 1-10 casos em 100 mil pessoas na maioria dos países. Destaca-se aqui, o Noma ou "*cancrum oris*" que é um cancro oral, caracterizado por uma inflamação gangrenosa fulminante que afeta os tecidos da cavidade oral e faciais. Ocorre em indivíduos gravemente desnutridos e debilitados, sobretudo em crianças da África subsariana e Ásia. A sua etiologia relaciona-se com a presença de bactérias anaeróbias orais e de *Borrelia vincentii* que originam lesões gengivais que progridem para necrose extensa dos lábios e queixo. Muitas destas crianças vivem em condições de pobreza extrema sem recurso a água potável e que sofrem de outras doenças como o VIH. A percentagem de mortalidade atinge 90% dos casos (Anon, 2014).

Estudos recentes indicam um aumento da incidência de tumores oro-faciais em doentes pediátricos com Síndrome de Burkitt's, particularmente na Nigéria, aumentando a relação entre as patologias da cavidade oral e os indivíduos imunodeprimidos (Omoriegbe & Akpata, 2014).

As doenças infecciosas que afetam a cavidade oral podem ter como origem fungos, bactérias ou vírus e ocorrem em indivíduos imunodeprimidos, como os portadores de VIH. Cerca de metade destes é afetado por uma destas infeções no decurso da doença (Almeida, 2010; Pinto, 2009).

As lesões traumáticas são outro aspeto a ressaltar, pois afetam cerca de 40-50% das crianças de idades compreendidas entre os 6-12 anos. Estas podem ocorrer como consequência de acidentes escolares, domésticos, em transportes e também como resultado de violência (Anon, 2014; Peterson & Yamamoto, 2005).

As deficiências congénitas como o lábio leporino e a fenda palatina afetam grupos étnicos e áreas geográficas de forma distinta, sendo que entre os indivíduos caucasianos atinge 1,84 em cada 1000 nascimentos (Anon, 2014). De acordo com o referido autor, se não for alvo de correção, pode originar perda de audição, alterações da fala e dificuldades na mastigação dos alimentos, para além da anomalia visual que é geradora de preconceito e, portanto, resulta num sofrimento psicológico do portador. A correção obedece a procedimentos que devem ser iniciados no recém-nascido e que devem ser continuados até à idade adulta (Peterson & Ueda, 2006).

Para além das consequências de uma fraca condição de saúde oral, tem-se vindo a tornar mais evidente a relação entre as patologias que afetam a cavidade oral com doenças sistémicas, o que sustenta a cada vez maior importância da saúde oral no bem-estar geral das populações. Para além da *diabetes mellitus*, as doenças cardiovasculares, as infeções respiratórias, a artrite reumatoide, partos prematuros e dor crónica parecem ter uma associação com a saúde oral (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010).

A necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade oral levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde oral, que são utilizados com frequência cada vez maior em pesquisas odontológicas (Barbosa, Mialhe, Castillo & Gavião, 2010; Castro, 2012).

É frequente que certas patologias da cavidade oral, como dores de cabeça, de ouvidos, tonturas e dificuldades na articulação tempomandibular, só sejam corretamente diagnosticadas após o doente ser alvo da consulta pelo Otorrinolaringologista,

Neurologista com a realização de exames dispendiosos, como a Tomografia Axial Computorizada (TAC). Para além do tempo que o doente demora a ser diagnosticado e todo o sofrimento implícito, há gastos com consultas médicas de especialidade e exames desnecessários. Acrescenta-se também que os doentes internados nos serviços hospitalares são menosprezados no que respeita à sua condição de saúde oral, não sendo alvo de rastreio ou preocupação aparente mesmo quando padecem de doenças associadas (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010).

Para solucionar esta questão tão relevante do SNS podem apontar-se as seguintes orientações que colocariam Portugal na vanguarda dos cuidados de saúde oral contribuindo para a sustentabilidade económico-financeira:

- inclusão da Medicina Dentária nos serviços de urgência dos hospitais concelhios e distritais;
- criar equipas multidisciplinares que incluam a Medicina Dentária de modo a permitir responder efetivamente a todos os casos complexos e diferenciados;
- assegurar a cobertura geográfica dos cuidados de saúde oral (Duarte, n.d.).
- Posto este cenário, é necessária a conservação da monitorização periódica da condição de saúde oral da população, e se possível alargar a outras faixas etárias e a outras patologias orais que incluam a doença periodontal, traumatismos oro-faciais e patologias orais associadas à infeção pelo VIH pelo seu forte impacto na condição física, psíquica e emocional dos indivíduos por elas afetados. Outro aspeto que pode modificar o panorama atual será a reestruturação dos seguros escolares no âmbito da saúde oral, garantindo o acesso universal (Bulhosa, 2010).

Para além das patologias associadas acima mencionadas, outras, como por exemplo a diabetes, devem ser alvo de atenção quer ao nível da prevenção, tratamento ou reabilitação, e potencialmente beneficiar de apoio e atenção especial pelo Programa de Saúde Oral que está incluído no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (Bulhosa, 2010).

Desde 2008, é possível prestar cuidados de saúde oral a algumas frações da população portuguesa, que incluem a difusão e a implementação de medidas preventivas e evidentemente o tratamento das situações mais prevalentes, designadamente as cáries

dentárias e as periodontites. Estas intervenções estão a ser desenvolvidas no âmbito dos cuidados de saúde primários e serviços de especialidade, por parceria do SNS com clínicas privadas através de contratualização deste com os médicos dentistas. É assim um modelo original e de referência porque articula transversalmente o SAM (Sistema de Apoio Médico) com os sistemas contabilísticos das várias Administrações Regionais de Saúde, tendo por base uma plataforma informática acessível, empírica e eficiente (Ordem dos Médicos Dentistas, 2010).

1.6. Desigualdades no tratamento de doenças da saúde oral na Europa e em Portugal

Em 2011, a Resolução do Parlamento Europeu reconheceu a existência de discrepâncias relativamente à saúde oral entre diferentes Estados Membros. Estas diferenças teriam como génese a posição socioeconómica das populações, idade, género ou o estado geral de saúde. Reconheceu-se também a problemática do acesso a estes cuidados (Patel & Advisor, 2012).

Na avaliação do Eurobarómetro de 2010 em que os indivíduos respondentes a um inquérito sobre o número de vezes que afirmaram ter ido a uma consulta de um médico dentista no último ano, verificou-se que a média europeia é de 57%. Portugal apresenta uma frequência bastante inferior, rondando os 46%, colocando-se nas últimas posições (Patel & Advisor, 2012).

Os fatores que podem explicar as desigualdades são a baixa literacia em saúde oral dos indivíduos, aliada ao consumo de tabaco, álcool e à fraca nutrição. Sabe-se que estas populações resistem à procura dos serviços de saúde oral, e só o fazem em caso de dor forte ou desconforto severo. Por outro lado, os hábitos de higiene oral, como a escovagem diária dos dentes, estão associados a famílias com maiores rendimentos, onde a literacia e preocupação com a higiene global é maior. Não é surpreendente que as crianças que apresentam maior número de cáries dentárias pertençam a classes sociais mais desfavorecidas (Furtado & Pereira, 2010).

Os dados do Eurobarómetro de 2010 indicam uma realidade comum à maioria da população europeia. A frequência da comparência a consultas dentárias prende-se com a procura de um ato curativo ou preventivo. Ressalva-se o facto da consulta no dentista ser frequentemente associada a sentimentos de medo, angústia, na dificuldade de encontrar um médico confiável e que ajude na ultrapassagem destes receios. O adiamento recorrente destas consultas também pode ser explicado pelo entendimento de que o problema em causa ou a falta dele não é grave, ou pela ausência de sintomatologia. Os custos são elevados, razão para a raridade da procura destes serviços de saúde especializados, sobretudo quando a motivação se relaciona com implantes e quando o contexto socioeconómico dos indivíduos não é favorável (Patel & Advisor, 2012).

1.7. Prevenção e promoção da Saúde oral

A promoção e a prevenção da saúde oral podem resultar na redução da prevalência de cáries e de outras patologias associadas. As boas práticas de higiene, como a escovagem dos dentes pela manhã e ao deitar, bem como, o uso de pastas dentífricas enriquecidas com flúor previnem não só as cáries, mas também a doença periodontal e as gengivites. A efetividade do uso de flúor na redução de cáries está bem estabelecida, sendo um dos fatores que influenciou a redução do número de cáries nas crianças do ocidente europeu nos últimos 30 anos (Patel & Advisor, 2012).

Uma das poucas medidas de saúde pública que pode influenciar a exposição da cavidade oral a níveis controlados de flúor é a água. Neste sentido, a adição desta substância reduz a perda de dentes e é considerada benéfica para a dentição permanente das crianças, sendo uma medida que provou ser custo-efetiva. A adição de flúor à água é comum nos Estados Unidos da América, sendo praticada na Europa, no Reino Unido, Espanha, República da Irlanda e na Polónia. Outros países implementaram a ingestão de flúor no sal de cozinha e juntamente com um programa intensivo de divulgação das suas propriedades conseguiu abranger consideráveis níveis de mercado na Alemanha, França, Eslováquia e República Checa. Em alternativa ao sal, o leite também tem sido veículo à

ingestão de flúor na Bulgária e no Reino Unido. Este leite é veiculado em instituições de ensino e através de programas desenhados para comunidades em que seja necessário intervir e onde a adição de flúor não possa ser aplicada à água ou ao sal (Patel & Advisor, 2012).

Outras boas práticas de saúde oral têm sido implementadas e carecem de especial atenção, pelo incentivo e pela área de cobertura às populações. Um deles é o programa escocês "*Childsmile Program*" em que a escovagem dentária é supervisionada em todos os infantários e em escolas de zonas consideradas prioritárias e onde são dados às crianças pacotes de escova e pasta dentífrica para estimular a escovagem em casa. É também dado aconselhamento e formação aos pais e professores e também estão previstas intervenções em escolas onde haja mais resistência pelas crianças aos hábitos de higiene. Este programa por si, produziu dados muito interessantes, tendo em 2010 sido alcançado o maior número de crianças sem cáries na Escócia (Patel & Advisor, 2012).

Por sua vez, a Dinamarca, como já mencionado neste trabalho, implementou um modelo bem-sucedido na prevenção da saúde oral para todas as crianças até aos 18 anos de idade. Este modelo conseguiu inverter uma tendência que já durava acerca da 40 anos e que colocava a Dinamarca na cauda dos países europeus com pior saúde oral. Em 1997, cerca de 99% das crianças tinha acesso a estes cuidados especializados (Patel & Advisor, 2012).

Já a Suécia desenvolveu programas centrados em comunidades mais desfavorecidas promovendo a igualdade e aumentando a consciencialização da população para as consequências das doenças orais (Patel & Advisor, 2012).

De acordo com os autores supracitados, a Alemanha implementou nas escolas programas educacionais em que os alunos mais velhos são o veículo de transmissão da informação aos mais novos. Este curioso modelo baseia-se na aprendizagem e discussão da informação pelos alunos que assim, forçados a transmiti-la conseguem interioriza-la mais eficazmente.

Em 1997, a França foi pioneira ao desenvolver um programa nacional de prevenção da saúde oral cujo público-alvo eram os adolescentes (15 aos 18 anos). Muito embora fosse

garantido a totalidade do reembolso de tratamentos que se provassem ser necessários, apenas uma pequena parte dos participantes cujas famílias fossem consideradas como mais modestas, participou (Patel & Advisor, 2012).

Em conformidade com os autores supracitados, a promoção de produtos “sem açúcar” tem sido provada como eficaz na redução de cáries dentárias nomeadamente por estudos em que é estudado o impacto da mastigação de pastilhas elásticas. A Comissão Europeia tem publicadas algumas medidas neste sentido (mastigação destas pastilhas por 20 a 30 minutos) nos documentos de Regulamentação e Regulação. A Suíça e a Alemanha promovem ativamente o consumo de produtos de confeitaria com teores de açúcar reduzido, tendo a primeira desenvolvido uma rotulagem específica de “sugar free” e “toothfriendly”. Este logótipo foi entretanto desenvolvido por outros países (Alemanha, Turquia, China e Japão, entre outros). Para além de teores controlados de açúcares, há também controlo do nível de ácidos a que é exposta a dentição e que deve ter pH superior a 5,7 (Patel & Advisor, 2012).

A União Europeia tem também tido particular atenção à adição de açúcares a que alguns produtos alimentares eram sujeitos. Exemplo disso, a não permissão de adição de açúcares aos sumos de fruta. No entanto, esta medida só será efetiva em 2015 pelo que só posteriormente se poderão analisar os resultados (Patel & Advisor, 2012).

1.8. Acesso de Serviços de Saúde oral

O sistema português de prestação de cuidados consiste numa rede de prestadores de saúde públicos e privados. Cada um deles está ligado ao Ministério da Saúde, que coordena toda a prestação de cuidados de saúde, e de certo modo aos utentes (Barros et al., 2011; Boyle, 2011).

Na União Europeia verifica-se uma pluralidade resultante de diferentes perspetivas e abordagens, assim como de diversos percursos culturais e políticos, fazendo com que os sistemas de saúde difiram no que diz respeito ao financiamento, organização e modelo de governação. No entanto, apesar das diferenças inerentes à organização política e administrativa de Portugal e de Inglaterra podemos inferir que ambos estão alinhados com um ideal de desenvolvimento e expansão da força de trabalho, esta tem sido uma premissa central das políticas dos governos.

Em Portugal assistiu-se a um aumento constante de dentistas desde o início de 1990, sendo que em 2008 atingiu-se um rácio de dentistas superior ao atingido por países como o Reino Unido. Isto deveu-se à formação intensiva de centenas de dentistas, verificada a partir de 1986, com a abertura de várias escolas dentárias públicas e privadas, e ainda pelas mudanças ao nível da formação de modo a combater a escassez de dentistas que se fazia sentir na época. Atualmente, e desde o Tratado de Bolonha, o curso de medicina dentária deixou de ter duração de seis anos de formação para passar a 10 semestres. Em Inglaterra, difere um pouco já que os dentistas devem realizar um curso universitário de cinco anos conducente à licenciatura em dentária. Após a conclusão desta formação, os dentistas podem registar-se no General Dental Council (GDC), que depois lhes permite exercer a profissão de dentista. Para se registar numa lista de especialistas, o dentista necessita de mais formação (Barros et al., 2011; Boyle, 2011).

A maioria dos dentistas em Portugal trabalha quase exclusivamente no setor privado, uma vez que o SNS não oferece uma cobertura ampla de assistência odontológica. O mesmo não se verifica no Reino Unido, onde a assistência odontológica no *National*

Health System (NHS) está presente. No entanto, estes valores também têm oscilado, tendo-se verificado uma diminuição significativa no número de dentistas por habitante (Barros et al., 2011; Boyle, 2011).

2. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

Qualidade de vida é um conceito complexo que abrange muitos significados e, conseqüentemente, inúmeras formas de medição. Na área da saúde, o termo Qualidade de vida foi inicialmente utilizado para determinar as condições que aumentavam as hipóteses de sobrevivência dos recém-nascidos. Com o aumento da esperança média de vida e com o envelhecimento demográfico da população, este conceito tem ganho uma importância acrescida. Assim sendo, a definição de Qualidade de Vida também tem sofrido alterações, não se limitando à condição de saúde e intervenções médicas, mas também considerando outros fatores que podem afetar o indivíduo, os seus sentimentos e os comportamentos no dia-a-dia (Diniz & Schor, 2006).

2.1. Definição do conceito

A OMS diz que o conceito de Qualidade de Vida refere-se à “percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995, p. 1403).

Tradicionalmente, os cuidados com a saúde têm sido considerados medidas clínicas objetivas para a interpretação de resultados, tais como, a resposta biológica ao tratamento, as comorbilidade e a mortalidade. Mais recentemente, face à evolução de programas preventivos e terapêuticos nesta área, os investigadores e os profissionais têm evidenciado que os indicadores subjetivos também devem ser tidos em consideração, sobretudo, os que avaliam, analisam e permitem a interpretação da Qualidade de Vida, pois estes indicadores são medidas padrão em estudos clínicos com controlo randomizado e permitem que se confirme a importância dos aspetos não-clínicos do tratamento (Diniz & Schor, 2006).

Diniz e Schor (2006, p. 13) referem que a procura pela Qualidade de Vida remonta à antiguidade e o desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências quanto às tentativas de definição da Qualidade de Vida, como as que aparecem em *Nicomachean Ethics*, no qual Aristóteles (384-322 a.C.) menciona que “pessoas distintas concebem “boa vida” ou “bem-estar” como sendo a mesma coisa que “felicidade”. Mas o que é a felicidade torna-se uma questão de contestações [...] alguns afirmam que é uma coisa e outros dizem que é outra e, de facto, muito frequentemente o mesmo homem diz diferentes coisas em tempos diferentes: quando ele adoece, ele concebe saúde como sendo felicidade, quando ele empobrece, como riqueza e prosperidade)”.

Verifica-se, então, que desde essa época a Qualidade de Vida já era vista como resultante de percepções individuais, variando conforme com a experiência da pessoa num determinado momento. Contudo, tendo em conta o desenvolvimento das definições em relação ao termo Qualidade de Vida, atesta-se que, até ao século passado, este foi pouco abordado, altura em que se começou a notar que “felicidade ou bem-estar” das pessoas podem ser consequência da sua Qualidade de Vida, ou seja, felicidade não é objetivo de vida e vida não é um objetivo, mas sim um fim em si mesmo e a coragem consiste na disposição para sacrificar, o que se considera felicidade por uma intensa qualidade de vida (Diniz & Schor, 2006).

Qualidade de Vida consiste numa noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Subentende a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que uma determinada sociedade considera o seu padrão de conforto e bem-estar (Alves & Gonçalves, 2009).

A Qualidade de Vida dos indivíduos está significativamente influenciada pela sua condição de saúde, inclusive, a saúde oral. As restrições físicas e as psicológicas podem influenciar diretamente os aspetos da alimentação, fala, locomoção, convívio social e autoestima (Alves & Gonçalves, 2009). De acordo com os mesmos autores, nos últimos anos, operou-se um maior reconhecimento que os problemas de saúde oral têm um impacto significativo no bem-estar físico, social e psicológico dos indivíduos, o que resultou de

uma perspetiva clínica, numa abordagem que visa o melhoramento da Qualidade de Vida como primeiro motivo do tratamento dentário.

2.2. Saúde oral e qualidade de vida

A perceção da condição de saúde oral assume grande importância no contexto da medicina dentária, na medida em que está relacionada com a predisposição dos indivíduos ao acesso a serviços de saúde e à condição clínica presente (Alves & Gonçalves, 2009).

Diferentes níveis de saúde oral facultam diferentes impactos no quotidiano das pessoas, sendo, deste modo, desejável que, no estudo das necessidades de saúde oral dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas conjuntamente com a condição clínica (Lacerda, 2005).

Os termos “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde oral” e “Qualidade de Vida” são geralmente utilizados para descrever os resultados dos problemas de saúde oral e terapêutica para esses problemas. Deste modo, tem ocorrido uma reprodução de medidas para quantificar estes resultados. Estas medidas, inicialmente denominadas com indicadores dento-sociais ou indicadores subjetivos de saúde oral, são atualmente referidas como medidas de QdVRSO, ou seja, baseado na aceitação de que os impactos psicossociais e funcionais afetam a Qualidade de Vida (Locker, 1997).

A noção de *Oral Health Related Quality of Life* (OHRQOL) surgiu no início da década de 80, contrariamente ao conceito de *Health Related Quality of Life* (HRQOL) que foi elaborado duas décadas antes. Este afastamento temporal deve-se muito provavelmente à pouca atenção prestada às doenças relativas à saúde oral (Bennadi & Reddy, 2013).

Tornou-se evidente que as doenças orais como as cáries dentárias ou a doença periodontal eram insuficientes para satisfazer a perspetiva da OMS no que respeita à saúde oral, nomeadamente os aspetos sociais, psico e sociológicos implicados no bem-estar geral do indivíduo. Esta evidência fez nascer a necessidade de criar um sistema de medição que conseguisse abranger estes aspetos intrínsecos relacionados com o impacto social, físico e psicológico da condição oral de um indivíduo (Bennadi & Reddy, 2013).

Importa realçar que o conceito de OHRQOL tem um carácter subjetivo pelo que a perceção de saúde e doença de um indivíduo é influenciada pelas suas experiências pessoais, normas sociais e culturais, informação e conceitos disponíveis.

A primeira ferramenta a ser utilizada para avaliar o impacto das condições da saúde oral na Qualidade de Vida foi desenvolvida pela OMS (cf. Figura 4) (Montero-Martín et al., 2009). O cerne deste modelo de avaliação baseava-se na definição de saúde consagrada na Carta da OMS, ou seja, no bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade, tendo sido adaptado para as especificidades da saúde oral por Locker (1988, cit. por Slade, 2012).

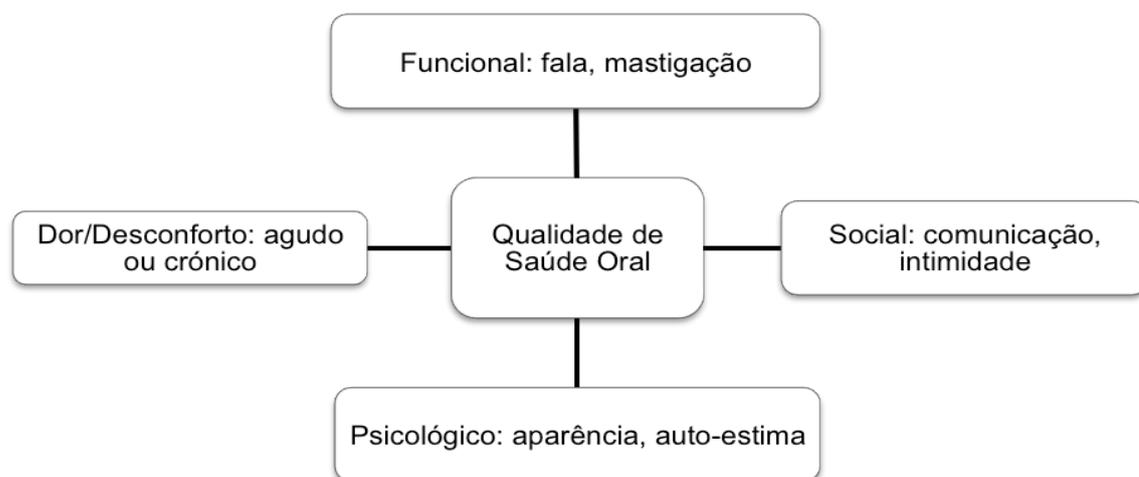


Figura 4 – Fatores associados à Qualidade de Saúde oral.

Fonte: Bennadi & Reddy (2013)

É consensual entre autores que os estudos acerca da saúde oral e Qualidade de Vida deviam abordar quatro dimensões: dor e desconforto, aspetos funcionais concernentes à capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, bem como falar e pronunciar as palavras corretamente, aspetos psicológicos relativos à aparência e autoestima, bem como os aspetos sociais, refletindo interação social e comunicação com as pessoas (Locker, 1988, cit. por Slade, 2012).

Durante a maior parte da década de 80, acreditava-se que o número de dentes em falta era a variável mais importante na avaliação da saúde oral. Considerava-se que os fatores sociodemográficos tinham só um ligeiro impacto na perceção individual da Saúde oral (Reisene & Bailit, 1980).

Os indicadores de nível macro surgiram igualmente nesta década, com o objetivo de caracterizar o custo económico, social e político das condições de saúde oral. Estes indicadores consistiam na avaliação da redução do desempenho do indivíduo devido a problemas orais, como, por exemplo, ausência escolar ou profissional e redução nas atividades de vida diária. Estes indicadores de natureza puramente economicista não incluem outra informação, como prejuízos pessoais, quantidade e natureza da incapacidade e aspetos psicológicos (Pires, 2009). No final da década de 80, os investigadores da saúde oral baseavam-se em dados dos sistemas de saúde e seus impactos na população, em detrimento de centrarem o foco nos indivíduos. A capacidade dos clínicos e dos investigadores na avaliação do nível de desconforto, deficiência ou disfuncionalidade das doenças que afetavam a cavidade oral era diminuta (Slade & Spencer, 1994; Slade, 2012). No entanto, constatava-se que a condição oral tinha fortes implicações em muitas áreas da vida, nomeadamente na perspetiva pessoal e familiar, no trabalho, nas interações sociais e que poderiam afetar a qualidade de vida. Percebia-se que essas consequências não estavam avaliadas pela escassez de estudos realizados nesta área (Slade, 2012).

A globalidade dos aspetos supramencionados foi posteriormente abordada na década de 90, com a introdução de indicadores de nível micro, que se podem caracterizar como unidimensionais ou multidimensionais consoante o número de variáveis consideradas (Pires, 2009). A partir deste momento, passaram a ser amplamente desenvolvidos e aplicados alguns questionários que avaliam a perceção dos indivíduos relativamente a várias variáveis que avaliam a OHQOL (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Questionários que avaliam a percepção dos indivíduos relativamente a várias variáveis que avaliam a OHQOL

Nome	Autores e ano de publicação	Dimensões medidas	Frequência	Formato de Resposta
<i>"Social Impacts of Dental Diseases"</i>	Cushing <i>et al</i> , 1986	Dificuldade na alimentação, comunicação, dor e incómodo e insatisfação com a estética.	14	Sim/Não
<i>"The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)"</i>	Atchison and Dolan, 1990	Dificuldade na alimentação, relacionamentos pessoais, preocupação ou insatisfação com a aparência, dor e desconforto.	12	6 categorias: "nunca-sempre"
<i>"Dental Impact Profile"</i>	Strauss and Hunt, 1993	Dificuldade na alimentação, aparência para os outros e para si mesmo, sensação de bem-estar, humor, vida social e relações sociais	25	3 categorias: "sem efeito, mau efeito e sem efeito"
<i>"Oral Health Impact Profile(OHIP)"</i>	Slade and Spencer, 1994	Funcionalidade, dor, incapacidade física, incapacidade social, deficiência	49	5 categorias: "muito frequente-nunca"
<i>"Subjective Oral Health Status Indicator"</i>	Locker and Miller, 1994	Dificuldade na alimentação, comunicação, sintomatologia e relações sociais	42	Várias dependendo da forma da questão
<i>"Dental Impact on daily living"</i>	Leao and Sheiham, 1996	Incómodo, aparência, dor, atividades diárias, dificuldade na alimentação	36	Várias dependendo da forma da questão
<i>"Oral impacts on daily performance"</i>	Adulyanon, Vourapukjaru and Sheiham, 1996	Performance da mastigação, comunicação, higiene oral, sono e controlo emocional	9	Várias dependendo da forma da questão
<i>"Oral Health Quality of life UK"</i>	McGrath and Beli, 2000	Atividades diárias, sociais e de conversação	16	6 categorias: "todo o tempo – zero do tempo"

Fonte: Bennadi & Reddy (2013)

Uma das primeiras ferramentas para avaliar a OHRQOL foi apresentada por Cushing *et al.*, em 1986. O questionário *"Social Impacts of Dental Diseases"* consistia na resposta "Sim/Não" a 14 questões aplicados a 618 indivíduos adultos, trabalhadores do Norte e Sul da Inglaterra. O objetivo consistia na medição do impacto das doenças de saúde oral em 3 dimensões dos indivíduos: física, social e psicológica. Deste estudo, concluiu-se que o impacto do incómodo era a fonte de insatisfação associada à saúde oral, afetando 50% dos indivíduos.

Em 1990, surge *"The Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)"* de autoria de Atchison e Dolan, que mede problemas funcionais, sociais e psicológicos associados às doenças orais de modo a minimizar os efeitos subjetivos da auto-percepção e ainda avaliar a eficácia do tratamento dentário. Este questionário foi aplicado em *Los Angeles* (EUA) a

1911 indivíduos adultos com idades superiores a 65 anos. Verificou-se que aqueles que apresentavam maior número de dentes naturais tinham menores dificuldades na alimentação e menor impacto a nível psicossocial. Quando se compararam os resultados dos indivíduos com dentição natural e indivíduos desdentados, a preocupação e insatisfação com aparência e comunicação revelou-se equivalente.

O estudo *“Dental Impact Profile”*, realizado por Strauss e Hunt em 1993, foi aplicado igualmente em população geriátrica. Contou com a participação de mais de mil idosos residentes no Estado da Carolina do Norte (EUA). Deste questionário com 25 questões, concluiu-se que 75% dos indivíduos não relatavam qualquer relação entre a utilização de dentes naturais ou próteses com o humor, apetite, vida social e realização de atividades diárias. No entanto, a aparência para os outros e para si mesmo, assim como, a alimentação mostrou ser importante na qualidade de vida nestes indivíduos.

Em 1994, o estudo de Locker e Miller, *“Subjective Oral Health Status Indicator”* foi realizado no Canadá com a finalidade de descrever os resultados biológicos, sociais e psicológicos das doenças orais. Inicialmente foi aplicado em idosos, mas versões abreviadas já foram aplicadas a adolescentes e jovens adultos quer no Canadá quer no Reino Unido. Este estudo baseou-se num modelo de doença oral cujas consequências estavam já previstas na Classificação Internacional de Doenças da OMS. Este estudo permitiu assim incorporar o conceito multidimensional das doenças orais e os indicadores conseguiram também estabelecer relações destas com a saúde e bem-estar dos indivíduos.

O estudo *“Dental Impact on daily living”* de Leao e Sheiham foi publicado em 1996 e foi aplicado a 662 indivíduos brasileiros com idades entre os 35 e 44 anos de idade. O objetivo era avaliar o impacto da saúde oral nas atividades diárias dos indivíduos. Os resultados revelaram que para este grupo de indivíduos, a aparência foi a dimensão mais mencionada, associada à má saúde oral.

Em 1996, o estudo *“Oral impacts on daily performance”*, realizado por Adulyanon, Vourapukjaru e Sheiham, foi conduzido na Tailândia numa população de 501 pessoas, com idades compreendidas entre 35 e 44 anos, pertencentes a comunidades com baixa

incidência de doença oral. Concluiu-se que as dinâmicas mais afetadas pela saúde oral foram a alimentação, a estabilidade emocional e o sorriso. Estes dados permitiram concluir que populações com baixa incidência de cáries sofrem impactos equivalentes relativos à Saúde oral comparativamente a populações que vivem em países industrializados e que têm pior condição de saúde oral (Adulyanon et al., 1996).

O estudo "*Oral Health Quality of life UK*", em 2000, visou a validação de um instrumento para medir o impacto da saúde oral na qualidade de vida no Reino Unido. Foi aplicado um questionário com 16 questões a 500 indivíduos adultos que incluiu várias dimensões num sistema de ponderação individualizada. Através deste estudo foi possível concluir que o indicador OHQoL-UK é uma medida válida e confiável, sendo possível fazer associações a fatores sociodemográficos e também a associações de autoavaliação do estado da saúde oral (McGrath & Bedi, 2003).

Um dos estudos mais relevantes para avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida foi desenvolvido por Slade e Spencer em 1994. Estes, atentos à realidade em que os resultados dos estudos clínico-epidemiológicos convencionais até então, não permitiam aceder às experiências de doença e de sofrimento dos indivíduos desenvolveram um modelo baseado no existente da OMS, adaptando-o para as especificidades da saúde oral. Assim, criaram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP).

Esta nova abordagem compreendia um questionário com 49 perguntas, aplicado a 122 adultos com idades superiores 60 anos, residentes em Adelaide, Austrália. O *OHIP* associava hierarquicamente as consequências da saúde oral de um nível biológico (dano) a um nível comportamental (limitação funcional, desconforto e incapacidade) e também ao nível social (Montero-martín et al. 2009; Slade 2012). Os resultados obtidos permitiram concluir que a limitação funcional e dor física foram as dimensões que mais afetaram esta população. O impacto psicológico e incapacidade física também condicionavam a condição de saúde oral destes indivíduos.

O *OHIP* relaciona a incapacidade com 3 dimensões das 7 propostas da OMS no modelo inicial: a social, a psicológica e física. Assim, rejeita a perceção de satisfação, as mudanças, prognóstico ou diagnósticos por uma simples autoanálise. Em alternativa, procura

determinar qual o impacto geral relativo à condição de saúde oral, em lugar de pesquisar consequências de episódios específicos (Slade, 1997).

O *OHIP* é assim um formulário com 49 declarações transformadas em questões que solicitam aos entrevistados dados de frequência de determinados eventos num período de referência, por exemplo, de 12 meses. Às 49 questões é atribuído um *score* que poderá ter no máximo 196 pontos ou em alternativa o *OHIP-49* pode ser avaliado por domínios. Os domínios analisados neste questionário são 7: Limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Para cada um deles são feitas 7 questões, perfazendo o total de 49. Esta metodologia pode ser aplicada em entrevista pessoal ou por telefone ou ainda pode ser preenchido pelo indivíduo inquirido (Motallebnejad et al. 2011; Pires 2009). Aos inquiridos é solicitado que assinalem na escala de 5 pontos de *Likert* a frequência com que experienciaram determinada condição para um período de tempo definido. Com a escala de resposta associada, as respostas podem ser: 1) “Frequentemente”, 2) “Bastante vezes”, 3) “Ocasionalmente”, 4) “Quase Nunca” e 5) “Nunca”. Adicionalmente podem utilizar a resposta “Não sei” em qualquer resposta. Às 3 perguntas relacionadas especificamente com a utilização de próteses dentárias pode ser respondido “Não Aplicável” se o inquirido não as utilizar. A pontuação é dada de acordo com a frequência sendo crescendo de 0 (“Nunca” ou “Não Aplicável”), a 1 (“Quase nunca”), a 2 (“Ocasionalmente”), a 3 (“Bastante Frequente”) e a 4 para “Muito Frequente”. Um dos critérios para anulação do resultado é ter mais de 9 questões sem resposta (Slade et al. 1997). As respostas são então analisadas segundo um ranking que já provou ter consistência intercultural em duas populações distintas do Canadá: comunidade francófona do Quebec e anglo-saxónica do Ontário (Slade, 1997).

Todos os impactos medidos no *OHIP* são por definição resultados desfavoráveis. É portanto uma medida “por defeito” (Slade, 1997). Os scores do *OHIP* mais elevados revelam pior saúde oral que pode ser traduzida em maior número de dentes perdidos, cariados ou obturados. Também podem ser reveladores das difíceis condições socioeconómicas dos indivíduos bem como, de baixo acesso a cuidados de saúde dentários (Slade, 1997).

Vários estudos que utilizaram esta metodologia decorreram em localizações geográficas distintas (Austrália, Estados Unidos e Canadá). Estes estudos mostraram que os resultados do impacto da saúde oral são influenciados pelas condicionantes culturais e sociais. Paralelamente, os resultados demonstram que este indicador pode ser usado para quantificar o impacto da saúde oral no bem-estar geral do indivíduo (Slade, 1997). Para além disso, provam que esta ferramenta, que mede a disfunção, desconforto e incapacidade, tem associação consistente com os dados clínicos das populações. É, assim, um complemento importante aos estudos epidemiológicos tradicionais, porquanto os complementa com os impactos da saúde oral sentidos pelas populações e com a eficácia dos serviços de saúde para reduzir esse mesmo impacto.

Este modelo de avaliação já gerou diferentes versões de acordo com os países onde foi aplicado. Japão, Suécia, Itália, Hungria e Brasil são países que já validaram o *OHIP-49*. Tem sido também empregue em estudos clínicos transversais e foi também utilizado num estudo observacional longitudinal tendo sido também usado como indicador em estudos de próteses dentárias e implantes em indivíduos adultos (Pires, 2009).

Apesar de ser uma ferramenta de avaliação do impacto da saúde oral muito importante, é considerada bastante extensa condicionando a sua aplicabilidade.

Para contornar esta problemática, o *OHIP-49* deu origem a uma versão mais curta, também desenvolvida por Slade, em 1997, contendo apenas 14 questões, sendo designada por *OHIP-14* tendo sido validada numa população de idosos na Austrália (Slade, 1997).

O *OHIP-14* permite igualmente a inclusão das 7 dimensões do impacto oral: limitação funcional, dor, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. Para cada uma das dimensões são feitas 2 questões. As respostas seguem também a escala de *Likert* acima descrita (tal como para o *OHIP-49*). Tal como a versão original, quanto maior o resultado, maior o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos (Pinto, 2009).

As dúvidas relativas ao encurtamento do questionário e a sua implicação na validade foram clarificadas em alguns estudos que compararam ambas as versões, e onde foi

demonstrada validade equivalente. Para além de que, a versão mais curta, reduzia o tempo de resposta, facilitando a sua aplicação, assumindo-se como uma ferramenta para análise estatística que mede o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos. Por ser mais fácil e rápido, tem mostrado ser fiável, robusto com consistência intercultural adequada tendo sido aplicado no Reino Unido, e adaptado para diferentes países e línguas (Sri Lanka, Israel, Itália, Malásia, Brasil, China, Alemanha, Irão, Grécia, Espanha e Portugal (Monero-martín et al., 2009; Pires, 2009; Cohen-carneiroi et al., 2010; Motallebnejad et al., 2011). Para além desta vantagem, o *OHIP-14* apresenta uma linguagem mais simples que é compreensível por pessoas de diferentes classes sociais (Motallebnejad et al., 2011). Esta ferramenta tem sido considerada um indicador de excelência, já que permite avaliar os problemas em termos de frequência, como de gravidade. Uma das características mais pertinentes do *OHIP-14* é a importância relativa dada a cada problema através do *score*, muito embora alguns estudos demonstraram que como a relevância é fixada por um conjunto de peritos e não pelos inquiridos, há um enviesamento de subjetividade na atribuição do grau de gravidade. No entanto, também se concluiu que *OHIP-14* tem boa performance na avaliação psicométrica mesmo quando não foi aplicado qualquer *score* às respostas.

Todas estas razões fazem do *OHIP-14* o questionário mais utilizado tanto em estudos clínicos observacionais transversais, como em estudos clínicos longitudinais relacionados com diversos âmbitos da saúde oral, como o uso de próteses dentárias, doença periodontal, entre outras. Tal como o *OHIP-49*, inicialmente foi aplicado a populações de indivíduos idosos mas já foram feitos estudos em populações de outras faixas etárias (Pires, 2009; Mendez et al., 2013; Guerra et al., 2014).

A noção de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde tem-se tornado relevante ao nível da saúde oral, cuja pertinência é reconhecida através da expressão QdVRSO. Deste modo, constitui-se como um relevante domínio a ser tido em conta quer quando se avalia o impacto das doenças orais em diferentes populações ou grupos, quer quando se orienta a decisão terapêutica e se avalia a eficácia das intervenções que tenham como objetivo melhorar a saúde oral (Lopez & Baelum, 2006).

As consequências negativas resultantes da patologia oral e maxilofacial parecem ser frequentemente determinantes na auto e heteroavaliação da saúde em geral, com impacto na Qualidade de Vida dos indivíduos (Silva, Meneses & Silveira, 2012). De acordo com os mesmos autores, o Departamento da Saúde e Serviços Humanos Americano enfatizam a importância da Qualidade de Vida para a saúde oral, na medida em que os problemas de saúde oral podem ter como consequência a dor e o sofrimento desnecessários, acarretando complicações assoladoras para o bem-estar do indivíduo, com custos financeiros e sociais que reduzem significativamente a sua Qualidade de Vida. Apesar de as doenças orais mais frequentes não serem fatais, podem ter um impacto psicossocial muito negativo, afetando a Qualidade de Vida dos indivíduos (Silva, Meneses & Silveira, 2012).

Existe uma elevada variabilidade na frequência do impacto da saúde oral na Qualidade de Vida, sendo a maioria dos estudos realizada em amostras de idosos, com maior percentagem de impacto entre os edêntulos. A perda dentária e a idade, associadas, estão relacionadas com um elevado impacto na maioria dos estudos (Alves & Gonçalves, 2009).

O impacto das doenças orais na vida diária dos indivíduos é subtil, todavia, a sua influência é bem real e faz-se sentir nas suas necessidades mais básicas, resultando, muitas vezes, na alteração dos papéis sociais (Bica et al., 2014). A prevalência e a recorrência dessas doenças na vida das pessoas constituem uma “epidemia silenciosa” (Direção-Geral da Saúde, 2011, p. 9). Deste modo, a investigação em saúde tem vindo a preocupar-se significativamente com a avaliação da Qualidade de Vida, em decorrência da necessidade de evidenciar o peso que as doenças orais têm na saúde física e psicológica dos indivíduos (Bica et al., 2014).

Avaliar os determinantes de saúde que afetam a Saúde oral e a Qualidade de Vida tem assumido uma grande importância para se poderem estabelecer políticas de diminuição do risco e de promoção da saúde (Direção-Geral da Saúde, 2008).

Face a esta problemática, vários têm sido os estudos que procuram avaliar a QdVRSO, inclusive, em amostras de crianças, como forma de sustentar decisões, quer

relativamente à gestão de recursos, quer no estabelecimento de prioridades e estratégias nos cuidados de saúde oral, quer, ainda, na implementação e na promoção da saúde, numa perspetiva global de saúde, desde idades precoces. Neste âmbito, dá-se como exemplo o estudo de Bica et al. (2014), que procurou avaliar a perceção dos pais sobre a QdVRSO das crianças em idade pré-escolar. Contou com uma amostra de 412 pais/educadores de crianças, com idades compreendidas entre os 3 e 6 anos, a frequentar jardins-de-infância do distrito de Viseu. Este estudo apurou que 47,5% das crianças apresentam bons hábitos de higiene oral; 31,9% fracos e 20,6% razoáveis. A QdVRSO é influenciada pela idade da criança; pela sua preferência alimentar; pelo estado de saúde geral e oral; pela abordagem da saúde e higiene oral realizada pelo enfermeiro; pela observação da boca e dentes das crianças pelos pais; pela consulta no dentista e pela presença de cáries dentárias. Bica et al. (2014) concluíram que quanto maior o impacto dos problemas orais, pior é a QdVRSO das crianças e, sendo assim, é de primordial importância desenvolver ações de educação para a saúde oral.

Alves e Gonçalves (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a perceção dos adolescentes, com idades compreendidas entre os 11 e os 14 anos, sobre a sua saúde oral e o impacto desta na Qualidade de Vida. Aplicaram um questionário sobre a perceção que os impactos orais tem no quotidiano. As autoras verificaram que 97% dos adolescentes referiram uma experiência de sintomas orais nos últimos 3 meses, 94% mencionou limitações funcionais, 78% relataram o domínio bem-estar emocional e 71% referiram o bem-estar social. A população estudada apresentou um grande impacto da saúde oral no seu dia-a-dia, nomeadamente as “Limitações Funcionais” e os “Sintomas Oraís”. São exemplo disso duas questões cuja média de resposta foi mais alta: “Respirares pela boca”, pertencente ao domínio “Limitações funcionais” e “Restos de alimentos presos dentro ou entre os teus dentes”, incluída no domínio “Sintomas orais”. Os adolescentes na faixa etária dos 11-12 anos atribuíram um maior impacto da Saúde oral na Qualidade de Vida em relação aos adolescentes com idade compreendida entre os 13-14 anos.

Alves e Gonçalves (2009) salientam que os adolescentes já revelam uma consciencialização da importância da saúde oral no seu quotidiano. Estudos realizados em indivíduos de idades mais avançadas demonstram que, com o avançar da idade, a

percepção sobre o impacto da saúde oral na Qualidade de Vida aumenta, e o aumento da prevalência das patologias orais com o aumento da idade é uma das causas desta evolução de consciencialização (Oliveira, 2007). Existem outros fatores como a condição social e os aspetos comportamentais, ou seja, pior condição social está relacionada com menor acesso de medidas de controlo, de prevenção e de tratamento das morbilidades, tendo como consequência piores condições de saúde (Jokovic et al., 2002).

Faz-se também referência ao estudo de Lopes (2012), que objetivou conhecer os comportamentos, atitudes e motivações de crianças e adolescentes relativamente à saúde oral. A amostra é constituída por 224 participantes de escolas do distrito de Viseu, com idades compreendidas entre os 8 e os 16 anos, maioritariamente residentes em meio rural. Ao nível da saúde oral autoavaliada, as respostas distribuem-se particularmente pela categoria 'boa' (44.2%) e 'razoável' (40.6%). Quase a totalidade dos adolescentes já foram alguma vez ao dentista e, nos últimos 12 meses, o principal motivo para o fazerem foi a prevenção, contudo, 48.5% recorreram ao médico dentista para tratamentos ou devido a dor de dentes. Somente 14.8% recorreram aos serviços públicos. Os adolescentes consideram-se informados sobre a saúde oral, todavia, 46% ignoram o efeito da ingestão de alimentos sobre a saúde oral. Neste âmbito, ressalva-se a importância da prevenção primária como uma forma excepcional para a obtenção de ganhos em saúde. Por conseguinte, a prevenção primária deve ser impulsionada, porém, não chega informar. É necessário compreender quais são as motivações dos indivíduos de modo a poder-se estimular estilos de vida saudáveis. No caso concreto da saúde oral, a prevenção é manifestamente útil, sendo indispensável intervir na infância e na adolescência (Lopes, 2012).

Estudos recentes indicam que há períodos socialmente críticos ao longo da vida, com particular importância na avaliação do estado de saúde a longo prazo. O primeiro período identificado é o início da adolescência (Brukiene & Aleksejuniene, 2010) e sabe-se que padrões de comportamento, nomeadamente a frequência de escovagem, o tabagismo e hábitos alimentares são estabelecidos durante esta fase (Brukiene & Aleksejuniene, 2010; Currie, 2012). É na adolescência que se podem adquirir conhecimentos que possibilitem

ter atitudes e comportamentos positivos que persistirão no futuro, representando um momento fundamental para a promoção da saúde (Davoglio, 2009).

Todavia, importa ressaltar que o impacto da saúde oral assume cada vez mais relevância perante o envelhecimento da população, influenciando negativamente a Qualidade De vida. Assim, com o comprometimento da saúde oral, o idoso altera os seus comportamentos, tendo vários estudos reforçado que a saúde oral e a literacia têm impacto na Qualidade de Vida em idosos (Cohen-Carneiro et al., 2011; Cunha et al., 2014; Dahl et al., 2011; Haikal et al., 2011).

A avaliação da saúde oral dos idosos, sobretudo dos mais vulneráveis ao nível de literacia e de condições socioeconómicas, tem vindo a assumir evidência científica e social, o que se deve à premente necessidade de se suportar programas promotores de saúde bucal e da Qualidade de Vida (Cohen-Carneiro et al., 2011; Cunha et al., 2014).

Neste contexto faz-se referência ao estudo de Dahl et al. (2011) que investigaram se a auto-perceção e a satisfação da saúde oral estão relacionadas com a Qualidade de Vida. Os seus resultados demonstram que a saúde oral afeta a qualidade de vida, na medida em que os idosos que têm menor número de dentes naturais relatam baixa Qualidade de Vida. Encontraram uma baixa relação entre a perceção da saúde oral e a Qualidade de Vida. Por sua vez, Tsakos et al. (2011) procuraram estudar a possível associação entre o nível socioeconómico e os resultados de saúde oral em idosos ingleses, tendo, deste modo, concluído que existe uma associação inversamente proporcional entre o nível socioeconómico e o estado de saúde oral, na medida em que os participantes edêntulos demonstraram pior nível socioeconómico. O baixo nível socioeconómico está igualmente relacionado aos idosos que menos recorrem a cuidados de saúde oral. Quanto ao impacto odontológico, o mesmo afetou mais os idosos que têm dentes naturais comparativamente aos edêntulos.

No mesmo âmbito, Silva et al. (2011) avaliaram a saúde oral através do *Oral Health Assessment Index* (GOHAI), tendo concluído que 17.2% dos idosos tinham um número de dentes superior a 20. Constataram igualmente melhor perceção de saúde oral nos idosos que utilizavam próteses dentárias e nos que possuíam uma dentição funcional. A perda

de dentes e problemas na mucosa oral estavam negativamente relacionados com a nutrição, impacto social e aparência, com interferência na sua Qualidade de Vida.

Ainda no que se refere ao impacto da saúde oral na Qualidade de Vida dos idosos, Martins et al. (2011) estudaram 498 idosos, com o objetivo de verificarem a relação entre a percepção da saúde oral e a sua relação com o nível sociodemográfico. Para tal, aplicaram um questionário estruturado que valorizava os dados sociodemográficos, o historial de saúde e as auto-percepções de saúde. Os resultados apontaram para a existência de uma relação entre a auto-percepção e o nível sociodemográfico, pois os idosos que viviam em meio rural apresentavam menos probabilidade de descrever uma auto-percepção positiva em relação à sua saúde oral comparativamente aos idosos residentes em meio urbano e com elevado nível socioeconómico.

Faz-se igualmente referência à revisão sistemática da literatura realizada por Cunha et al. (2014), que teve como objetivo explorar o impacto da saúde oral e da literacia na qualidade de vida dos idosos. O *corpus* do estudo foi composto por 11 estudos primários, os quais revelam que a baixa literacia e a perda de dentes se relacionam diretamente a uma baixa qualidade de vida. Ficou demonstrado que a literacia e o edentulismo influenciam negativamente a saúde oral, ou seja, os idosos com menor escolaridade e com perda de dentes apresentam pior qualidade de vida. Desta feita, Cunha et al. (2014) argumentam que a literacia e o estado de saúde oral têm de ser considerados na prática clínica, educacional e investigativa, como meio de promoção da Qualidade de Vida dos idosos.

Vários autores sugerem que, quando se procura avaliar a Qualidade de Vida, os idosos, por norma, comparam as suas expectativas, experiências e, muitas vezes, assumem como normal e até aceitável para uma idade mais avançada ter uma saúde oral precária (Dahl et al., 2011; Haikal et al., 2011). Todavia, esta auto-percepção positiva acaba por ter efeitos significativamente negativos na saúde do idoso porquanto as alterações na cavidade oral podem dificultar a alimentação e a fala. Assim sendo, uma saúde oral comprometida converge para o surgimento de distúrbios alimentares e má nutrição, podendo também

deixar o idoso mais suscetível à infecção e à perda dos contactos sociais, reduzindo a sua confiança e o prazer de viver (Silva et al., 2011; Souza et al., 2010).

Lacerda et al. (2008) realizaram um estudo com 622 adultos na faixa etária dos 35 aos 44 anos de idade, com o objetivo de analisarem a relação entre a saúde oral e a Qualidade de Vida. Verificaram que há influência dos hábitos de saúde oral, visita ao dentista, autoavaliação da saúde e características sociodemográficas nesse processo. Baixa saúde oral está associada a baixos níveis socioeconómicos, com influência direta na Qualidade de Vida. Os autores apuram que a perceção que as pessoas têm da sua saúde oral é preditora de Qualidade de Vida. Argumentam, assim, que as debilidades na saúde oral e os sintomas dolorosos na região orofacial aumentam a perspicácia dos indivíduos quanto às dificuldades do desempenho diário.

Silva (2013) realizou um estudo cujo objetivo foi avaliar o impacto da saúde oral na Qualidade de Vida em adultos de diferentes níveis socioeconómicos. Tratou-se de um estudo transversal realizado em adultos na faixa etária dos 35 aos 59 anos, tendo sido aplicado o questionário *Oral Health Profile Impact* (OHIP-14). Os resultados do estudo demonstraram que o grupo dos adultos do nível socioeconómico baixo apresentou maior impacto negativo da Saúde oral na Qualidade de Vida (76,6%), quando comparado com o grupo dos adultos com um nível socioeconómico alto (23,4%). O grupo de participantes com um nível socioeconómico baixo apresentou maior impacto em 4 dimensões: limitação física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social, bem como gravidade em todas as dimensões com exceção da limitação física. Os adultos dos níveis socioeconómicos baixos e altos relataram impacto negativo da Saúde oral na Qualidade de Vida.

Os estudos supramencionados sugerem que a saúde oral é uma componente da saúde geral e um elemento fundamental para a Qualidade de Vida da população em geral, independentemente da faixa etária. Revelam também que a saúde e o desenvolvimento socioeconómico são dois conceitos que estão interligados. Não há saúde sem desenvolvimento e nem desenvolvimento sem saúde (Direção-geral da Saúde, 2014).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Método

No decorrer deste capítulo serão descritos e apresentados um conjunto de procedimentos metodológicos adotados, ferramentas reconhecidas como necessárias e facilitadoras na procura da solução às questões de investigação formuladas.

1.1. Questão de investigação

Atendendo ao tema em estudo, formularam-se as questões de investigação, às quais este estudo pretende responder:

- De que modo as variáveis sociodemográficas interferem na QdVRSO?
- As variáveis de contexto de hábitos tabágicos e de consumo de álcool influenciam a QdVRSO?
- De que modo as variáveis de hábitos de higiene oral influenciam a QdVRSO?

1.2. Objetivos

Decorrente da questão de investigação formulada, a presente investigação tem como objetivos:

- Verificar de que modo as variáveis sociodemográficas (género, idade, escolaridade, zona de residência, profissão de risco) interferem na QdVRSO;
- Averiguar se os hábitos tabágicos e os hábitos etílicos influenciam a QdVRSO;
- Verificar se os hábitos de higiene oral, nomeadamente a realização de escovagem, influenciam a QdVRSO.

1.3. Tipo de estudo e desenho de investigação

O estudo desenvolvido segue o método da análise quantitativa, uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação. Enquadra-se no tipo de investigação não-experimental. É um estudo transversal, descritivo, analítico e correlacional uma vez que se pretende, para além da análise e descrição das relações entre as variáveis, analisar e explicar a relação entre as mesmas (Coutinho, 2014).

A construção do quadro teórico e a articulação das variáveis (independente e dependente) em estudo é projetada num modelo de representação esquemática (cf. figura 5)

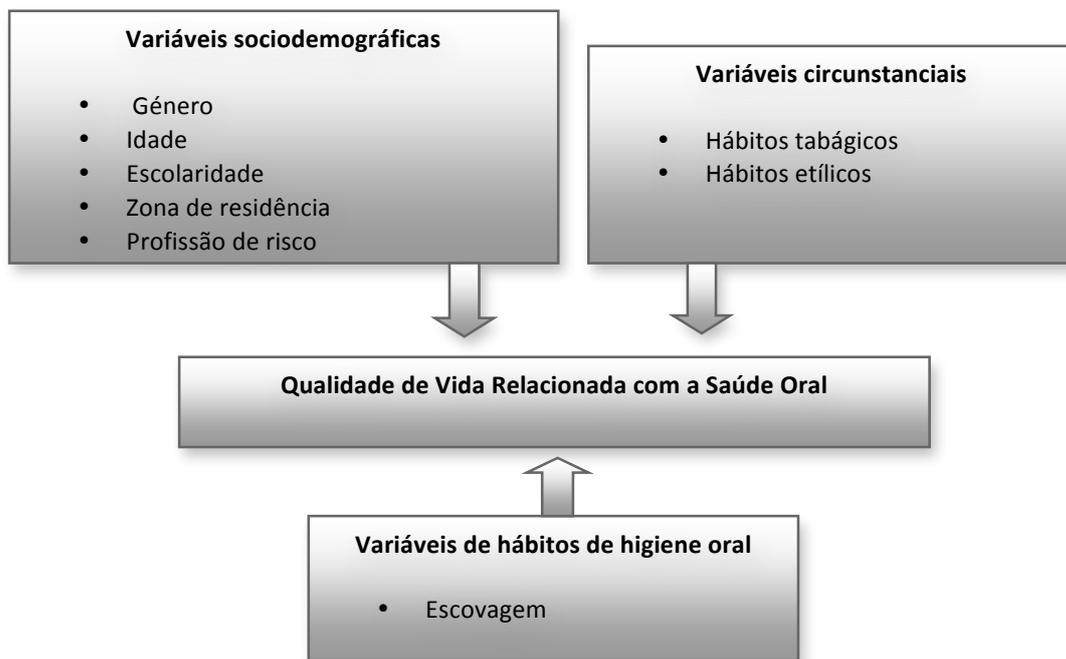


Figura 5 – Esquema conceptual de base da relação prevista entre as variáveis

1.4. Participantes

Para o estudo, optou-se por uma amostragem do tipo não probabilística por conveniência, sendo constituída por 1363 indivíduos de ambos os géneros.

1.5. Instrumentos de medição

O instrumento de recolha de dados utilizado é constituído por um questionário sociodemográfico, onde constam as seguintes questões: género, idade, zona de residência, nível de formação académica. Contém também questões relacionadas com os fatores de risco: profissão de risco, hábitos tabágicos, hábitos etílicos e hábitos de higiene oral. Foi utilizado também o questionário OHIP-14 cuja análise das respostas obtidas nas suas questões possibilita analisar sete dimensões diferentes, nomeadamente: a limitação funcional, a incapacidade física, o desconforto psicológico, o desconforto físico, a incapacidade física, a incapacidade social e a desvantagem (*handicap*).

No caso do OHIP-14 existem duas perguntas relacionadas com cada uma das diferentes dimensões.

O questionário foi aplicado através do autopreenchimento por cada pessoa, a quem foi explicado o objetivo do questionário. O questionário foi preenchido de forma voluntária.

O questionário apresentado foi o OHIP-14 + 1. A resposta para as 14 questões era dada através de uma escala de 5 valores + 1, em que a 1 correspondia “quase sempre”, a 2 “muitas vezes”, a 3 “às vezes”, a 4 “quase nunca”, a 5 “nunca” e ao valor 6 a resposta correspondente era “não sei”. Existia uma pergunta 15, para que a pessoa autoavaliasse como classificava a sua QdVRSO, a resposta a esta pergunta foi dada através do posicionamento de uma cruz sobre uma escala métrica de 10 centímetros de comprimento, onde o extremo esquerdo correspondia a péssimo e o extremo direito a

excelente. A resposta à pergunta foi avaliada através da medição do ponto assinalado e convertida num valor que podia variar entre zero e cem.

1.6. Análise dos dados

Para a análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva e a estatística analítica ou inferencial. A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medianas e desvio padrão.

Na estatística inferencial usaram-se testes não paramétricos, nomeadamente o teste de U-Mann Whitney (UMW) para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes. Recorremos igualmente ao teste de Kruskal Wallis - para comparação de médias de uma variável quantitativa em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (Pestana & Gageiro, 2014).

Optou-se por aplicar os testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal da variável dependente. Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors verificou-se que a distribuição de dados referentes à variável dependente (QdVRSO), não se encontram enquadrados na normalidade em todas as suas dimensões e no global ($p=0,000$).

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância:

$p < 0,05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0,001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0,05$ n.s. – diferença estatística não significativa

O tratamento estatístico foi processado através dos programas SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21 de 2012 para Windows.

De seguida apresentam-se os resultados, tendo em conta a estatística descritiva e inferencial.

2. Resultados

A finalidade deste capítulo é descrever e explicar o fenómeno em estudo através da descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos no trabalho de campo realizado. Assim, o processo de análise dos dados está estruturado de modo a poder dar-se resposta às questões de investigação e subsequentes objetivos, pelo que se consideraram dois subcapítulos. No primeiro far-se-á a análise descritiva onde se descrevem os aspetos gerais da amostra relacionados com as diferentes variáveis em estudo; no segundo far-se-á a análise inferencial.

2.1. Análise descritiva

Caracterização da amostra

Para facilitar a observação dos dados, os géneros foram codificados em 1 – feminino e 2 – masculino. Também as idades foram codificadas em 5 grupos etários com as seguintes distribuições: 6-10 anos; 11-20 anos; 21-40 anos; 41-60 anos e >60 anos. A distribuição dos participantes incluídos no estudo, segundo o género e o grupo etário, está representada nas tabelas 1 e 2.

Importa ressaltar que em algumas situações não aparecem os dados relativos aos 1363 participantes.

De acordo com a análise dos resultados apresentados na Tabela 1, verifica-se que 56.2% dos participantes são do género feminino.

Tabela 1 – Distribuição da amostra em função do género

Género	n	%
Feminino	766	56,2
Masculino	597	43,8
Total	1363	100,0

A análise dos resultados expostos na Tabela 2 revela que a maioria dos participantes (40.6%) possui entre 11-20 anos de idade e com menor representatividade (9.5%) encontram-se os participantes com mais idade (>60 anos). Deste modo, pode dizer-se que a média de idade é de 24.59 (dp.=20.00), com o mínimo de 6 anos e um máximo de 93 anos.

Tabela 2 – Distribuição da amostra em função da idade

Idade	n	%	M	Dp.	Mín.	Máx.
6-10 anos	301	22,1				
11-20 anos	553	40,6				
21-40 anos	209	15,3	24,59	19,977	6	93
41-60 anos	170	12,5				
>60 anos	130	9,5				
Total	1363	100,0				

Os resultados apresentados na Tabela 3 indicam que 122 participantes não responderam à questão. Assim, dos 1241 respondentes a grande maioria tem o ensino básico (85.1%), sendo inferior a percentagem de participantes com o ensino superior (1.6%).

Tabela 3 – Distribuição da amostra em função da escolaridade

Escolaridade	n	% válida
Ensino básico	1056	85,1
Ensino secundário	165	13,3
Ensino superior	20	1,6
Total	1241	100,0

Quanto à zona de residência, começa-se por referir que 161 sujeitos da amostra não responderam à questão, tendo a amostra ficado constituída por 1202 participantes, dos quais sobressaem os que residem em meio urbano (38.9%), secundados pelos residentes em meio rural (36.6%) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra em função da zona de residência

Zona de residência	n	% válida
Urbana	467	38,9
Suburbana	295	24,5
Rural	440	36,6
Total	1202	100,0

Em relação à profissão de risco, dos 1199 participantes que responderam a esta questão, mais de metade da amostra (91.7%) não a possui (cf. Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra em função da profissão de risco

Profissão de risco	n	% válida
Não	1099	91,7
Sim	100	8,3
Total	1199	100,0

Hábitos de saúde

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 6, infere-se que dos 1200 participantes que responderam a esta questão, a grande maioria (80.3%) não tem hábitos tabágicos, enquanto 19.8% são fumadores, fumando uma média de 8.87 (dp.=9.0) cigarros por dia, com um mínimo de 1 e um máximo de 50 cigarros fumados por dia.

Tabela 6 – Distribuição da amostra em função de hábitos tabágicos

Ser fumador	n	% válida	M	Dp	Min.	Máx.
Não	963	80,3				
Sim	237	19,8	8,97	9,047	1	50
Total	1200	100,0				

Como se pode observar na Tabela 7 apenas 6.7% dos participantes admitem ser ex fumadores, registando-se um mínimo de 1 ano e um máximo de 56 anos de abstinência, com uma média a rondar os 12.68 anos (dp.=13.0).

Tabela 7 – Distribuição da amostra em função de ser ex fumador

Ser ex fumador	n	% válida	M	Dp	Min.	Máx.
Não	1048	93,3				
Sim	75	6,7	12,68	12,530	1	56
Total	1123	100,0				

Através da análise dos resultados apresentados na Tabela 8, infere-se que a maioria da amostra (92.7%) não tem hábitos etílicos. Regista-se um mínimo de 1 ano e um máximo de 77 anos de hábitos etílicos, correspondendo-lhe uma média de 23.57 anos (dp.=30.00) de consumo de álcool.

Tabela 8 – Distribuição da amostra em função de hábitos etílicos

Hábitos etílicos	n	% válida	M	Dp	Min.	Máx.
Não	1114	92,7				
Sim	88	7,3	23,57	20,516	1	77
Total	1202	100,0				

Os resultados indicam que houve resposta a esta questão por parte de 1195 participantes, dos quais 77.9% admitem não estar sujeitos a exposição solar excessiva (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição da amostra em função da exposição solar excessiva

Exposição solar excessiva	n	%	% válida
Não	931	68,3	77,9
Sim	264	19,4	22,1
Total	1195	87,7	100,0

No que se refere à distribuição da amostra em função dos hábitos parafuncionais de risco, começa-se por dizer que, dos 1201 participantes que responderam à questão, a grande maioria não tem os referidos hábitos (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Distribuição da amostra em função dos hábitos parafuncionais de risco

Hábitos parafuncionais de risco	n	% válida
Não	766	63,8
Sim	435	36,2
Total	1201	100,0

Através da análise dos dados relativos às 7 dimensões da QdVRSO, infere-se valores médios elevados, a que corresponde ausência generalizada de problemas relativos à saúde oral. As médias mais elevadas correspondem à incapacidade social (M=4.39, dp.=1.024), seguindo-se a desvantagem (M=4.29, dp.=1.114) e a limitação funcional (M=4.11, dp.=1.154), a média mais baixa encontra-se na incapacidade física (M=3.42, dp.=1.373), sugerindo que os participantes revelam algum impacto da incapacidade física na qualidade de vida (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Estatísticas relativas à QdVRSO

Comportamentos hostis	N	Min.	Max.	M	DP
Limitação funcional	544	1,00	5,00	4,11	1,154
Incapacidade física	556	1,00	5,00	3,42	1,240
Desconforto psicológico	512	1,00	5,00	3,71	1,373
Desconforto físico	520	1,00	5,00	3,98	1,238
Incapacidade psicológica	534	1,00	5,00	3,93	1,286
Incapacidade social	526	1,00	5,00	4,39	1,024
Desvantagem (<i>handicap</i>)	526	1,00	5,00	4,29	1,114

2.2. Análise inferencial

Efetuada a análise descritiva procede-se seguidamente à análise inferencial, procurando dar resposta às questões de investigação.

Q1 - De que modo as variáveis sociodemográficas interferem na QdVRSO?

Os resultados apresentados na Tabela 12 indicam que não se registam diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da QdVRSO. Todavia, na globalidade, e em termos de média aritmética, são os participantes do género masculino os que apresentam valores de ordenação média mais elevados, à exceção da limitação funcional, onde pontuaram mais os participantes do género feminino, bem como na incapacidade social, onde também o valor médio é mais elevado para os sujeitos da amostra do género feminino.

Tabela 12 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre o género e a QdVRSO

QdVRSO	Género	Feminino	Masculino	UMW	p
		OM	OM		
Limitação funcional		275,09	268,99	35340,500	0,633
Incapacidade física		277,84	279,39	37549,000	0,909
Desconforto psicológico		254,29	259,56	31270,500	0,681
Desconforto físico		253,03	270,84	30663,000	0,158
Incapacidade psicológica		262,87	273,85	33333,000	0,391
Incapacidade social		264,40	262,28	33512,500	0,855
Desvantagem (<i>handicap</i>)		263,17	263,95	33644,500	0,947

Procurou-se saber se a idade interfere na QdVRSO, do que se infere que são os participantes com idade entre os 6-10 anos os que apresentam menos limitação funcional, seguidos dos que possuem mais de 60 anos. São também os participantes mais novos os que revelam mais ausência de incapacidade física, secundados pelos que se situam na faixa etária dos 11-20 anos. Em termos de desconforto psicológico, a média mais elevada recaiu nos sujeitos da amostra com mais idade, seguidos dos mais novos,

que também são os que revelam mais ausência de desconforto físico, bem como os que têm idade compreendida entre os 11-20 anos. Do mesmo modo, é no grupo de inquiridos mais novos (6-10 anos) onde se registam os valores de ordenação média mais elevados em termos de incapacidade social e desvantagem (*handicap*), secundados pelos que possuem mais idade. Importa referir que são os participantes na faixa etária dos 21-40 anos os que revelam mais presença de problemas relativos à saúde oral, secundados pelos que têm idade compreendida entre os 41-60 anos. Registam-se diferenças estatisticamente significativas na incapacidade psicológica ($X^2=10,114$; $p=0,039$), na incapacidade social ($X^2=11,381$; $p=0,023$) e na desvantagem (*handicap*) ($X^2=10,824$; $p=0,029$), sugerindo que a idade interfere na QdVRSO, tendo em conta as referidas dimensões (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a idade e a QdVRSO

QdVRSO	Idade	6-10 anos	11-20 anos	21-40 anos	41-60 anos	>60 anos	X^2	p
	OM	OM	OM	OM	OM			
Limitação funcional		289,63	274,87	258,05	269,13	289,35	3,523	0,474
Incapacidade física		290,43	291,29	275,46	263,46	266,07	2,795	0,593
Desconforto psicológico		279,64	251,11	243,90	247,87	284,76	5,916	0,206
Desconforto físico		292,42	263,56	249,53	248,67	249,43	6,945	0,139
Incapacidade psicológica		304,71	257,85	253,30	256,77	291,69	10,114	0,039
Incapacidade social		300,85	253,26	255,41	247,87	281,12	11,381	0,023
Desvantagem (<i>handicap</i>)		298,05	247,72	255,64	253,49	289,05	10,824	0,029

A Tabela 14 reporta-se aos resultados da QdVRSO em função da escolaridade, donde se extrai que são os participantes com o ensino superior os que revelam mais ausência de problemas relacionados com a saúde oral, na medida em que, na globalidade, os valores de ordenação média são mais elevados, contrariamente aos que têm o ensino secundário, onde se registam os valores de ordenação média mais baixos, correspondendo a menor QdVRSO. Ressalva-se que se registam relevâncias estatísticas no desconforto psicológico ($X^2=6,818$; $p=0,033$), na incapacidade psicológica ($X^2=6,972$; $p=0,031$) e na desvantagem (*handicap*) ($X^2=6,473$; $p=0,039$).

Tabela 14 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a escolaridade e a QdVRSO

QdVRSO	Escolaridade			χ^2	p
	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior		
	OM	OM	OM		
Limitação funcional	224,60	193,05	234,33	5,118	0,077
Incapacidade física	227,06	195,74	251,92	5,011	0,082
Desconforto psicológico	208,72	172,03	218,46	6,818	0,033
Desconforto físico	207,52	188,78	241,92	3,080	0,214
Incapacidade psicológica	218,28	185,59	257,50	6,972	0,031
Incapacidade social	212,67	189,40	249,96	5,257	0,072
Desvantagem (<i>handicap</i>)	214,63	183,56	236,50	6,473	0,039

Analisando-se os resultados apresentados na Tabela 15, constata-se que são os participantes residentes em zona suburbana os que, na globalidade, apresentam pior QdVRSO, à exceção da incapacidade física, onde são os sujeitos da amostra a residir em meio urbano que revelam uma média inferior, o que sugere pior qualidade de vida relacionada com a saúde oral nesta dimensão. Os valores de ordenação média mais elevados encontram-se no grupo de participantes residentes em meio rural, o que sugere que são estes os que manifestam mais ausência de problemas relacionados com a saúde oral, equivalendo a melhor QdVRSO. Verifica-se a presença de diferenças estatisticamente significativa no desconforto psicológico ($\chi^2=9,820$; $p=0,007$) e na incapacidade psicológica ($\chi^2=10,380$; $p=0,006$).

Tabela 15 – Teste Kruskal-Wallis para diferença de médias entre a zona de residência e a QdVRSO

Zona de residência QdVRSO	Urbana	Suburbana	Rural	χ^2	p
	OM	OM	OM		
Limitação funcional	196,87	188,35	208,18	1,761	0,415
Incapacidade física	191,66	193,11	222,90	4,290	0,117
Desconforto psicológico	177,23	166,04	211,70	9,820	0,007
Desconforto físico	178,83	175,56	202,91	3,794	0,150
Incapacidade psicológica	183,08	181,39	226,77	10,380	0,006
Incapacidade social	185,28	183,29	204,58	2,676	0,262
Desvantagem (<i>handicap</i>)	182,74	180,67	210,67	5,078	0,079

Os resultados da aplicação do Teste U de Mann-Whitney indicam que são os participantes que não têm profissão de risco os que manifestam melhor QdVRSO, atendendo ao facto de ser neste grupo que se registam os valores de ordenação média mais elevados. Note-se que o valor mais elevado recaiu na incapacidade física, onde se regista relevância estatística ($p=0,041$), bem como há diferenças estatisticamente significativa na incapacidade social ($p=0,046$) (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre a profissão de risco e a QdVRSO

QdVRSO	Profissão de risco	Não	Sim	UMW	p
		OM	OM		
Limitação funcional		196,48	180,48	8998,500	0,286
Incapacidade física		202,02	170,22	8600,500	0,041
Desconforto psicológico		178,33	176,16	8027,500	0,883
Desconforto físico		182,62	171,61	7664,500	0,457
Incapacidade psicológica		192,52	173,18	8447,500	0,192
Incapacidade social		191,17	164,35	7821,500	0,046
Desvantagem (<i>handicap</i>)		188,73	171,25	8221,500	0,205

Q2 - As variáveis de contexto de hábitos tabágicos e de consumo de álcool influenciam a QdVRSO?

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 17, pode afirmar-se que são os participantes que não têm hábitos tabágicos os que revelam melhor QdVRSO, uma vez que os valores de ordenação média são mais elevados, com destaque para a ausência de menor limitação funcional, incapacidade física e psicológica, contrariamente aos

participantes que têm hábitos tabágicos. Refere-se que apenas não se regista relevância estatística na incapacidade física e no desconforto psicológico, com um valor de $p > 0,05$.

Tabela 17 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre os hábitos tabágicos e a QdVRSO

QdVRSO	Hábitos tabágicos	Não	Sim	UMW	p
		OM	OM		
Limitação funcional		204,88	177,49	15212,500	0,015
Incapacidade física		204,36	186,22	16572,500	0,121
Desconforto psicológico		186,11	165,44	13026,000	0,060
Desconforto físico		189,31	167,73	13326,500	0,048
Incapacidade psicológica		201,99	170,66	14160,500	0,005
Incapacidade social		198,29	169,87	13969,000	0,005
Desvantagem (<i>handicap</i>)		196,76	169,68	13914,500	0,009

Observa-se que os participantes que não têm hábitos etílicos são os que manifestam melhor QdVRSO, sendo neste grupo que se registam os valores de ordenação média mais elevados, particularmente ao nível da incapacidade física e incapacidade psicológicas. Os participantes com hábitos etílicos revelam mais desconforto psicológico, dimensão onde o valor de ordenação média é mais baixo. Refere-se que se encontram diferenças estatisticamente significativas no desconforto psicológico ($p=0,011$) e na incapacidade psicológica ($p=0,049$), onde foram os sujeitos da amostra sem hábitos etílicos os que manifestam menos desconforto e incapacidade psicológicas (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre os hábitos etílicos e a QdVRSO

Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral	Hábitos etílicos	Sim	Não	UMW	p
		OM	OM		
Limitação funcional		193,00	206,63	8799,000	0,376
Incapacidade física		194,77	217,14	8542,000	0,167
Desconforto psicológico		173,51	211,95	6122,500	0,011
Desconforto físico		178,84	202,22	6702,000	0,128
Incapacidade psicológica		186,23	216,87	7268,000	0,049
Incapacidade social		185,99	200,23	7885,000	0,310
Desvantagem (<i>handicap</i>)		183,12	210,41	7239,500	0,058

Q3 - De que modo as variáveis de hábitos de higiene oral influenciam a QdVRSO.

No que se refere à relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral em função dos hábitos de higiene oral, nomeadamente a realização de escovagem, como exposto na Tabela 19, constata-se que não se registam quaisquer diferenças estatisticamente significativas. Já em termos de média aritmética, são os participantes que admitem escovar os dentes os que manifestam melhor QdVRSO, na medida em que os valores de ordenação médias são mais elevados., sobretudo no que se refere a uma maior ausência de incapacidade física e limitação funcional.

Tabela 19 – Teste U de Mann-Whitney para diferença de médias entre hábitos de higiene oral (escovagem) e a QdVRSO

Hábitos de higiene oral – escovagem s QdVRSO	Não	Sim	UMW	p
	OM	OM		
Limitação funcional	170,58	197,72	5872,500	0,134
Incapacidade física	174,50	200,65	6160,000	0,165
Desconforto psicológico	160,64	181,12	5240,500	0,240
Desconforto físico	166,49	183,81	5585,500	0,313
Incapacidade psicológica	181,67	191,42	5874,000	0,597
Incapacidade social	174,43	189,35	5335,500	0,380
Desvantagem (<i>handicap</i>)	170,89	188,72	5486,000	0,294

Quando se observam os valores obtidos na questão 15, decorrente de uma autoavaliação da QdVRSO, onde a resposta foi dada através de uma escala métrica de 10 centímetros de comprimento, onde o extremo esquerdo corresponde a péssimo e o extremo direito a excelente, posteriormente convertida em resposta do tipo percentual, como apresentado na tabela 20, situam-se entre um valor muito baixo de cerca de 22, com um máximo de 100. Todavia, a média apresenta um valor de cerca de 72,78, sugerindo que os participantes, na globalidade, consideram a sua saúde oral boa.

Tabela 20 - Resumo das respostas obtidas na questão 15

	N	Min.	Máx.	M	Dp.
OHIP – Questão 15 Valid N (listwise)	1363	22	100	72,78	19,648

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos permitiram traçar um perfil sociodemográfico dos 1363 participantes, verificando-se que se trata de uma amostra maioritariamente feminina (56.2%). A média de idade é de 24.56 (dp.=20.00), com o mínimo de 6 anos e um máximo de 93 anos. A grande maioria dos participantes tem o ensino básico (85.1%), com predomínio dos residentes em meio urbano (38.9%). Em relação à profissão de risco, mais de metade da amostra (91.7%) não a possui.

No que se refere à primeira questão de investigação, através da qual se procurou saber de que modo as variáveis sociodemográficas interferem na QdVRSO, apurou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da QdVRSO. No entanto, em termos de valores de ordenação média, na globalidade, foram os participantes do género masculino os que apresentaram valores mais elevados, à exceção da limitação funcional, onde pontuaram mais os participantes do género feminino, bem como na incapacidade social. Deste modo, infere-se que é nos participantes do género masculino que se verificou um maior impacto da saúde oral na qualidade de vida. Os resultados apurados corroboram os registados por Lemos (2013), cujo estudo demonstrou que, em relação ao género, a associação verificada não se apresenta significativa, apesar da proporção de casos em que há um maior impacto da saúde oral na qualidade de vida ser superior nos homens comparativamente às mulheres. Os resultados alcançados corroboram os de Ferreira e Silva (2007), onde não existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, masculino e feminino.

Outro resultado a que se chegou refere-se ao facto de se ter verificado que a idade interfere na QdVRSO, pois registaram-se diferenças estatisticamente significativas na incapacidade psicológica ($X^2=10,114$; $p=0,039$), na incapacidade social ($X^2=11,381$; $p=0,023$) e na desvantagem (*handicap*) ($X^2=10,824$; $p=0,029$), sugerindo que a idade interfere na QdVRSO. Constatou-se que foram os participantes na faixa etária dos 21-40 anos os que revelam mais presença de problemas relativos à saúde oral, secundados pelos que têm idade compreendida entre os 41-60 anos. Neste âmbito refere-se que,

embora os problemas de saúde oral estejam associados a qualquer faixa etária, os mesmos são mais propícios com o aumento da idade, o que resulta na diminuição da qualidade de vida. Slade (2012) refere que o estudo da *Oral Health Impact Profile*, realizado na Austrália, concluiu que a limitação funcional e o desconforto físico foram as dimensões que mais afetaram os participantes. O impacto psicológico e incapacidade física também condicionavam a condição de saúde oral dos indivíduos com mais idade, o que também foi verificado no presente estudo, pois constatou-se que a idade interferiu na incapacidade psicológica dos sujeitos da amostra, nomeadamente nos indivíduos com idade compreendida entre os 21-40 anos e nos que possuem entre 41-60 anos de idade. Ferreira e Silva (2007), ao fazerem uma análise de variância das diferentes dimensões do OHIP – 14, em relação à idade, verificaram que a idade não tem qualquer influência na QdVRSO, não dando resultados estatisticamente significativos.

Outra variável com interferência estatística na QdVRSO foi a escolaridade, tendo-se registado relevâncias estatísticas no desconforto psicológico ($X^2=6,818$; $p=0,033$), na incapacidade psicológica ($X^2=6,972$; $p=0,031$) e na desvantagem (*handicap*) ($X^2=6,473$; $p=0,039$). Foram os participantes com o ensino superior os que revelam mais ausência de problemas relacionados com a saúde oral, na medida em que, na globalidade, os valores de ordenação média são mais elevados, contrariamente aos que têm o ensino secundário, onde se registam os valores de ordenação média mais baixos, correspondendo a menor QdVRSO. De acordo com Peterson e Yamamoto (2005), um dos fatores que pode interferir na QdVRSO é a escolaridade, ou seja, quanto mais baixo o nível de escolaridade, mais impacto da saúde oral na qualidade de vida. No estudo de Lemos (2013), não houve registo de diferenças estatisticamente significativas tendo em conta a escolaridade dos participantes, não sendo como tal a proporção de casos que consideram que a saúde oral contribui para a sua qualidade de vida significativamente diferente de acordo com a escolaridade. Do mesmo modo, no estudo de Vyšniauskaitė et al. (2005) ficou demonstrado que o género e o nível de escolaridade não tiveram impacto nas dimensões constituintes do OHIP, contudo ficou demonstrado que os indivíduos com menor escolaridade revelaram maior impacto da saúde oral na sua qualidade de vida, ou seja, tinham uma perceção mais negativa da sua QdVRSO. Importa referir que a baixa

escolaridade associa-se, em muitos casos, a baixos níveis de literacia em saúde oral (Patel & Advisor, 2012).

Constatou-se que foram os participantes residentes em zona suburbana os que, na globalidade, apresentaram pior QdVRSO, à exceção da incapacidade física, onde foram os sujeitos da amostra a residir em meio urbano que revelaram uma média inferior, o que sugere pior QdVRSO nesta dimensão. Os valores de ordenação média mais elevados encontraram-se no grupo de participantes residentes em meio rural, sugerindo que são estes os que manifestam mais ausência de problemas relacionados com a saúde oral, equivalendo a melhor QdVRSO. Verificou-se a presença de diferenças estatisticamente significativa no desconforto psicológico ($X^2=9,820$; $p=0,007$) e na incapacidade psicológica ($X^2=10,380$; $p=0,006$).

Os resultados indicaram que foram os participantes que não têm profissão de risco os que manifestam melhor QdVRSO, atendendo ao facto de ter sido neste grupo que se registaram os valores de ordenação média mais elevados. Note-se que o valor mais elevado recaiu na incapacidade física, onde se constatou relevância estatística ($p=0,041$), bem como na incapacidade social ($p=0,046$).

No que se refere à segunda questão, através da qual se procurou verificar se as variáveis de contexto de hábitos tabágicos e de consumo de álcool influenciam a QdVRSO, verificou-se que os participantes que não têm hábitos tabágicos foram os que revelaram melhor QdVRSO, com destaque para a ausência de menor limitação funcional, incapacidade física e psicológica, contrariamente aos participantes que têm hábitos tabágicos. Refere-se que apenas não se registou relevância estatística na incapacidade física e no desconforto psicológico, com um valor de $p>0,05$. Os participantes que não têm hábitos etílicos manifestaram melhor QdVRSO, sendo neste grupo que se registam os valores de ordenação média mais elevados, particularmente ao nível da incapacidade física e incapacidade psicológicas. Os participantes com hábitos etílicos manifestaram mais desconforto psicológico. Refere-se que se encontram diferenças estatisticamente significativas no desconforto psicológico ($p=0,011$) e na incapacidade psicológica ($p=0,049$), onde foram os sujeitos da amostra sem hábitos etílicos os que manifestam

menos desconforto e incapacidade psicológicas. Estes resultados corroboram a literatura, onde é referido que os hábitos tabágicos e os hábitos etílicos constituem comportamentos de risco para a saúde oral (Currie, 2012). De acordo com Anon (2014), o tabagismo é um fator de risco associado ao aparecimento da doença periodontal e do cancro oral; o alcoolismo também é um fator de risco reconhecido afetando a saúde oral de um modo geral, sendo prevalente o aparecimento de cáries dentárias, inflamação gengival, erosão dentária e risco aumentado para o aparecimento de doença periodontal. Ainda na perspetiva do mesmo autor, os efeitos combinados do tabagismo e do alcoolismo aumentam significativamente a possibilidade de desenvolver cancro oral comparativamente a indivíduos sem estes comportamentos. Estes fatores individual e combinadamente influenciam de forma negativa a saúde dos indivíduos por estarem associados ao aparecimento de outras patologias.

Quanto à terceira questão de investigação, através da qual se procurou verificar de que modo as variáveis de hábitos de higiene oral influenciam a QdVRSO, constatou-se que foram os participantes que admitiram escovar os dentes os que manifestam melhor QdVRSO, sobretudo no que se refere a uma maior ausência de incapacidade física e limitação funcional. Todavia, não se registaram diferenças estatisticamente significativas. Furtado e Pereira (2010) referem que a ausência de hábitos de higiene oral, como a escovagem diária dos dentes, associa-se a problemas de saúde oral, com implicações na qualidade de vida dos indivíduos.

Por fim, constatou-se que, em relação à questão 15 do questionário, os valores situaram-se entre um mínimo de 22 e um máximo de 100, o que é considerado baixo. Contudo, a média apresentou um valor de cerca de 72,78, indicando que os participantes, na globalidade, consideram a sua saúde oral boa, sendo este um resultado que corrobora o encontrado por Ferreira e Silva (2007).

Conclusão

O propósito deste estudo era verificar de que modo as variáveis sociodemográficas, hábitos tabágicos, hábitos etílicos e hábitos de higiene oral, interferem na QdVRSO. Tendo por base estes objetivos, apresenta-se de seguida uma síntese dos resultados obtidos e as limitações do estudo.

A amostra era constituída por 1363 participantes, maioritariamente feminina, com uma média de idade de 24.56 (dp.=20.00). A grande maioria dos participantes tem o ensino básico, com predomínio dos residentes em meio urbano. Trata-se de uma amostra que, na sua maioria, não possui profissão de risco.

No que se refere à primeira questão de investigação, apurou-se que a idade interferiu estatisticamente na QdVRSO, nomeadamente na incapacidade psicológica, na incapacidade social e na desvantagem, tendo sido os participantes na faixa etária dos 21-40 anos os que revelam mais presença de problemas relativos à saúde oral, secundados pelos que têm idade compreendida entre os 41-60 anos. A escolaridade também foi uma variável sociodemográfica com relevância estatísticas, particularmente no desconforto psicológico, na incapacidade psicológica e na desvantagem (*handicap*), verificando-se que foram os participantes com o ensino superior os que revelam mais ausência de problemas relacionados com a saúde oral, na medida em que, na globalidade, os valores de ordenação média são mais elevados, contrariamente aos que têm o ensino secundário, onde se registam os valores de ordenação média mais baixos, correspondendo a menor QdVRSO. Verificou-se a presença de diferenças estatisticamente significativa na relação entre a zona de residência e QdVRSO, designadamente no desconforto psicológico e na incapacidade psicológica, com manifestação de pior QdVRSO por parte dos participantes residentes em zona suburbana, à exceção da incapacidade física, onde foram os sujeitos da amostra a residir em meio urbano que revelaram uma média inferior. Concluiu-se igualmente que foram os participantes que não têm profissão de risco os que manifestam melhor QdVRSO. O valor mais elevado recaiu na incapacidade física, onde se constatou relevância estatística, bem como na incapacidade social. Refere-se que o género não interferiu estatisticamente na QdVRSO. Todavia, em termos de médias aritméticas, na

globalidade, foram os participantes do género masculino os que apresentaram valores mais elevados, à exceção da limitação funcional, onde pontuaram mais os participantes do género feminino, bem como na incapacidade social.

Quanto à segunda questão, os hábitos tabágicos interferiram estatisticamente na QdVRSO, não se registando apenas relevância estatística na incapacidade física e no desconforto psicológico. Neste âmbito, apurou-se que os participantes que não têm hábitos tabágicos revelaram melhor QdVRSO, com destaque para a ausência de menor limitação funcional, incapacidade física e psicológica. Os participantes que não têm hábitos etílicos manifestaram melhor QdVRSO, sendo neste grupo que se registam os valores de ordenação média mais elevados, particularmente ao nível da incapacidade física e incapacidade psicológicas. Refere-se que outra variável com relevância estatística é os hábitos etílicos, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas no desconforto psicológico e na incapacidade psicológica, onde foram os sujeitos da amostra sem hábitos etílicos os que manifestam menos desconforto e incapacidade psicológicas.

Relativamente à terceira questão de investigação, através da qual se procurou verificar de que modo as variáveis de hábitos de higiene oral influenciam a QdVRSO, não se registaram diferenças estatisticamente significativas. Porém, em termos de médias aritméticas, aferiu-se que os participantes que admitiram escovar os dentes manifestam melhor QdVRSO, sobretudo no que se refere a uma maior ausência de incapacidade física e limitação funcional.

Por fim, constatou-se que, na globalidade, os participantes percecionam a sua saúde oral como boa.

O presente estudo empírico enquadrou-se no tipo de pesquisa com características dos estudos descritivos, assumindo-se também como um estudo em corte transversal, contudo, todas as medições foram realizadas num único “momento”, sem que existisse um período de seguimento dos respondentes. Este tipo de estudo apresenta algumas vantagens, particularmente por ser mais rápido, mais barato, mais fácil em termos logísticos e de não se apresentar sensível a problemas, nomeadamente às perdas de seguimento, sendo esta uma característica dos estudos longitudinais. Porém, considera-

se que o tipo de estudo empírico seguido foi o mais apropriado. Outra limitação refere-se ao facto de serem escassas as investigações no âmbito das variáveis em estudo, o que não permitiu que se fizesse uma comparação mais exaustiva com outros estudos, no momento da discussão dos resultados. Não obstante estas limitações do estudo, considera-se que os resultados obtidos possibilitaram adquirir um conhecimento mais real sobre a QdVRSO.

Referências Bibliográficas

- Adulyanon, S., Vourapukjaru, J., & Sheiham, A. (1996). Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol*; 24(6): 385-389.
- Almeida, C.M., Petersen, P.E., André, S.J. & Toscano, A. (2010). Changing oral health status of 6- and 12-year-old schoolchildren in Portugal *Community Dent Health*., 20: 211-216.
- Alves, D. S. A. & Gonçalves, A. (2009). Impacto da saúde oral na qualidade de vida dos jovens entre os 11 e os 14 anos. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 6: 296-308.
- Anon (2014). *Programa Nacional de Promoção da Saúde oral (PNPSO)*. Acedido em: <https://www.saudeoral.min-saude.pt>.
- Atchison, K.A., & Dolan, T.A. (1990). Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dental Educ*; 54: 680-687.
- Barros, P.P., Machado, S.R., & Simões, J.D.A. (2011). Health Systems in Transition - Portugal Health system review. *Health Systems in Transition*.
- Bennadi, D., & Reddy, C.V.K. (2013). Oral health related quality of life. *J Int Soc Prev Community Dent*, 3(1): 1-6.
- Bica, I., Duarte, J., Camilo, A., Jesus, A., Ferreira, C., Oliveira, F. & et al. (2014). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Perceção Parental das Crianças em Idade Pré-Escolar. *Millenium*, 47: 14-152.
- Boyle, S. (2011). *United Kingdom (England)*. Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1): 1-486
- Bulhosa, F.J. (2010). Saúde oral – Uma das Dimensões da Saúde do Indivíduo. Acedido em: <http://pns.dgs.pt/pcs-ufp>.

- Brukiene, V., & Aleksejuniene, J., 2010. Theory-based oral health education in adolescents. *Stomatologija*, vol. 12, 1.
- Cohen-carneiroi, F. et al. (2010). Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26: 6.
- Cohen-Carneiro, F., Souza-Santos, R., & Rebelo, M. A. B. R. (2011). Quality of life related to oral health: Contribution from social factors. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, (Supl. 1): 1007-1015.
- Cunha, M., Santos, E., Costa, A., Pereira, M., Varanda, R., & Loureiro, S. (2014). Saúde Oral, Literacia e Qualidade de Vida em Idosos - Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 1: 125-134.
- Currie C. (2012). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. WHO Health Policy for Children and Adolescents.
- Cushing, A. M., Sheiham, A., & Maizels, J. (1986). Developing socio-dental indicators: the social impact of dental disease. *Community Dental Health*, v. 3, 1: 3-17.
- Dahl, K. E., Wang, N. J., Holst, D., & Ohrn, K. (2011). Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *International Journal of Dental Hygiene*, 9 (1): 87-92.
- Diniz, D.P., & Schor N. (2006). *Qualidade de vida. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar - UNIFESP - Escola Paulista de Medicina*. Barueri: Manole.
- Direção Geral da Saúde (2008). *Programa nacional de promoção da saúde oral: Escovagem dos dentes como fazer*. Lisboa: DGS. Acedido em: https://www.saudeoral.minsaude.pt/sisoPnpsoRepo/Folheto_Escovagem_Dentes_Como_Fazer_i007736.pdf
- Direção Geral da Saúde, 2011. Orientação n.º 007, de 25/03/2011 - Programa nacional de promoção da saúde oral - Plano B: Acedido em: <http://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=19748>.

- Direção Geral de Saúde, 2005. Geosaúde - Índice de CPOD aos 12 anos (Regiões de Saúde, 2004/2005), 84. Acedido em: <http://www.websig.acs.min-saude.pt/websig/v5/portal2/public/index.php?par=geosaude&lang=pt>
- Direção-Geral da Saúde (2009). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Crianças e Jovens que frequentam escolas públicas e IPSS: Normalização de procedimentos*. Acedido em: <https://www.ond.pt/chequedentista/legislacao/dgscircularnormativa022009.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde (2015). A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015. Ministério da Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/...saude/...saude/.../a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015-pdf.asp...>
- Direção-Geral da Saúde (2014). *Sobre o Conceito de Saúde Pública*. Acedido em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Mena/Os%20meus%20documentos/Downloads/i019310.pdf>.
- Duarte, V.B. (2010). *Contributo para a Saúde oral em Portugal*. Acedido em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/Contributo-para-a-Saude-Oral-em-Portugal.pdf>.
- Educação, M. da (2006). *Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável* Primeira. Direc, ed..
- Ferreira, J.P., & Silva, R.M. da (2007). *Saúde oral: impacto na qualidade de vida aplicação do questionário OHIP-14 _ PT*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Guerra, M. et al. (2014). Ciência & Saúde Coletiva Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva*, 19: 12).
- Grade, M.F.R.C. (2013). *A Satisfação das Grávidas e Médicos Dentista no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade Ciências da Saúde. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4148/1/Tese%20Mafalda%20Grade%2020190%20MIMD.pdf>.

- Haikal, D. S., 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.
- Jokovic , A., Locker , D., Stephens , M., Kenn y, D., Tompson , B., & Guyatt, G. (2002). Validity and Reliability of a Questionnaire for Measuring Child Oral-health-related. *Journal of Dental Research*, 81(7): 459-63.
- Lacerda, J.T. (2005). *Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida*. Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- Leao, A., & Sheiham, A. The development of measures on daily impacts on daily living. *Comm Dental Health*; 13: 22-26.
- Lemos, I.M.S. (2013). *A Importância Da Qualidade de Vida na Saúde oral dos idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4130/1/tese%20ines.pdf>
- Locker, D. (1997). Subjective oral health status indicators. In: Slade, G. D. *Measuring oral health and quality of life* (pp. 105-12). Chapel Hill, University of North Carolina, Department of Dental Ecology.
- Locker, D., & Miller, Y. (1994). Evaluation of subjetive oral health status indicators. *J Public Health Dent* ; 54(3):167-176.
- Lopes, P.A.F.C. (2012). *Estilos de vida e prevenção primária na saúde oral em ambiente escolar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Lopez , R., & Baelum V. (2006). Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-Sp). In: *BMC Oral Health*, 6: 11.
- Martins, A. B., Santos, C. M., Hilgert, J. B., Marchi, R. J., Hugo, F. N., & Padilha, D. M. P., (2011). Resilience and self-perceived oral health: A hierarchical approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (4): 725-731.
- McGrath, C., & Bedi, R. (2000). Can dentures improve the quality of life of those who have experienced considerable tooth loss? *J Dent* ; 29(4):243-246.

- McGrath, C. & Bedi, R. (2003). Measuring the impact of oral health on quality of life in Britain using OHQoL- UK (W). *J Public Health Dent*. 2003, 63(2): 73-77.
- Mendez, M., Gomes, S.C. & Mundial, S.G. (2013). Qualidade de vida relacionada à Saúde Bucal: Perspectivas para a periodontia. *Braz J Periodontol*, 23(04): 38-44.
- Ministério da Saúde (2010). Indicadores e Metas do PNS (Plano Nacional de Saúde) 2008–2011. Acedido em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Montero-martín, J. et al. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *J Clin Exp Dent.*, 1(1).
- Motallebnejad, M. et al. (2011). Validity and reability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. *Caspian J Intern Med*, 55: 314-320.
- Oliveira , D. G. (2007). *Traducao, Adaptacao Transcultural e Validacao do Child Perceptions Questionnaire 11-14, instrumento de qualidade de vida direcionado a adolescentes de 11 a 14 anos com alteracoes bucais*. Tese de Mestrado, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Omoriege, F. & Akpata, O. (2014). Paediatric orofacial tumours: new oral health concern in paediatric patients. *Ghana Med J.*, 48(1): 14-19.
- Ordem dos Médicos Dentistas, 2010. *PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016: Estratégia de Saúde oral em Portugal*. Acedido em:t: <http://www.ond.pt/publico/seniores>.
- Ordem dos Médicos Dentistas (2014). *Números da Ordem 2014. Dados estatísticos referentes à medicina dentária portuguesa*. Acedido em: <https://www.ond.pt/numeros/2014>.
- Patel, R., & Advisor, D. (2012). Better Oral Health European Platform, 2012. *The State of Oral Health in Europe*. Acedido em: <http://www.oralhealthplatform.eu/state-oral-health-europe>.
- Pinto, P. (2009). *Qualidade de Vida relacionada com a Saúde oralem idosos: Um estudo Exploratório*. Universidade de Lisboa.
- Pires, I.C. (2009). *A Influência da Saúde oral na Qualidade de Vida*. Universidade do Porto.

- Reisene, S.T. & Bailit, H.L. (1980). Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(6): 597-605.
- Ribeiro, B.B., Guerra, L.M., Galhardi, W.M.P., & Cortellazzi, K.L. (2012). Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. *Odonto.*; 20(39):61-70.
- Silva, D. D., Held, R. B., Torres, S. V., Sousa Mda, L., Neri, A. L., & Antunes, J. L. (2011). Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, 45 (6): 1145-1153.
- Silva, I., Meneses, R.F., & Silveira, A. (2012). *Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral*. Acedido em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/452/2/264-274%20FCHS04-18.pdf>.
- Slade, G.D. (1997). *Measuring Oral Health and Quality of Life Edited by G. D. Slade, ed.*, Department of Dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina.
- Slade, G.D. (2012). Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations? *Community dentistry and oral epidemiology*, 40 Suppl 2(02): 39-43.
- Slade, G.D. & Spencer, A. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 11(1): 3-11.
- 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.
- Sischo, L. & Broder, H. L. (2011). Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *Journal of Dental Research*, 90: 1264-1270.
- Souza, E. H. A., Barbosa, M. B. C. B., Oliveira, P. A. P., Espíndola, J., & Gonçalves, K.J. (2010). Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6): 2955-2964.

- Strauss, R. P., & Hunt, R. J. (1993). Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life. *Journal of the American Dental Association*, 124: 105-110.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 10: 1403-1409.
- Tsakos, G., Demakakos, P., Breeze, E., & Watt, R. G. (2011). Social gradients in oral health in older adults: Findings from the english longitudinal survey of aging. *American Journal of Public Health*, 101(10): 1892-1899.
- Vasconcelos, L.C.A. de, Júnior, R.R.P., Teles, J.B.M., & Mendes, R.F. (2012). Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, 28(6): 1101-1110.
- WHO. (2007). *Oral Health*. Acedido em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>.

ANEXOS

Anexo I
Instrumento de recolha de dados



Centro de Estudos
e Investigação em Saúde
Universidade de Coimbra

Perfil de Impacto da Saúde Oral

As respostas a este questionário destinam-se a auscultar a sua opinião.

Não deixe, portanto, de responder com a maior sinceridade.

Este questionário destina-se a maiores de 16 anos.

Agradecemos que preencha de forma legível e por completo, caso se apliquem todas as situações do questionário. Por favor não responda a perguntas que não se apliquem à sua situação.

Na segunda parte do questionário pretende-se que revele com que frequência, durante o último ano, tem tido alguns problemas relacionados com a saúde da boca, devendo responder utilizando a escala de 5 pontos, Quase sempre, Muitas vezes, Às vezes, Quase nunca, e Nunca.

Exemplo:

	Quase Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não Sei
3 Tem tido <u>dores</u> na boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

Idade: anos

Sexo: ₁ feminino ₂ masculino

Durante o último ano, com que frequência tem tido os seguintes problemas?
 Por favor, coloque um círculo à volta da sua resposta.

	Quase Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não Sei
1 Tem tido alguns problemas a <u>pronunciar as palavras</u> , devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
2 Tem sentido que o seu <u>paladar</u> piorou devido a problemas com os seus dentes ou boca? ...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
3 Tem tido <u>dores</u> na boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
4 Tem sentido algum <u>desconforto ao comer algumas comidas</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
5 Tem-se sentido <u>inseguro/a</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
6 Tem sentido alguma <u>tensão</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
7 Tem-se sentido <u>insatisfeito/a com a sua alimentação</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
8 Teve de <u>interromper refeições</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
9 Tem tido <u>dificuldades em descansar</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
10 Tem-se sentido um pouco <u>embaraçado/a</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
11 Tem-se <u>irritado um pouco com outras pessoas</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
12 Tem tido <u>dificuldade em realizar as suas tarefas normais</u> devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
13 Tem-se sentido <u>menos satisfeito/a</u> com a sua vida em geral devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
14 Tem sido <u>totalmente incapaz de desempenhar</u> as suas funções devido a problemas com os seus dentes ou boca?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
15 Como avalia a sua <u>Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral</u> ?						
(Por favor coloque uma cruz na zona da escala que considera mais adequada)						

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Projecto Cancro Oral

Reflectir para saber Agir!

Contacto: _____

Nome do doente: _____ Número: _____

Idade ____ Sexo: M [] F [] Residência: Urbana: [] Suburbana: [] Rural: []

Nível de Formação: Básico [] Secundário: [] Superior: []

FACTORES DE RISCO

Profissão de risco (exposição a radiações, pó de madeira, químicos, têxteis) Sim [] Não []

Qual?

Hábitos tabágicos:

Fumador: Sim [] Não []

Ex-fumador: Sim [] Não []

Quantos cigarros fumam diariamente? []

Quantos cigarros fumava diariamente? []

Há quantos anos? []

Há quantos anos? []

Tipo de tabaco: _____ Convive com fumadores? Sim [] Não []

Hábitos etílicos:

Grande consumidor: Sim [] Não []

Há quantos anos? _____

Tipo de bebida: _____

Quantidade por dia: _____

Exposição Solar excessiva: Sim [] Não []

Hábitos parafuncionais de risco (ex: roer unhas): Sim [] Não [] Qual: _____

Hábitos de Higiene Oral: Escovagem: Sim [] Não [] Nº de vezes por dia []

Em que momentos? _____ Fio Dentário: Sim [] Não []

Dieta: Nº de refeições diárias [] Nº de porções de fruta/vegetais diárias []

Infecção por VEB [] Infecção por HPV [] Infecção por *Helicobacter Pylori* []

Infecção por *Candida Albicans* [] Refluxo gastro-esofágico []



Algum caso oncológico na família: Sim [] Não [] Caracterizar: _____

Realiza auto-exame da Cavidade Oral: Sim [] Não [] Data da última avaliação: _____

REGISTO DENTÁRIO

<u>18</u>	<u>17</u>	<u>16</u>	<u>15</u>	<u>14</u>	<u>13</u>	<u>12</u>	<u>11</u>	<u>21</u>	<u>22</u>	<u>23</u>	<u>24</u>	<u>25</u>	<u>26</u>	<u>27</u>	<u>28</u>
<u>48</u>	<u>47</u>	<u>46</u>	<u>45</u>	<u>44</u>	<u>43</u>	<u>42</u>	<u>41</u>	<u>31</u>	<u>32</u>	<u>33</u>	<u>34</u>	<u>35</u>	<u>36</u>	<u>37</u>	<u>38</u>

<u>55</u>	<u>54</u>	<u>53</u>	<u>52</u>	<u>51</u>	<u>61</u>	<u>62</u>	<u>63</u>	<u>64</u>	<u>65</u>
<u>85</u>	<u>84</u>	<u>83</u>	<u>82</u>	<u>81</u>	<u>71</u>	<u>72</u>	<u>73</u>	<u>74</u>	<u>75</u>

SITUAÇÃO	CÓDIGO
Dente são, não restaurado	X
Cárie	2
Ausente devido a cárie	3
Restaurado, com cárie	4
Restaurado, sem cárie	5

SITUAÇÃO	CÓDIGO
Ausente por qualquer motivo	7
Selante de fissuras	\$
Coroa	C
Fracturado, sem cárie	T

Data da última consulta de Medicina Dentária: _____

Nos últimos 3 meses teve ou tem: Abscesso e/ou infecção: [] Dor dentária: [] Sensibilidade dentária: []

Utilização prótese dentária:

Tipo de Prótese: Esquelética: [] Acrílica: [] Prótese Fixa: [] Implantes: []

MEDICINA ORAL

Patologia benigna: Sim [] Não []

Lesão Suspeita: Sim [] Não []

Fotografia da lesão _____ →

Encaminhamento: Sim [] Não []

Médico Dentista

