

SAÚDE ORAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE IN
INSTITUTIONALIZED ELDERLY **EN**

—

SALUD ORAL E CALIDAD DE VIDA EN LOS ANCIANOS
INSTITUCIONALIZADOS **ES**

MARIA JOSÉ GOMES

Instituto Politécnico de Bragança, (UICISA:E), Escola Superior de Saúde, Portugal; <https://orcid.org/0000-0001-9825-8293>

✉ mgomes16mgomes@gmail.com

OLGA MOURA RAMOS

Unidade Local de Saúde de Matosinhos; <https://orcid.org/0000-0002-0039-2433>

✉ holga82ramos@gmail.com



Gomes, M. & Ramos, O. (2021). Saúde oral e qualidade de vida em idosos institucionalizados. *Egitania Scientia*, 29 (jun/dez), pp.153-168.

Submitted: 22th September 2020

Accepted: 6th March 2021

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde inclui saúde oral (SO) no conceito global de saúde e considera-a essencial para a qualidade de vida (QdV). Pretendeu-se avaliar a qualidade de vida relacionada com a SO (QdVRSO) em idosos institucionalizados em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS). Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal, correlacional, tendo sido realizadas entrevistas estruturadas fundamentadas num questionário sociodemográfico e na versão portuguesa do Oral Health Impact Profile (OHIP-14-PT) a 151 idosos de 9 ERPIS. Analisaram-se as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais, bem como a autoperceção do impacto da SO na QdV. Os principais resultados indicaram um predomínio do sexo feminino e viúvos, com uma média de idades de $84,4 \pm 6,4$ anos. Da amostra, 65,6% tinham dentes naturais, 31,8% nunca os escovaram e 17,2% nunca frequentaram consultas de SO. O score médio do OHIP-14-PT foi de 18,22; os itens mais pontuados foram a sensação de desconforto no ato de comer e a necessidade de interromper as refeições. Houve diferenças com significado estatístico entre o score total do OHIP-14-PT e a escolaridade dos inquiridos, a autoavaliação da SO e a medida em que a SO afeta a QdV. A amostra autorrelatou um nível moderado de QdVRSO, com maior impacto nas dimensões Dor física e Limitação funcional. O edentulismo e a ausência de uso de prótese dentária são preditores de pior QdVRSO.

Palavras-chave: Saúde oral, Qualidade de vida, Pessoa idosa, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

ABSTRACT

The World Health Organization Includes Oral Health (OH) in the global concept of health and considers it essential for quality of life (QoL). It was intended to evaluate the quality of life related to OH (QoLROH) in institutionalized elderly in Residential Structures for the Elderly (RSEs). This was a Quantitative, cross-sectional and correlational study, with structured interviews based on a sociodemographic questionnaire and on the portuguese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14-PT) were performed to 151 elderly people from 9 RSEs. Sociodemographic, clinical and behavioral variables were analyzed, as well as the self-perception of the impact of OH on QoL. The main results indicated a predominance of females and widowed, with an average age of 84.4 ± 6.4 years. Of the sample, 65.6% have natural teeth, 31.8% never brushed them and 17.2% never attended OH consultations. The average score of OHIP-14-PT was 18.22; the most scored items were the feeling of discomfort in the act of eating and the need to interrupt meals. There were differences with statistical significance between the total score of the OHIP-14-PT and the respondents education the self-assessment of the OH and the extent to which the OH affects the QoL. The sample self-reported a moderate level of QoLROH with a greater impact on the dimensions Physical pain and Functional limitation. Edentulism and the absence of the use of dental prosthesis are predictors of worse QoLROH.

Keywords: Oral health, Quality of life, Elderly, Residential Structures for the Elderly.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud incluye la salud bucodental (SB) en el concepto global de salud y la considera fundamental para la calidad de vida (CdV). Se pretendía evaluar la calidad de vida relacionada con la SB (CdVRSB) en ancianos institucionalizados en Estructuras Residenciales para Ancianos (ERPA). Se trata de un estudio cuantitativo, transversal y correlacional, con entrevistas estructuradas fundamentadas en un cuestionario sociodemográfico y en la versión portuguesa del Oral Health Impact Profile (OHIP-14-PT) en 151 ancianos de 9 ERPA. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y comportamentales, así como la auto percepción del impacto de SB en la CdV. Los principales resultados indicaron un predominio de mujeres y viudos con edad media de $84,4 \pm 6,4$ años. De la muestra, 65,6% tenía dientes naturales, 31,8% nunca los cepillaron y 17,2% nunca frecuentaron consultas de SB. El score medio obtenido en el OHIP-14-PT fue 18,22; los ítems más puntuados fueron las Molestias al comer y la Necesidad de parar las comidas. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre el score total del OHIP-14-PT y la educación de los encuestados, la autoevaluación del SB y la medida en que el SB afecta la CdV. La muestra auto relató un nivel moderado de CdVRSO con mayor impacto en las dimensiones Dolor físico y Limitación funcional. El edentulismo y la falta de utilización de la prótesis dentaria predicen una peor CdVRSO.

Palabras clave: Salud Bucal, Calidad de Vida, Anciano, Estructuras Residenciales para Ancianos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade que caracteriza a demografia do século XXI, traduzindo inevitáveis e importantes desafios que obrigam à intervenção estratégica de organizações governamentais (Organização Mundial da Saúde, 2017). Contudo, deve ser interpretado como um fenómeno enriquecedor do indivíduo e da sociedade em toda a sua plenitude, na medida em que envelhecer é sinónimo de progressos no domínio socioeconómico das nações e da saúde pública (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O processo de envelhecimento é progressivo e contínuo ao longo do ciclo vital, pelo que envelhecer com saúde, autonomia e independência é um desafio individual, coletivo e multissetorial que tem reflexo na estrutura biológica, psicológica e social do indivíduo. Assim, emerge um novo paradigma de envelhecimento que exige a melhor saúde possível na velhice por forma a alcançar o desenvolvimento sustentável (Organização Mundial da Saúde, 2017). Alinhada com esta premissa, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável ressalva que o direito à saúde e a uma vida saudável não se restringe a grupos etários específicos sendo que, para alcançar as metas e os objetivos ambicionados, é fundamental considerar o envelhecimento das comunidades e o impacto que este significa (United Nations, 2015; Organização Mundial da Saúde, 2017).

A concetualização de pessoa idosa não é estanque nem linear, evidenciando sensibilidade a fatores que divergem nas diferentes comunidades e entre os indivíduos. A nível biológico, o envelhecimento origina o desequilíbrio homeostático, o que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo às agressões internas e externas e reduz a sua adaptação aos estímulos ambientais (Soares, 2014; Rodrigues, 2015). A par das alterações funcionais decorrentes do avançar da idade cronológica, surge a alteração das competências da pessoa idosa na resposta aos estímulos, podendo este facto culminar com a dificuldade na adaptação a novos papéis, desmotivação e desinteresse em planear o futuro, perdas afetivas e sociais, baixa autoestima e autoimagem e, conseqüentemente, na dificuldade de adaptação a novas situações (Penetro, 2017). Guadalupe e Cardoso (2018) corroboram esta opinião e afirmam que, decorrente do percurso de vida, as pessoas idosas acumulam progressivas desvantagens que se repercutem ao nível da perda de autonomia e vertem em risco de isolamento social, exclusão e pobreza, sendo estes fatores preditores de maior necessidade de cuidados e do incremento da vulnerabilidade que caracteriza este grupo populacional. Assim, prevalece a necessidade de criação de redes de apoio social que respondam às necessidades crescentes da pessoa idosa e que minimizem a segregação social, ainda frequente na atualidade.

Numa perspetiva histórica, a concetualização de saúde progrediu do modelo biomédico para o modelo holístico, sendo atualmente interpretada como um conceito positivo e sensível aos recursos pessoais, sociais e ambientais do indivíduo, sendo que a qualidade de vida (QdV) e o nível de saúde autodefinido são fatores importantes e a considerar na avaliação do indivíduo (Hernandez, Diaz, & Vilchis, 2015; Zucoloto, Maroco, & Campos, 2016; Rocha, Vanderlei, Ribeiro, Lima, Santos & Trindade Filho, 2016; Oliveira, Rocha, Nogueira, & Pereira, 2018). De acordo com Glick et al. (2012) a saúde oral (SO) é uma componente essencial da saúde em geral e um índice elevado de SO é um direito humano fundamental, sendo que uma dentição saudável e funcional é uma condição essencial ao longo do ciclo de vida, por forma a que funções humanas essenciais como a fala, o sorriso, a socialização e a alimentação estejam garantidas (Federação Dentária Internacional, 2015). Esta premissa ilustra a pertinência da definição de políticas concernentes à promoção da SO e evidencia a sua importância no conceito global de saúde do indivíduo.

A SO é multifatorial e inclui a função física, mas não se limita a esta dimensão, pelo que um nível elevado de SO é uma componente fundamental da saúde e do bem-estar físico e mental preconizado pela Organização Mundial da Saúde, fundamentando a QdV da pessoa (Federação Dentária Internacional, 2016). A revisão da literatura é unânime no que respeita à pluridimensão dos determinantes da SO, sendo que a aquisição, a nível individual e coletivo, de comportamentos protetores incrementa a possibilidade de manter um nível adequado de saúde, o que sugere a necessidade de uma abordagem integral e integrada da SO, com redução das desigualdades populacionais e fundamentada na cobertura global de saúde (Fisher, Selikowitz, Marthur, & Varenne, 2018; Santos et al., 2019).

Durante décadas, a SO não foi priorizada nas agendas políticas, o que pode estar na dependência da sua tradução em dados de morbilidade e não de mortalidade (Glick et al., 2012). Assim, subsiste a desigualdade e a iniquidade no acesso aos cuidados de SO, caracterizando-se o mapa mundial pela concentração de recursos nas zonas urbanas e pela segregação das populações com menores recursos (Federação Dentária Internacional, 2015). Neste sentido, governos e organizações não governamentais devem unir esforços no sentido de encontrar soluções construtivas e que visem a redução das desigualdades sociais na SO e que respondam à crescente necessidade de procura de cuidados de SO, garantindo um acesso pautado pela equidade e oportunidade (Organização Mundial da Saúde, 2005; Federação Dentária Internacional, 2015; Organização Mundial da Saúde, 2019).

De acordo com GBD 2016 Diseases and Injury and Prevalence Collaborators (2017) estima-se que as patologias orais afetem metade da população mundial, sendo a cárie dentária a doença crónica prevalente a nível mundial e com representação em todas as faixas etárias, pelo que tem significado na saúde pública das nações (Federação Dentária Internacional, 2015).

As doenças orais repercutem-se no nível de bem-estar do indivíduo e na oportunidade de manutenção dos papéis sociais. Paralelamente, traduzem o acúmulo de processos patológicos desenvolvidos ao longo do ciclo vital e resultam de comportamentos de saúde e de políticas e estratégias governamentais que implementem intervenções de promoção da SO e favoreçam o acesso e a equidade aos cuidados de SO (Ramos, 2020). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2019), a manutenção da saúde dos dentes e da boca durante o ciclo vital depende da adoção de cuidados básicos de higiene oral, sendo estes simples de concretizar, económicos, eficazes e alcançáveis pela generalidade da população. No entanto, a mesma entidade valoriza o papel das pessoas significativas, realçando o exemplo e a transmissão de informação e conhecimentos por parte dos profissionais e dos cuidadores informais.

Particularizando para as pessoas idosas, é expectável que a saúde em geral e a SO apresentem características específicas decorrentes do processo de envelhecimento. Determinantes como a polimedicação, os antecedentes patológicos e comportamentos de higiene oral precários, coadjuvados pelo défice de literacia em SO e pela desigualdade no acesso aos cuidados de saúde, traduzem os múltiplos problemas de SO que podem caracterizar as pessoas idosas (Cardoso, 2014). A Organização Mundial da Saúde (2019) evidencia um conjunto acrescido de barreiras no acesso aos cuidados de SO pela pessoa idosa, enumerando o défice de mobilidade, as dificuldades financeiras inerentes ao período de reforma agravadas pelos custos associados aos cuidados de SO, o histórico comportamental de más atitudes relacionadas com a vigilância e cuidados aos dentes e boca e a residência solitária sem o apoio de cuidadores informais ou formais que se responsabilizem por esta necessidade.

Nas pessoas idosas com dependência física, diminuição da autonomia cognitiva ou institucionalizadas em redes sociais de apoio, os cuidadores (formais e informais) assumem um papel epicêntrico na vigilância e prestação de cuidados orais (Zanesco, Bordin, Santos, Muller, & Fadel, 2018). Segundo Cardoso (2014) e Reghi, Marya, Oberoi, Nagpal, Dhinga e Kataria. (2016), as pessoas idosas institucionalizadas são detentoras de um pior estado de SO, estando este associado a cuidados de higiene oral diminuídos e à restrição dos cuidados medico-dentários às situações urgentes, sendo que a higienização dentária não é assumida como prioritária. Esta evidência concorre para que as pessoas idosas institucionalizadas relatem um nível de saúde baixo, refletindo-se este nas diferentes dimensões enquanto ser holístico e na sua QdV. Assim, importa garantir que os dirigentes das ERPIs definam e implementem planos e ações estruturadas que promovam e protejam a SO dos residentes e sensibilizem os próprios indivíduos, os cuidadores informais e os cuidadores formais para as necessidades em SO (Ramos, 2020).

A SO integra o bem-estar do indivíduo e é condição essencial à saúde em geral, tendo tradução nas dimensões física e psicológica da QdV (Alzate-Urrea et al., 2015). Avaliar a QdV relacionada com a saúde através do impacto da condição de SO contribui para a melhoria das estratégias de prevenção e intervenção em SO, na medida em que a autopercepção da SO pode influenciar o autocuidado e afetar a QdV relacionada com a saúde do indivíduo (Zucoloto, Maroco, & Campos, 2016). Do referido, depreende-se que a autopercepção reduzida da SO concorre para a negligência do autocuidado de higiene oral e para a não procura de cuidados protetores, sendo que estas condições têm repercussão na QdV da pessoa pela degradação da condição oral e, conseqüentemente, nos sistemas de saúde (Dallasta, Medina, & Dallepiane, 2019).

A qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) não tem uma conceitualização única e isolada, apesar de ser consensual entre diferentes autores que é uma variável multidimensional e que reflete o conforto das pessoas durante a alimentação, o sono e as interações sociais, a autoestima e a satisfação individual com a condição de SO (Hernandez, Diaz, & Vilchis, 2015; Monteiro, 2018). Quando fundamentada na autopercepção do indivíduo, a avaliação da QdVRSO permite a catalogação de dados subjetivos que complementam os dados aferidos em estudos epidemiológicos, possibilitando a caracterização da população e contribuindo para a avaliação efetiva das necessidades, uma vez que a saúde percebida é um bom preditor da saúde objetiva (Silva, Held, Torres, Sousa, Neri & Antunes, 2011, Jerez-Roig et al., 2016, Zanesco, Bordin, Santos, Muller, & Fadel, 2018).

A revisão da literatura é unânime no que concerne ao peso do impacto da SO na QdV, pelo que urge a inserção desta variável nos construtos de pesquisa sobre QdV relacionada com a saúde. Na Declaração de Tóquio, a Japan Dental Association e a Organização Mundial da Saúde (2015) reiteram que a SO é um direito humano fundamental que exige esforços e que deve ser sustentado numa abordagem da SO em todas as políticas. Desta forma, importa a melhoria da objetivação de dados para a formulação de políticas de SO e o reconhecimento da SO enquanto determinante da QdV.

A Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health (Organização Mundial da Saúde, 2017) enfatiza a importância da mensuração e da pesquisa de dados relativos à saúde da pessoa idosa, envolvendo-a em todas as decisões que lhe dizem respeito, pelo que investigar a QdVRSO de pessoas idosas garante que os indivíduos, independentemente da sua idade, terão oportunidade de realizar o seu potencial de saúde com dignidade e equidade ao longo do ciclo vital.

MATERIAL E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO

Com o propósito último de avaliar o impacto da SO na QdV de pessoas idosas institucionalizadas, realizou-se um estudo empírico, transversal e correlacional com abordagem quantitativa.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

O concelho de Bragança, situado no Nordeste Transmontano, espelha o envelhecimento demográfico a que Portugal assiste, sendo que, em 2017, tinha um índice de envelhecimento de 210,5 pessoas idosas por cada 100 jovens (PORDATA, 2019). De entre as pessoas idosas do concelho, em janeiro de 2019, cerca de 800 estavam institucionalizadas em ERPIs (Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2019). De acordo com os dados facultados pelas instituições que aceitaram fazer parte do estudo, 160 indivíduos são candidatos a participar, tendo estes como denominador comum os critérios de inclusão e exclusão definidos previamente, a saber: ter capacidade para compreender e assinar o consentimento informado, livre e esclarecido; ter idade igual ou superior a 65 anos; ter nacionalidade portuguesa; e estar institucionalizado em ERPIs do concelho de Bragança.

A identificação dos indivíduos candidatos foi feita pelo diretor técnico das diferentes ERPIs, sendo esta fundamentada nos dados constantes no seu processo clínico.

Das pessoas idosas candidatas a participar no estudo, 9 foram excluídas na fase da recolha de dados [dificuldade na comunicação recetiva (n=3), ausência da pessoa no momento da recolha de dados (n=1) e recusa em consentir a participação no estudo (n=5)], pelo que a amostra final é constituída por 151 indivíduos, representando 31,8% das pessoas idosas institucionalizadas nas ERPIs que integraram o estudo e 18,7% das pessoas idosas institucionalizadas no concelho de Bragança.

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados engloba um questionário sociodemográfico construído para o efeito e a versão breve do Oral Health Impact Profile (OHIP-14-PT) desenvolvido por Slade (1997) e traduzido e adaptado para a língua e cultura portuguesas por Afonso (2014).

O OHIP-14-PT é uma medida de avaliação da QdVRSO fundamentada na autoperceção da disfunção, do desconforto e da deficiência secundários à SO, possibilitando a recolha de informação concernente à extensão, gravidade e prevalência dos impactos negativos da SO na QdV. É constituído por 14 questões que se agrupam de duas a duas para avaliar a limitação funcional, a dor física, o desconforto psicológico, a incapacidade física, a incapacidade psicológica, a incapacidade social e a desvantagem. A obtenção dos dados foi feita com recurso a entrevistas individuais entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020 e concretizadas pela única investigadora, num espaço facultado por cada uma das ERPIs. A entrevista foi realizada apenas com a presença da investigadora e da pessoa idosa.

TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi processado no programa *Statistical Package for The Social Sciences* versão 23, tendo-se recorrido ao uso de medidas de estatística descritiva e inferencial. Para a inferência estatística, optou-se pela utilização de testes não paramétricos com um nível de significância (p) de 0,05. As pontuações do OHIP-14-PT foram interpretadas com base no método de adição para a totalidade dos itens e para as dimensões, procedendo-se também ao cálculo da prevalência por forma a dicotomizar a variável dependente (QdVRSO) em Com impacto e Sem Impacto.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

O presente estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (UICISA:E), conforme Parecer n° P624/11-2019.

A integração das ERPIs no estudo foi precedida de um pedido de autorização para realização do mesmo dirigido ao diretor técnico. Da mesma forma, para que os participantes fossem verdadeiramente informados e esclarecidos, foi solicitada a leitura, reflexão e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido. Foram garantidos o anonimato, a confidencialidade de dados e a possibilidade dos participantes desistirem em qualquer momento do estudo.

A utilização do OHIP-14-PT foi precedida de autorização por parte da autora.

RESULTADOS

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

O estudo incidiu em 9 ERPIs, verificando-se, de entre os residentes, o predomínio de indivíduos com 80 e mais anos.

A amostra é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino (70,2%, n=106), tendo o participante mais novo 65 anos e o mais velho 99 anos de idade, com média de idade de 84,4 anos (dp=6,4 anos). Da distribuição da idade segundo o sexo inferiu-se que, em média, os participantes do sexo feminino têm 84,8 anos (dp=0,64) e os do sexo masculino 83,7 anos (dp=0,89).

A análise das variáveis sociodemográficas revelou que a maioria dos inquiridos é viúvo (70,2%, n=106) e que frequentou o ensino até ao 1º Ciclo do Ensino Básico (53,6%, n= 81), havendo prevalência de pessoas idosas que exerceram atividade no setor de atividade primário (74,8%, n=113) e cuja residência anterior à institucionalização era em meio rural (79,5%, n=120).

VARIÁVEIS CLÍNICAS E COMPORTAMENTAIS

A quase totalidade dos respondentes referiu ter antecedentes patológicos (96,0%, n=145) e ter regime terapêutico crónico (94,0%, n=142), sendo que as doenças do aparelho circulatório são as que têm maior representatividade (71,5%, n=108). Prevalencem também as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (60,9%, n=92) e as doenças do aparelho musculoesquelético e do tecido conjuntivo (49,0%, n=74). No que concerne ao uso de tabaco, aferiu-se que 83,4% dos indivíduos (n=126) nunca fumaram e que 3,3% (n=5) têm tabagismo ativo. Relativamente ao consumo de álcool, 42,4% dos respondentes (n=64) referiram nunca ter ingerido bebidas alcoólicas, enquanto que 18,5% (n=28) mantêm a ingestão de 1 a 2 copos por refeição.

Quando questionados sobre a necessidade de alterar a consistência dos alimentos nos 12 meses que antecederam a recolha de dados, a grande maioria dos inquiridos (68,2%, n=103) refere não ter sentido essa necessidade. Contudo, 70,2% (n=106) elegem a dieta cremosa ou mole como a que melhor se adequa à sua condição oral e apenas 29,8% dos indivíduos (n=45) ingerem alimentos de qualquer consistência. Das pessoas idosas que necessitaram de alterar a consistência dos alimentos devido a

problemas dos dentes, boca ou prótese dentária (32,8%, n=48), 52,1% (n=25) reduziram também a quantidade de alimentos ingeridos.

Do total de inquiridos, 65,6% (n = 99) têm dentes naturais e 34,4% (n = 52) são desdentados totais sendo que, dos indivíduos com zonas edêntulas (98,7%, n = 149), a maioria (53,7%, n = 80) não usa prótese dentária.

Do total de inquiridos, 45,0% (n = 68) autoavaliam a SO em Boa ou Muito boa e 30,5% (n = 46) em Razoável, apesar de 45,7% da amostra (n = 69) considerar que tinha pelo menos um problema com os dentes, boca ou prótese dentária que o fizesse pensar que necessitava de uma consulta com profissionais de SO. Quando questionados sobre em que medida a SO afeta a QdV, a avaliação dos respondentes prevalece na opção Moderadamente (40,4%, n = 61), havendo 15,2% (n = 23) que responderam Nada e 20,5% (n = 31) Muito.

No que concerne aos hábitos de higiene oral, verificou-se que 68,2% dos respondentes (n = 103) têm o hábito de escovar os dentes e a boca, enquanto que 31,8% (n = 48) nunca o fazem. Dos indivíduos que higienizam a cavidade oral, 50,5% (n = 52) fazem-no de manhã e 17,5% (n = 18) antes de deitar, sendo que os restantes (32,0%, n = 33) escovam os dentes e a boca mais do que uma vez por dia. Aferindo a mesma variável comportamental, mas relacionada com a escovagem da prótese dentária pelas pessoas idosas que a usam (45,7%, n = 69), verificou-se que 53,6% (n = 37) procede à sua higienização mais do que uma vez por dia e que 2,9% (n = 2) nunca o faz.

AUTOPERCEÇÃO DA QdVRSO

Na autoperceção da QdVRSO através da resposta ao OHIP-14-PT, obteve-se uma pontuação média de 18,22, sendo que a maioria dos inquiridos nunca teve a perceção de incapacidade para desenvolver as suas atividades (86,8%, n=131) e dificuldade para as realizar (75,5%, n= 114) devido a problemas relacionados com os dentes, boca ou prótese dentária. Os itens mais pontuados foram a *Necessidade de interromper as refeições* e a *Sensação de desconforto no ato de comer*, com 39,7% (n=60) e 35,1% (n=53) dos indivíduos a selecionarem, respetivamente, a opção algumas vezes.

No que respeita à distribuição dos itens segundo as dimensões, objetivou-se que, em média, as dimensões mais pontuadas foram a *Incapacidade física* (M = 4,483, dp= 2,511), a *Dor física* (M = 4,325, dp= 2,687) e a *Limitação funcional* (M = 3,563, dp= 2,325) e as menos pontuadas foram a *Incapacidade Social* (M = 0,609, dp= 1,125) e a *Desvantagem* (M = 1,000, dp= 1,342).

Na avaliação das consequências funcionais e psicológicas, confirmou-se que a grande maioria dos elementos da amostra considera que a sensação de desconforto durante a alimentação (62,3%, n = 94) e a necessidade de interromper as refeições (60,9%, n = 92) têm impacto na QdV.

Na avaliação global da QdVRSO, 75,5% dos respondentes (n = 114) consideraram que a SO tem impacto na QdV, pontuando pelo menos um item do OHIP-14-PT em Algumas vezes ou Quase sempre.

Não se verificaram diferenças com significado estatístico entre géneros, no que respeita à autoavaliação da SO e na avaliação da medida em que a SO afeta a QdV.

A correlação estatística entre as variáveis sociodemográficas e a variável dependente, evidenciou que o nível de QdVRSO depende do nível de escolaridade (p=0,003 para o teste de Ajustamento do Qui-Quadrado), inferindo-se que, de entre os indivíduos com escolaridade, os que detêm um nível mais elevado de literacia autorrelataram melhor QdVRSO.

Na amostra estudada, o score total do OHIP-14-PT tem associação estatística com a autoavaliação da SO ($p=0,045$ para o teste de Ajustamento do Qui-Quadrado) e com o posicionamento dos respondentes na escala de Likert que avaliou a medida em que a SO afeta a QdV ($p=0,044$ para o teste de Ajustamento do Qui-Quadrado).

No que concerne às variáveis comportamentais, a correlação estatística evidencia que o nível de QdVRSO autorreferida depende do hábito de escovagem da prótese dentária ($p=0,018$ para o teste de Ajustamento do Qui-Quadrado), mas não depende do hábito de escovagem dos dentes, boca ou prótese dentária ($p=0,091$ para o teste de Ajustamento do Qui-Quadrado) e do hábito de frequentar consultas de profissionais de SO ($p=0,513$ para o teste de Ajustamento do Qui-Quadrado).

Verificou-se que os scores de cada dimensão do OHIP-14-PT tendem a ser mais elevados quando são mais altos nas restantes, indicando que os respondentes com pior QdVRSO para uma dimensão tende a ter maior impacto da SO na QdV nas restantes dimensões do OHIP-14-PT.

DISCUSSÃO

A investigação da QdVRSO na pessoa idosa traduz-se em contributos que garantem a melhor saúde possível na velhice, permitindo o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável almejados na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (United Nations, 2015). Para os profissionais de saúde, o desafio da avaliação da QdV em pessoas idosas ultrapassa a caracterização sociodemográfica e a aferição de indicadores de morbimortalidade, sendo que, segundo Sousa (2016) e Monteiro (2018) a avaliação da QdVRSO alicerçada na autoperceção do indivíduo é fundamental, uma vez que esta reflete o impacto da condição oral nas dimensões funcional e psicossocial da pessoa, respeitando o holismo que lhe é inerente.

Os dados aferidos sobrepõem o expectável, na medida em que o concelho de Bragança é caracterizado pelo envelhecimento populacional e conhece o incremento do índice de envelhecimento ao longo da última década. À semelhança dos dados sociodemográficos concelhios, na amostra estudada predominam os indivíduos com 75 ou mais anos e do sexo feminino. Tal como nos estudos realizados por Gomes, Teixeira e Paçô (2015), Beldiman et al. (2017) e Umniyati, Surachmin e Ambasarti (2018), as mulheres têm uma média de idade superior, facto que pode estar na dependência da maior esperança média de vida do sexo feminino. Contudo, na perspetiva de Sônego, Porfírio, Felício e Domingos (2013) estes achados evidenciam a maior adesão das mulheres às redes sociais de apoio na terceira idade.

No que respeita ao nível de literacia da amostra, verificou-se que o analfabetismo tem representatividade, ainda que o 1º Ciclo do Ensino Básico seja o nível de escolaridade predominante, evidência que reflete os dados nacionais uma vez que, em 2019, 20,0% da população portuguesa com 65 ou mais anos não tinha escolaridade e 52,8% tinham completado o 1º Ciclo do Ensino Básico (PORDATA, 2020). Regredindo no tempo cronológico e atendendo ao contexto essencialmente rural dos respondentes, infere-se que a idade escolar dos indivíduos foi pautada por dificuldades socioeconómicas e decorreu em meios subdesenvolvidos em que a alfabetização das crianças não era prioridade para as famílias. As crianças eram tidas como fonte de rendimento necessário à sobrevivência, pelo que a progressão académica era limitada a um grupo muito restrito, opinião reforçada pelos respondentes no momento da recolha de dados. Paralelamente, verificou-se que, quanto mais elevado é o nível de escolaridade, melhor é o nível de QdVRSO autorrelatada, sendo que estes dados espelham os encontrados por

Sônego, Porfírio, Felício e Domingos (2013), Gomes, Teixeira e Paçô (2015), Beldiman et al. (2017), Castrejón-Pérez, Borges-Yáñez, Irigoyen-Camacho e Cruz-Hervert(2017), Dallasta, Medina e Dallepiane (2019) e Echeverria, Wunsch, Langlois, Cascaes e Silva (2019). Este facto é relevante, na medida em que um nível superior de literacia é um fator protetor no paradigma holístico do conceito de saúde em geral, podendo ser associado ao aumento de procura e ao melhor acesso à informação relativa à promoção da saúde e prevenção da doença oral.

No presente estudo, os respondentes do sexo feminino autorraltaram pior QdVRSO, obtendo scores mais elevados no OHIP-14-PT. Estes resultados estão de acordo com os obtidos por Gomes, Teixeira e Paçô (2015), Motallebnejad, Mehdizabeh, Najafi e Sayyadi (2015) e Beldiman et al. (2017), mas não refletem os encontrados por Castrejón-Pérez, Borges-Yanez, Iripoyen-Camavho e Cruz-Hervert (2017) e por Umiyati, Surachmin e Ambasarti (2018) que evidenciaram a ausência de diferenças nas pontuações do OHIP-14 segundo o sexo. Ulinski et al. (2013) e Motallebnejad, Mehdizabeh, Najafi e Sayyadi (2015) referem a maior importância atribuída pelas mulheres à aparência decorrente da condição oral como fator contributivo para a pior QdVRSO relatada. No entanto, a atitude da mulher perante a SO e a saúde em geral decorrente do seu papel enquanto elemento que assume os cuidados à família, pode contribuir para que esta atribua maior significado aos aspetos subjetivos da SO e às repercussões que traduz na saúde em geral.

A análise das variáveis clínicas evidenciou que a amostra é constituída por indivíduos com múltiplas patologias e polimedicados, com predomínio das doenças do aparelho circulatório e das doenças endócrinas, metabólicas ou nutricionais. No estudo correlacional dos antecedentes patológicos com as dimensões do OHIP-14-PT aferiu-se significativo estatístico desta variável com as dimensões *Dor física* e *Incapacidade física*. Segundo Oliveira, Rocha, Nogueira e Pereira (2018) existe evidência científica que correlaciona a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus* com a SO, sendo que a ocorrência de agravos orais pode estar na dependência da fisiopatologia ou do tratamento medicamentoso destas doenças. De entre os participantes em estudo, os indivíduos com patologia do aparelho circulatório ou doença endócrina, metabólica ou nutricional relataram pior QdVRSO, obtendo um score mais elevado no índice OHIP-14-PT do que os indivíduos sem estas patologias. Ainda que, isoladamente, a associação entre os antecedentes patológicos e o regime terapêutico dos indivíduos permita apenas a inferência restritiva e dirigida, os dados em análise podem ser justificados pelo referido anteriormente. Mata, Allen, McKenna, Hayes e Kashan (2019) corroboram esta posição baseando-a no estudo que desenvolveram onde concluíram que as pessoas idosas com comorbilidades apresentam pior QdVRSO comparativamente às que não têm patologias, sendo que, segundo Sônego, Porfírio, Felício e Domingos (2013) o uso de determinados grupos de medicamentos, como os antihipertensores, incrementam no indivíduo o risco de desenvolvimento de doença. Os mesmos autores referem-se ao processo de envelhecimento como etiologia de possíveis alterações morfológicas, funcionais e psicológicas que contribuem para o decréscimo do nível de higiene oral que culmina com a degradação da SO dos indivíduos. Particularizando para as pessoas idosas institucionalizadas em ERPIs, um grupo de peritos do European College of Gerodontology e da European Geriatrics Medicine Society (Kossini et al., 2018) releva o papel dos cuidadores formais e dos dirigentes na definição estratégica de orientações a serem implementadas nas instituições por forma a que a higiene e a saúde orais não sejam descuidadas.

A condição oral dos respondentes caracteriza-se pela precaridade, tendo a quase totalidade zonas edêntulas (98,8%, n=149) e, destes, a maioria não usa mecanismos de reabilitação da cavidade oral. A elevada prevalência de problemas de SO está associada à baixa QdVRSO, premissa que legitima as correlações encontradas no estudo, na medida em que se verificou existir associação com significado estatístico entre

as dimensões *Dor física* e *Incapacidade psicológica* do OHIP-14-PT e a presença de dentes naturais. Assim, a perda de dentição natural apresenta-se como preditor negativo da QdV no domínio da dor física e a presença de dentes como preditor positivo no domínio da incapacidade psicológica, à semelhança do descrito nos estudos de Paçô (2014), Sáez-Prado, Maya-Fernandez e Sanz-Garcia (2016) e Umniyati, Surachmin e Ambasarti (2018). Desta forma, infere-se que os indivíduos atribuem importância à função mastigatória dos dentes, mas também à função estética, o que corrobora a posição de Gomes, Teixeira e Paçô (2015) que afirmam que o edentulismo, mais do que o compromisso da mastigação e da fonética, tem repercussões na estética afetando a autoimagem e a autoestima. Importa, desta forma, que na definição de estratégias em SO os decisores políticos considerem a evidência científica relacionada com a perda dentária e o impacto desta na QdV das pessoas idosas devido à alteração da mastigação, fala, nutrição, estética, aspetos psicológicos, autoestima e relações sociais.

O estudo da QdVRSO das pessoas idosas institucionalizadas que integraram a amostra sugere que estas relevam as consequências funcionais em detrimento da componente psicossocial, na medida em que o desconforto psicológico, a incapacidade psicossocial e a desvantagem foram pouco pontuadas. Ainda que a correlação com a dieta que melhor se adequa à condição oral não tenha evidenciado significado estatístico, aferiu-se que é baixo o número de pessoas idosas que ingerem alimentos de qualquer consistência, o que corrobora o impacto da disfunção física relacionada com SO na QdV. Assim, da associação das premissas referidas anteriormente emerge a necessária reflexão, dado que a ingestão nutricional na pessoa idosa tende a estar comprometida quando decorre de uma condição oral precária que culmina com a seleção de alimentos nutricionalmente desequilibrados. Paçô (2014) e Echeverria, Wunsch, Langlois, Cascaes e Silva (2019) valorizam a disfunção mastigatória inerente à precariedade da condição oral como fator favorecedor da desnutrição, enquanto Dallasta, Medina e Dallepiane (2019), numa visão mais holística do Ser Humano, enfatizam o status psicológico do indivíduo. De acordo com estes autores, as perturbações de personalidade, o isolamento social e a solidão enfraquecem a pessoa idosa potenciando o desinteresse por um plano alimentar saudável e consistente que culmina com o comprometimento das funções fisiológicas e, consequentemente, com a degradação do estado de saúde e da QdV.

No contexto da amostra estudada há uma aparente subvalorização do impacto da condição oral na QdV, caracterizando-se o autorrelato das pessoas idosas pelo sentimento de habituação à precariedade da condição oral o que determina a aceitação da disfunção, do desconforto e da desvantagem como consequências do processo de envelhecimento. De acordo com Sônego, Porfírio, Felício e Domingos (2013) as perdas dentárias e as patologias da cavidade oral evoluem de forma gradual ao longo do ciclo vital, possibilitando a adaptação do indivíduo à nova condição e à implementação de estratégias que permitam a satisfação das necessidades, nomeadamente no que concerne à função mastigatória. Paralelamente, reconhece-se que a população idosa viveu num contexto em que o modelo de cuidados de SO se caracterizava pela desigualdade de acesso e de disponibilização de cuidados, sendo que estes eram frequentemente mutiladores (Cornejo, Perez, Lima, Casals-Peidro, & Borrrell, 2013). Ainda que, no que respeita à SO da pessoa idosa, o Serviço Nacional de Saúde tenha evoluído favoravelmente na definição de políticas protetoras, importa considerar o contexto cultural dos indivíduos e das comunidades, na medida em que este conflui para que haja diferentes perceções perante a mesma condição. Assim, o nível de QdVRSO evidenciado na amostra pode demonstrar que os respondentes não consideram a SO como determinante da saúde em geral e da QdV, nomeadamente no que respeita ao domínio psicossocial.

CONCLUSÕES

As pessoas idosas institucionalizadas em ERPIs têm dificuldade no acesso aos cuidados de SO, pelo que é pertinente a definição de estratégias e orientações específicas que colmatem esta lacuna.

As variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais têm impacto na QdVRSO.

A condição oral tem impacto nas dimensões psicossocial e funcional da pessoa idosa.

O *status* de SO é determinante da saúde em geral e da QdV da pessoa idosa.

BIBLIOGRAFIA

- Afonso, A. (2014). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Adaptação linguística e cultural do OHIP-14 (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, Portugal).
- Alzate-Urrea, S., Agudelo-Suárez, A., López-Vergel, F., López-Orosco, C., Espinosa-Herrera, É., Posada-López, A., & Meneses-Gómez, E. (2015). Calidad de vida y salud bucal: Perspectiva de adultos mayores atendidos en la red hospitalaria pública de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, 14 (29), pp. 83-96.
- Beldiman, M-A, Tatarciuc, M., Bosânceanu, D-N, Macovei, G., Luchian, I., & Mârtu, I. (2017). Quality of Life and Psychological and Social Aspects for Elderly Patients - The Oral Health Impact Profile Questionnaire. *Romanian Journal of Oral Rehabilitation*, 9 (1), pp. 39-46.
- Cardoso, R. (2014). Necessidade de Execução de Tratamentos de Saúde Oral em Idosos Institucionalizados. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Viseu, Portugal).
- Castrejón-Pérez, R., Borges-Yanez, S., Iripoyen-Camavho, M., & Cruz-Hervert, L. (2017). Negative impact of oral health conditions on oral health quality of life of community dwellin elders in Mexico city, a population based study. *Geriatrics Gerontology Int*, 17, pp. 744-752.
- Cornejo, M., Perez, G., Lima, K.-C., Casals-Peidro, E., & Borrell, C. (2013). Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 18 (2), pp. e285-2292.
- Dallasta, T., Medina, V., & Dallepiane, L. (2019). Quality of life related to oral health among elderly of a socialization group. *O Mundo sa Saúde*, pp. 418-437.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral Portugal 2019. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n° 12427/2016). Lisboa.
- Echeverria, M., Wunsch, I., Langlois, C., Cascaes, A., & Silva, A. (2019). Oral health-related quality of life in older adults - longitudinal study. *Gerontology*, 36, pp. 118-124.
- Federação Dentária Internacional. (2015). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales - una llamada a la acción global. Atlas de la Salud Bucodental. Ginebra: Myriad Editions.

Federação Dentária Internacional. (2016). FDI's Definition of oral health. Obtido em 21 de setembro de 2019, de FDI: <<https://www.fdiworlddental.org/oral-health/fdi-definition-of-oral-health>>

Fisher, J., Selikowitz, H., Marthur, M., & Varenne, B. (2018). Strengthening oral health for universal health coverage. *The Lancet*, 392, pp. 899-901.

Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (2019). Carta Social 2018. Obtido em 6 de setembro de 2019, de <[http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=04&cod_concelho=02&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal](http://www.cartasocial.pt/resultados_pesquisageral.php?filtrar=hidden&cod_distrito=04&cod_concelho=02&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=2107&nome=&localpostal=)>

GBD 2016 Diseases and Injury and Prevalence. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390, pp. 1211-1259.

Glick, M., Silva, O., Seeberger, G., Xu, T., Pucca, G., Williams, D. Kess, S, Eiselé, J-L, & Séverian, Y. (2012). Ordem dos Médicos Dentistas. Obtido em 21 de setembro de 2019, de Conduzir o Mundo a uma Ótima Saúde Oral - FDI Visão 2020. Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral: <<https://www.ond.pt/observatorio/futuro/>>

Gomes, M., Teixeira, M., & Paçô, M. (2015). Preditores Clínicos da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos Diabéticos. *Revista de Enfermagem referência, Série IV, N° 7*, pp. 81-89.

Guadalupe, S., & Cardoso, J. (2018). As redes de suporte social informal como fontes de provisão social em Portugal: o caso da população idosa. *Revista Sociedade e Estado*, 33 (1), pp. 215-250.

Hernandez, J., Diaz, F., & Vilchis, M. (2015). Oral Health Related Quality of Life. Em M. (. Virdi, *Emerging Trends in Oral Health Sciences and Dentistry* (pp. 691-712). IntechOpen.

Japan Dental Association & Organização Mundial da Saúde. (2015). Tokyo Declaration on Dental Care health for Healthy Longevity. Tóquio.

Jerez-Roig, J., Souza, D., Andrade, F., Filho, B., Medeiros, R., Oliveira, N., Neto, S., & Lima, K. (2016). Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, pp. 3367-3375.

Kossini, A., Hajto-Bryk, J., Maggi, S., McKenna, G., Petrovic, M., Roller-Wirnsberger, R., Schimmel, M., Tamulaitienė, M., Vanobbergen, J., & Muller, F. (2018). An Expert Opinion from the European College of Gerodontology and the European Geriatric Medicine Society: European Policy Recommendations on Oral Health in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66, pp. 609-613.

Mata, C., Allen, P., McKenna, G., Hayes, M., & Kashan, A. (2019). The relationship between oral-health-related quality of life and general health in an elderly population: A cross-sectional study. *Gerodontology*, 36, pp. 71-77.

Monteiro, A. (2018). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Pacientes com Diabetes tipo 2: Relação com Variáveis Sociodemográficas, Comportamentais e Clínicas. (Dissertação de mestrado, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, Portugal).

Motallebnejad, M., Mehdizabeh, S., Najafi, N., & Sayyadi, F. (2015). The evaluation of oral health-related factors on quality of life of the elderly in Babol. *Contemp Clin Dent.*, 6 (3), pp. 313-317.

Oliveira, E., Rocha, V., Nogueira, D., & Pereira, A. (2018). Quality of life and oral health among hypertensive and diabetic people in a Brazilian Southeastern city. *Ciência&Saúde Coletiva*, 23 (3), pp. 763-772.

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Genebra: World Health Organization.

Paçô, M. (2014). *Avaliação do impacto da saúde oral em utentes diabéticos com idade superior ou igual a 65 anos*. (Trabalho de projeto, Instituto Politécnico de Bragança, Escola superior de Saúde, Bragança, Portugal).

Penetro, F. (2017). *As representações sociais sobre o processo de envelhecimento de idosos beneficiários do Serviço de Apoio Domiciliário e de idosos residentes em Estrutura Residencial*. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Porto, Portugal).

PORDATA. (2019). *BI das regiões: Bragança*. Obtido em 6 de setembro de 2019, de PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo: <<https://www.pordata.pt/Municipios>>

PORDATA. (7 de fevereiro de 2020). *Escolaridade da População*. Obtido em 10 de março de 2020, de PORDATA Base de Dados Portugal Contemporâneo: <<https://www.pordata.pt/Portugal/>>