

Millenium, 2(14), 29-36.

pt

QUALIDADE DE VIDA E A AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL: O CASO PARTICULAR DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

QUALITY OF LIFE AND SELF-PERCEPTION OF HEALTH RELATED TO ORAL HEALTH: THE PARTICULAR CASE OF INSTITUTIONALIZED ELDERLY

CALIDAD DE VIDA Y AUTO PERCEPCIÓN DE SALUD RELACIONADA CON LA SALUD BUCAL: EL CASO PARTICULAR DEL ANCIANO INSTITUCIONALIZADO

*Olga Moura Ramos<sup>1</sup>*  
*Salette Soares<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Matosinhos, Portugal

<sup>2</sup> Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Escola Superior de Saúde, Viana do Castelo, Portugal

Olga Moura Ramos - holga82ramos@gmail.com | Salette Soares - saletesoares@ess.ipvvc.pt



**Autor Correspondente**

*Olga Alexandra Moura Ramos*  
Rua Dr João José de Freitas, nº 25  
5300-137 Bragança - Portugal  
holga82ramos@gmail.com

RECEBIDO: 05 de novembro de 2020

ACEITE: 25 de novembro de 2020

## RESUMO

**Introdução:** A Organização Mundial da saúde (WHO) inclui a saúde oral (SO) no conceito global de saúde e considera-a essencial para a qualidade de vida (QdV). Avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) contribui para a aferição efetiva das necessidades.

**Objetivos:** Caracterizar as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais da amostra. Analisar a relação entre estas e a QdVRSO.

**Métodos:** Estudo quantitativo, transversal e correlacional. Realizaram-se entrevistas estruturadas fundamentadas num questionário sociodemográfico construído para o efeito e na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14-PT) a 151 idosos de 9 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

**Resultados:** Predomínio do género feminino e viúvos. A média da idade é de  $84.4 \pm 6.4$  anos. A quase totalidade dos inquiridos tem antecedentes patológicos e toma medicação.

A maioria tem dentes naturais (65.6%), mas 31.8% nunca escovam os dentes e a boca.

O *score* médio do OHIP-14-PT é de 18.22. Os itens mais pontuados foram a *Sensação de desconforto no ato de comer* e a *Necessidade de interromper as refeições*. Há diferenças estatisticamente significativas entre o *score* total do OHIP-14-PT e a literacia dos inquiridos.

**Conclusão:** A amostra autorrelatou um nível moderado de QdVRSO. O edentulismo e a ausência de uso de prótese dentária predizem pior QdVRSO. Há dificuldade no acesso dos idosos aos cuidados de saúde oral.

**Palavras-chaves:** saúde bucal; qualidade de vida; idoso; instituição de longa permanência para idosos; enfermagem em saúde comunitária;

## ABSTRACT

**Introduction:** The World Health Organization (WHO) includes oral health (OH) in the global concept of health and considers it essential for the quality of life (QoL). Assessing the quality of life related to oral health (QofLROH) contributes to the effective measurement of needs.

**Objectives:** To characterize the sociodemographic, clinical and behavioral variables of the sample. Analyze the relationship between these and the QofLROH.

**Methods:** Quantitative, cross-sectional and correlational study. Structured interviews were conducted based on a sociodemographic questionnaire built for the purpose and in the translated and adapted version for the Portuguese population of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14-PT) to 151 elderly people from 9 Residential Structures for the Elderly (RSfE).

**Results:** Predominance of the female gender and widowers. The average age is  $84.4 \pm 6.4$  years. Almost all respondents have a pathological history and take medication.

Most of them have natural teeth (65.6%), but 31.8% of them never brush their teeth and mouth.

The average OHIP-14-PT score is 18.22. The most scored items were the feeling of discomfort in the act of eating and the need to interrupt meals. There are statistically significant differences between the total OHIP-14-PT score and the literacy of respondents.

**Conclusion:** The sample self-reported a moderate level of QofLROH. Edentulism and the absence of use of dental prosthesis predict worse QofLROH. There is a great difficulty in the elderly's access to oral health care.

**Keywords:** oral health; quality of life; old person; long-stay institution for the elderly; community health nursing

## RESUMEN

**Introducción:** La Organización Mundial de la Salud (WHO) incluye la salud oral (SO) como concepto global de salud y la considera esencial para la calidad de vida (CdV). Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud oral (CdVRSO) contribuye para constatar las necesidades efectivas.

**Objetivos:** Caracterizar las variables socio-demográficas, clínicas y comportamentales de la muestra. Analizar la relación entre estas y la CdVRSO.

**Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal y correlacional. Se realizaron entrevistas estructuradas, fundamentadas en un cuestionario socio-demográfico construído para tal efecto en la versión traducida y adaptada para la población portuguesa del *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14-PT) en 151 ancianos de 9 Centros Residenciales para ancianos.

**Resultados:** Predominio del sexo femenino y viudos. La media de edad es de  $84.4 \pm 6.4$  años. Casi el total de los encuestados tiene antecedentes patológicos y toma medicación.

La mayoría tiene dientes naturales (65.6%), pero 31.8% nunca cepillan los dientes y la boca.

El *score* medio del OHIP-14-PT es de 18.22. Los ítems más puntuados fueron la *Sensación de molestia al comer* y la *Necesidad de parar las comidas*. Hay diferencias estadísticamente significativas entre el *score* total del OHIP-14-PT y la literacidad de los encuestados.

**Conclusión:** La muestra auto relató un nivel moderado de QdVRSO. El edentulismo y la falta del uso de la prótesis dentaria predicen un peor QdVRSO. Hay dificultad de los ancianos al acceso para los cuidados de la salud oral.

**Palabras clave:** salud bucal; calidad de vida; anciano; centros de larga estancia para ancianos; enfermería en salud comunitaria

## INTRODUÇÃO

Ainda que de forma desigual e a um ritmo mais lento, a população mundial continua a crescer. Atualmente, pelas alterações demográficas evidenciadas e pelas características biopsicossociais inerentes, os idosos apresentam-se como um desafio para os profissionais e serviços de saúde, sendo que, aqueles que têm maiores necessidades de saúde tendem a ser aqueles que detêm menor acesso aos cuidados de saúde. Assim, torna-se emergente o desenvolvimento de políticas que superem as desigualdades e que promovam a equidade no acesso a recursos e serviços que potenciem a saúde e a QdV das populações.

A Saúde Oral (SO) é um direito humano fundamental que integra a saúde em geral. Apesar de, durante décadas, não ter sido considerada um assunto de interesse prioritário para as agendas políticas, a SO tem significado nas dimensões física e psicológica, pelo que, avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde através do impacto da condição oral contribui para a melhoria das estratégias de prevenção e intervenção em SO (Zucoloto, Maroco, & Campos, 2016; Dallasta, Medina, & Dallepiane, 2019).

Objetivou-se a caracterização das variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais e a relação destas com a QdVRSO.

## 1. REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento traduz o desenvolvimento socioeconómico das nações da saúde pública, representando, paralelamente, o enriquecimento dos indivíduos. Contudo, emerge um novo paradigma de envelhecimento que torna premente garantir a melhor saúde possível na velhice por forma a alcançar o desenvolvimento sustentável (WHO, 2017), na medida em que, se os *anos a mais são dominados por declínios na capacidade física e mental, as implicações para as pessoas mais velhas e para a sociedade são muito mais negativas* (WHO, 2015, p. 5). Assim, envelhecer com saúde, autonomia e independência é um desafio individual, coletivo e multissetorial com tradução na economia dos países, dado que é um processo progressivo e contínuo ao longo do ciclo vital do indivíduo com mudanças na sua estrutura biológica, psicológica e social.

A WHO (1999) define idoso como o indivíduo com 65 ou mais anos para os países desenvolvidos, sendo este ponto de corte reduzido para os 60 anos quando a análise populacional é concernente aos países em desenvolvimento. Da mesma forma, considera pessoas muito idosas as que têm idade cronológica de 80 ou mais anos. No entanto, mais do que uma definição temporal de idoso, é imperioso que a sociedade e os responsáveis políticos tenham um olhar crítico e direcionado para as necessidades deste *setting* populacional e para os desafios que lhe estão inerentes.

Decorrente das alterações funcionais inerentes à progressão da idade cronológica, surge a alteração das competências do idoso no que respeita à resposta aos estímulos externos pelo que, ao longo do ciclo vital, importa a promoção de um envelhecimento ativo e saudável e fundamentado em experiências positivas, por forma a que o prolongamento da vida traduza oportunidades de saúde, participação e segurança ao invés da segregação social da pessoa idosa (Penetro, 2017).

A saúde no idoso resulta das experiências vivenciadas ao longo da vida e é influenciada por um conjunto de fatores que definem o nível de saúde da pessoa na velhice, englobando áreas tão distintas como a genética e as alterações moleculares, mas também os aspetos económicos, tecnológicos e culturais. Ainda que isoladamente nenhuma destas variáveis possa ser enunciada como causa etiológica do processo de envelhecimento ou do status de saúde e bem-estar do idoso, a sua análise multidimensional prediz a forma como o indivíduo e as comunidades envelhecem.

Atendendo ao referido, é lícito afirmar que saúde e envelhecimento são construções sociais e culturais com determinação biológica e com repercussão na autopercepção da saúde. Este é um aspeto relevante a considerar quando se avalia o nível de saúde de pessoas, uma vez que a autopercepção demonstra, através de uma esfera integral percebida pelo indivíduo, o seu verdadeiro nível de saúde. Román, Toffoleto, Sepulveda, Salfate e Grandon (2017) salientam que o principal componente de satisfação com a vida dos idosos é a autopercepção da saúde, sendo que a percepção positiva perante as condições de saúde em que os idosos se encontram é essencial para o equilíbrio e para a manutenção dos papéis sociais e de interação com a família e a sociedade. Dicotomizar a condição de saúde do Ser Humano em saúde e doença é um processo complexo e permeável a um conjunto de fatores multidimensionais, pelo que importa interpretar a saúde como um conceito positivo, sensível aos recursos pessoais, sociais e ambientais do indivíduo e que integre a mensuração da QdV e a autodefinição do nível de saúde (Zucoloto et al., 2016).

Watt, Heilmann, Listl e Peres (2016) salientam a relevância do papel dos determinantes sociais nas desigualdades em SO e acrescentam que são os fatores biológicos, sociocomportamentais, psicossociais e políticos que ditam os contextos onde o indivíduo nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece. A associação entre estes fatores é contínua ao longo do ciclo vital e transversal aos diferentes países, independentemente do seu grau de desenvolvimento, o que resulta em desigualdade e injustiça social. Em 2012, a Federação Dentária Internacional refletiu sobre o futuro da SO no mundo e estabeleceu como objetivo para 2020 a adoção de um modelo mais salutogénico e fundamentado na prevenção da doença e na promoção de um índice de SO elevado em detrimento do tradicional modelo curativo. Paralelamente, almeja uma abordagem mais direcionada e abrangente que inclua todos os atores que possam contribuir para a melhoria da SO das populações (FDI, 2015). Assim, governos e organizações não governamentais devem unir esforços no sentido de encontrar soluções construtivas que visem a redução das desigualdades sociais na SO e que respondam à crescente necessidade e procura de cuidados de SO, garantindo um acesso pautado pela equidade e oportunidade (FDI, 2015; WHO, 2019).

Considerando as características específicas da pessoa envelhecida, entende-se que haja um conjunto acrescido de barreiras nos cuidados de SO dos idosos, sendo que a WHO (2019) valoriza o défice de mobilidade enquanto fator dificultador do acesso aos cuidados de SO essencialmente nos residentes em áreas rurais, as dificuldades financeiras decorrentes da transição para a reforma agravadas pelos custos dos cuidados de SO, a precaridade de comportamentos concernentes à vigilância e cuidados aos dentes e boca e a residência solitária sem apoio de amigos, familiares ou cuidadores que se responsabilizem por esta necessidade. Assim, é fundamental reconhecer a importância da manutenção da SO ao longo de todo o ciclo vital por forma a garantir uma esperança de vida crescente e saudável pelo que, no caso dos idosos dependentes ou institucionalizados, os prestadores de cuidados assumem um papel epicêntrico na vigilância e prestação de cuidados orais (Zanesco, Bordin, Santos, Muller, & Fadel, 2018). Segundo Cardoso (2014), há uma procura crescente de profissionais de SO por indivíduos com mais de 65 anos. No entanto, no que respeita aos idosos institucionalizados, verifica-se a prevalência de um pior estado de SO estando este associado a cuidados de higiene oral diminuídos e à restrição dos cuidados médico-dentários às situações urgentes, sendo que a higienização dentária não é assumida como prioridade (Cardoso, 2014; Rekhi & et al., 2016). A evidência relatada nos estudos referidos contribui para que os idosos institucionalizados refiram uma autopercepção da saúde baixa com a inevitável repercussão nas diferentes dimensões enquanto ser holístico e na sua QdV (Jerez-Roig & et al., 2016). Desta forma, importa garantir que os dirigentes das ERPI estabeleçam planos e ações que promovam e protejam a SO dos residentes e sensibilizem os cuidadores, os familiares e os próprios idosos para as necessidades em SO destes indivíduos.

## 2. MÉTODOS

Com o propósito de observar a relação entre as variáveis decorrentes ou influenciadoras da autopercepção da QdVRSO de idosos institucionalizados em ERPI, encetou-se um estudo empírico, transversal e correlacional, com abordagem quantitativa.

### 2.1 Amostra

De entre os idosos do concelho de Bragança - Portugal, em janeiro de 2019, cerca de 800 encontravam-se institucionalizados nas 22 ERPI disponíveis. A amostra final da investigação realizada inclui 151 indivíduos, o que representa 31,8% dos idosos institucionalizados nas ERPI que a integram e 18,7% dos idosos institucionalizados no concelho de Bragança.

### 2.2 Recolha de dados

A recolha de dados, que aconteceu no período temporal de dezembro de 2019 a janeiro de 2020, foi conseguida através da realização, por uma única investigadora, de um inquérito na forma de entrevista estruturada fundamentada no instrumento de recolha de dados, decorrendo esta nas instalações da ERPI onde o idoso reside. No local, a identificação dos idosos candidatos a integrar o estudo foi realizada pelo diretor técnico ou pessoa indicada por este, sendo que o momento de recolha de dados se iniciou pela confirmação do cumprimento dos critérios de inclusão e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido. O instrumento de recolha de dados englobou um questionário sociodemográfico construído para o efeito e o OHIP-14-PT, sendo esta a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Afonso (2014) do Oral Health Impact Profile desenvolvido por Slade (1997). As pontuações do OHIP-14-PT foram interpretadas com base no método de adição para a totalidade dos itens e para as dimensões, justificando-se esta opção com o facto deste ser um método com melhor desempenho comparativamente ao método de contagem simples.

O OHIP-14-PT integra duas perguntas para cada uma das sete dimensões da versão original e apresenta propriedades psicométricas semelhantes (Rodrigues, 2015).

### 2.3 Critérios de inclusão

Definiram como critérios de uniformização das unidades de análises: Ter capacidade para compreender e assinar o consentimento informado, livre e esclarecido; Ter idade igual ou superior a 65 anos; Ter nacionalidade portuguesa; Estar institucionalizado em ERPI do concelho de Bragança.

Foram excluídos todos os indivíduos que responderam incorretamente a pelo menos uma questão da avaliação da orientação relativa ao tempo, espaço e pessoa constante no instrumento de recolha de dados.

### 2.4 Procedimentos

Para a realização do estudo obteve-se decisão favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, conforme Parecer nº P624/11-2019.

A integração das ERPI no estudo foi precedida de um pedido de autorização para realização do mesmo dirigido ao diretor técnico. Aos participantes, foi solicitada a leitura, reflexão e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido que se anexa. Foram garantidos o anonimato, a confidencialidade de dados e a possibilidade de desistir em qualquer momento do estudo, sendo que os dados recolhidos apenas serão utilizados na presente investigação e foram destruídos no seu término.

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

O tratamento estatístico dos dados foi processado no software *Statistical Package for the Social Sciences*® versão 23, emergindo a análise do recurso a medidas de estatística descritiva e inferencial. Para a inferência estatística recorreu-se a testes não paramétricos com um nível de significância de 0,05. Elegeu-se o Teste de Ajustamento do Qui-Quadrado para a análise da associação de variáveis nominais e ordinais e o Coeficiente de Correlação de *Pearson* para a medição do grau de associação entre duas variáveis quantitativas.

### 3. RESULTADOS

A investigação realizada incidiu em 9 ERPI com taxa de ocupação de 100% à data de recolha de dados. No que concerne à saúde oral dos residentes, esta é uma variável de preocupação para os dirigentes de todas as instituições participantes, ainda que apenas 3 avaliem a condição oral dos idosos com regularidade.

Participaram no estudo 151 idosos, tendo o mais novo 65 anos e o mais velho 99 anos de idade, com idade média de 84.4 anos ( $\pm 6.4$  anos). Constatou-se que a mediana é de 85.0 anos, o que permite afirmar que se trata de uma população muito envelhecida de acordo com a definição adotada pela WHO (1999). Pela distribuição da idade segundo o género verificou-se que, em média, os participantes do género feminino são mais velhos que os do género masculino (84.8 anos,  $\pm 0.64$  anos e 83.7 anos,  $\pm 0.89$  anos, respetivamente). Quando são estabelecidos grupos etários em função dos percentis, 46.4% dos idosos inquiridos (n = 70) têm entre 86 e 99 anos e 27.2% (n = 41) têm entre 82 e 85 anos.

Pela análise das variáveis sociodemográficas confirmou-se que atualmente todos os participantes são reformados, que a grande maioria é viúvo (70.2%, n = 106) e que frequentou o ensino até ao 1º Ciclo do Ensino Básico (53.6%, n = 81). No que respeita ao local de residência anterior à institucionalização, 79.5% dos idosos (n = 120) residiam em meio rural, facto que sustenta o tipo de atividade exercida pelos indivíduos, na medida em que a agricultura foi a atividade profissional mencionada como ocupação durante a vida ativa por 43.7% da amostra (n = 66), seguindo-se a profissão de doméstica (29.8%, n = 45), o que faz com que o setor primário de atividade seja o que tem maior representatividade (74.8%, n = 113).

De entre as unidades de análise, 96.0% (n = 145) referiram ter pelo menos uma patologia e 94.0% (n = 142) tomar, habitualmente, algum tipo de medicação, prevalecendo as doenças do aparelho circulatório (71.5%, n = 108) e as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (60.9%, n=92).

No que concerne aos hábitos de adição, objetivou-se que 83.4% dos indivíduos (n = 126) nunca fumaram e 13.3% (n = 20) fumaram, mas referem já não fumar enquanto que, relativamente ao consumo de álcool, 42.4% dos inquiridos (n = 64) nunca ingeriram bebidas alcoólicas e 33.1% (n = 50) fizeram-no no passado.

O edentulismo está presente em 97.8% dos inquiridos (n=149), sendo que destes, 34.4% (n = 52) não têm dentição. Dos indivíduos com zonas edéntulas, a maioria (53.7%, n = 80) não usa prótese dentária.

Apesar da maioria dos inquiridos ter o hábito de escovar os dentes e a boca (68.2%, n = 103), 31.8% (n = 48) nunca o fazem, sendo que, dos indivíduos que higienizam a cavidade oral, 50.5% (n = 52) fazem-no de manhã e 17.5% (n = 18) antes de deitar. Os restantes 32.0% (n = 33) escovam os dentes e a boca mais do que uma vez por dia. De entre os idosos que usam prótese dentária (45.7%, n = 69), 53.6% (n = 37) procede à sua higienização mais do que uma vez por dia e 2.9% (n = 2) nunca o faz.

No momento da recolha de dados, 45.7% dos inquiridos (n = 69) respondeu *Sim* à questão *Tem algum problema com a boca ou prótese dentária que o façam pensar que necessita de uma consulta com um profissional de saúde oral?*, mas 55.0% (n = 83) referiu não ter o hábito de frequentar consultas de profissionais de saúde oral. Dos que têm este hábito, a maioria (91.2%, n = 62) fá-lo apenas quando é necessário e, do total de idosos, apenas 4.0% (n = 6) o fazem com regularidade. No que respeita à data da última consulta com um profissional de saúde oral, evidenciou-se que 17.2% dos participantes (n = 26) nunca foram a uma consulta com estes profissionais e 25.8% (n = 39) fê-lo há mais de 3 anos.

O autorrelato da QdVRSO dos inquiridos foi avaliado com recurso ao OHIP-14-PT, obtendo-se uma pontuação média, de acordo com o método da adição, de 18.22, com um Mínimo de 0.00 e um Máximo de 50.00 ( $\pm 10.66$ ). A maioria dos inquiridos nunca teve a percepção 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. Da mesma forma, 76.8% dos participantes (n = 116) referiram que a condição oral não tem significado na interação com os outros e 56.3% (n = 85) que esta nunca os impediu de relaxar. Os itens mais pontuados foram a *Necessidade de interromper as refeições* e a *Sensação de desconforto no ato de comer* devido a problemas relacionados com a boca os dentes ou a prótese dentária, sendo que para o primeiro 39.7% referiu desconforto algumas vezes (n = 60) e para o segundo 35.1% (n = 53) atribuiu a mesma resposta. Assim, a grande maioria 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. Os restantes itens do OHIP-14-PT foram avaliados pela maioria dos inquiridos como não tendo impacto na sua QdV.

Verificou-se que há significado estatístico entre o género e o uso de tabaco ( $p = 0.000$ ), o consumo de álcool ( $p = 0.000$ ), a presença de dentição natural ( $p = 0.040$ ), de zonas edéntulas ( $p = 0.029$ ) e o uso de prótese dentária ( $p = 0.019$ ).



Na correlação entre as variáveis sociodemográficas e o OHIP-14-PT, verificou-se que há associação entre o nível de escolaridade e a Dimensão 7 ( $p = 0.001$ ) e o score total ( $p = 0.003$ ) do OHIP-14-PT, evidenciando-se que um nível superior de literacia verte em melhor QdVRSO.

Na correlação das variáveis clínicas com o autorrelato da QdVRSO, há diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com e sem antecedentes patológicos na Dimensão 2 ( $p = 0.044$ ) e na Dimensão 4 ( $p = 0.011$ ) do OHIP-14-PT. Nos inquiridos com dentição natural há diferenças com significado estatístico nas Dimensões 2 ( $p = 0.035$ ) e 5 ( $p = 0.015$ ). Paradoxalmente, não se verificou qualquer associação estatística entre o edentulismo total ou parcial e a QdVRSO autorrelatada.

O estudo da relação estatística entre as variáveis comportamentais e a QdVRSO evidencia que não há diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões do OHIP-14-PT e a escovagem dos dentes e da boca e a escovagem da prótese dentária, mas há entre as Dimensões 6 ( $p = 0.040$ ) e 7 ( $p = 0.032$ ) e o comportamento de procura de consultas de profissionais de saúde oral.

#### 4. DISCUSSÃO

A investigação da QdVRSO no idoso traduz-se em contributos que garantem a melhor saúde possível na velhice, permitindo o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.

No presente estudo, prevalece a institucionalização de idosos em ERPI sediadas em meio rural. A preferência por esta localização pode advir da oferta, mas também do facto da maioria dos participantes provir de meio rural mantendo a residência em contextos próximos dos que caracterizaram o seu percurso de vida. Tal como preconizado pela Direção-Geral da Saúde (2017) é expectável que o indivíduo, ainda que idoso, participe na vida social, económica, cultural, espiritual e cívica da comunidade onde se insere, sendo que a institucionalização em contextos próximos dos vivenciados durante a vida adulta contribui para o envelhecimento ativo e saudável.

As participantes do género feminino relataram pior QdVRSO o que sobrepõe o evidenciado por Gomes, Teixeira e Paçô (2015) e Beldiman et al. (2017), mas não reflete o encontrado por Castrejón-Pérez, Borges-Yáñez, Irigoyen-Camacho e Cruz-Hervert (2017) e por Umniyati, Surachmin e Ambarsati (2018) que evidenciaram a ausência de diferenças nas pontuações do OHIP-14 segundo o género. 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.

Na correlação das variáveis sociodemográficas com o OHIP-14-PT verificou-se existir associação com significado estatístico entre o nível de literacia da amostra e o *score* total do OHIP-14-PT obtido pelo método de adição. Estes dados espelham os encontrados por Gomes et al. (2015), Beldiman, et al. (2017), Castrejón-Pérez et al. (2017) e Dallasta et al. (2019), sendo de referir que um nível superior de literacia é um fator protetor no paradigma holístico do conceito de saúde em geral, podendo ser associado ao aumento da procura e ao melhor acesso à informação relativa à promoção da saúde e prevenção da doença oral, o que tem significado na condição de SO e, consequentemente, na QdVRSO.

De entre os participantes em estudo, os indivíduos com patologia do aparelho circulatório ou doença endócrina, metabólica ou nutricional relataram pior QdVRSO. 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 facto da ocorrência de agravos orais poder estar na dependência da fisiopatologia ou do tratamento medicamentoso das referidas patologias. Mata, Allen, McKenna, Hayes e Kashan (2019) corroboram esta posição baseando-a no estudo que desenvolveram onde concluíram que idosos com comorbilidades apresentam pior QdVRSO sendo que o uso de determinados grupos de medicamentos, como os antihipertensores, incrementam no indivíduo o risco de desenvolvimento de doença oral.

A condição oral dos inquiridos caracteriza-se pela precaridade e reflete o encontrado no estudo de base populacional realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas (2019) e no estudo desenvolvido em idosos institucionalizados de Barcelona por Cornejo, Pérez, Lima, Casals-Peidro e Borrell (2013) que evidenciaram a elevada prevalência de problemas de SO nos residentes, associando-os à baixa QdVRSO.

Atendendo a que a investigação realizada foi dirigida a um *setting* populacional específico, é essencial ter presente que a condição oral do idoso resulta do percurso de saúde durante o ciclo de vida do indivíduo. De entre os fatores biológicos, a idade é uma variável com significado na saúde em geral e na SO, sendo que o avançar da idade é sinónimo de diminuição do nível de SO (Umniyati, Surachmin et al., 2018; WHO, 2019). Paralelamente, a perspetiva cronológica da definição de estratégias relativas à prevenção da doença e promoção da SO revela a segregação dos idosos enquanto grupo alvo da intervenção, acrescendo o facto de muitos indivíduos dependerem do cuidador no acesso aos cuidados de SO. Neste contexto, os resultados aferidos no estudo desenvolvido devem ser lidos e interpretados com especial interesse, na medida em que 73,6% dos participantes ( $n = 111$ ) têm 82 ou mais anos e, em Portugal, à semelhança da restante Europa e do mundo, o acesso à SO caracteriza-se pela dificuldade e inadequação dos recursos face às exigências populacionais, nomeadamente no que respeita à resposta dada pelo Serviço Nacional de Saúde. Contudo, assiste-se à evolução das políticas favorecedoras da equidade e acesso aos cuidados de SO.

Nos idosos, a autoavaliação da SO é uma variável complexa que vincula creanças, percurso de vida, acesso aos cuidados de SO e comportamentos adquiridos de hábitos de higiene oral, estando este conjunto de fatores representado na autopercepção da SO

do idoso. Desta forma, é premente a sensibilização dos cuidadores e do próprio indivíduo para a adoção de comportamentos protetores e para a procura de cuidados de SO enquanto veículos para a melhoria da QdVRSO.

No que respeita à especificidade da amostra estudada, a institucionalização em ERPI pode ser entendida como um fator facilitador e promotor de comportamentos de procura de cuidados de saúde, assim como de hábitos de higiene oral adequados. Contudo, ressalva-se a importância do papel do cuidador, na medida em que, tratando-se de uma população muito idosa e com algumas limitações funcionais, é fundamental garantir a motivação e a instrução do indivíduo, sem descuidar a supervisão dos cuidados. Enquanto profissional que integra a equipa multidisciplinar de cuidados ao indivíduo, o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária assume uma posição de destaque na prevenção da doença e na promoção da SO sendo que, fundamentando a sua atuação na metodologia do planeamento em saúde, deve fazer uma avaliação concisa do estado de saúde de *settings* mais vulneráveis e promover o empoderamento do indivíduo e dos cuidadores através de ações de sensibilização e de instrução. De acordo com Cunha, et al. (2014), na SO, o desempenho do enfermeiro deve evidenciar-se na prevenção primária, podendo os preditores da QdVRSO fundamentar a estruturação de um programa de promoção de SO nos idosos.

## CONCLUSÃO

A caracterização sociodemográfica da amostra estudada é representativa dos indicadores populacionais regionais e nacionais, não havendo significado estatístico entre as variáveis sociodemográficas e o nível de QdVRSO autorrelatado.

Concluiu-se que predominam as doenças crónicas com significado na QdVRSO e que o edentulismo e a ausência de uso de prótese dentária representam pior nível de QdVRSO autorreferida.

O enfermeiro, pelas competências que lhe são inerentes e enquanto profissional de saúde de proximidade com o indivíduo, assume uma posição de destaque no que respeita à prevenção primária. Assim, sugere-se que, com fundamento no conhecimento que detém relativamente aos preditores da QdVRSO, os enfermeiros estruturarem programas de promoção da SO no idoso, sendo pertinente a definição de um plano interdisciplinar que objetive a melhoria da QdVRSO, promovendo o envelhecimento ativo.

Reconhecem-se como limitações do estudo o tamanho da amostra que não permite a generalização dos resultados à população de idosos institucionalizados em ERPI, a escassez de estudos prévios em idosos institucionalizados e o horizonte temporal definido por não permitir o desenho de um estudo longitudinal que permitisse a determinação de uma razão causal entre as variáveis estudadas e a QdVRSO.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, A. (2014). *Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral: Adaptação linguística e cultural do OHIP-14*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Tese de mestrado.
- Beldiman, M., Tartaciuc, M., bosânceanu, D., Macovei, G., Lucian, L. & Mârtu (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 apresentada à Universidade Católica Portuguesa*).
- Castrejon-Perez, R. C., Borges-Yanez, S. A., Irigoyen-Camacho, M. E., & Cruz-Hervert, P. (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-e292.
- Cunha, M., Santos, E., Venâncio, V. Almeida, V., Martins, P. & Santos, R. (2014). Intervenção dos enfermeiros na promoção da saúde oral em idosos. Revisão sistemática da literatura. *Millenium*, 46, pp. 167-178.
- Dallasta, T. C., Medina, V. B., & Dallepiane, L. B. (2019). Quality of life related to oral health among elderly of a socialization group. *O Mundo sa Saúde*, pp. 418-437.
- DGS - Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2006). *Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.
- DGS. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº 12427/2016)*. Lisboa.
- FDI. (2015). *El Desafío de las Enfermedades Bucodentales - una llamada a la acción global. Atlas de la Salud Bucodental*. Genebra: Myriad Editions.

- 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)>
- Gomes, M. J., Teixeira, M. C., & Paçô, M. T. (2015). Preditores Clínicos da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos Diabéticos. *Revista de Enfermagem referência, Série IV, Nº 7*, pp. 81-89.
- Jerez-Roig, J., Souza, D., Andrade, F., Filho, B., Medeiros, R., Oliveira, N., Neto, S. & Lima, K. (2016). Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *21 (11)*, pp. 3367-3375.
- Mata, C., Allen, P. F., McKenna, G. J., 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.
- OMD. (2019). *Barómetro da Saúde Oral*. 5ª Edição.
- 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*.
- Rekhi, A., Marya, C., obero, S., Nagpal, R., Dhingra, C. & Kataria, S. (2016). Periodontal status and oral health-related quality of life in elderly residents of aged care homes in Delhi. *Geriatrics Gerontology International, 16*, pp. 474-480.
- Rodrigues, G. (2015). *Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida*.
- Román, A., Toffoleto, M. C., Sepulveda, J. C., Salfate, S. V., & Grandon, K. L. (2017). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en los Adultos Mayores. *Texto Contexto Enfermagem, 26 (2)*, pp. 1-10.
- Slade, G. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry Oral Epidemiology, 25*, pp. 284-290.
- Umniyati, H., Surachmin, A., & Ambarsati, G. (2018). The relationship between anterior tooth loss and quality of life among elderly in Posbindu, bojongnangka, Kelapa Dua Sub-District, Tangerang, Jakarta-Indonesia. *Bali Medical Journal, 7 (3)*, pp. 626-630.
- Watt, R. G., Heilmann, A., Listl, S., & Peres, M. A. (2016). London Charter on Oral Health Inequalities. *Journal of Dental Research, 95 (3)*, pp. 245-247.
- WHO. (1999). *Men Ageing And Health - Achieving health across life span*. WHO.
- WHO. (15 de março de 2015). *Tokyo Declaration on Dental Care and Oral Health for Healthy Longevity*. Obtido em 15 de outubro de 2019, de <[https://www.who.int/oral\\_health/tokyodeclaration\\_final.pdf](https://www.who.int/oral_health/tokyodeclaration_final.pdf)>
- WHO. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Genebra: World Health Organization.
- WHO. (2019). *Oral Health - Important target groups*. Obtido em setembro de 21 de 2019, de <[https://www.who.int/oral\\_health/action/groups/en/index1.html](https://www.who.int/oral_health/action/groups/en/index1.html)>
- Zanesco, C., Bordin, D., Santos, C. B., Muller, E. V., & Fadel, C. B. (2018). Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia, 21 (3)*, pp. 293-303.
- Zucoloto, M. L., Maroco, J., & Campos, J. A. (2016). Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health, 16 (55)*, pp. 1-6.