

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE
ORAL EM IDOSOS: Um Estudo Exploratório**

Patrícia Alexandra Cardoso Pinto

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2009

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE
ORAL EM IDOSOS: Um Estudo Exploratório**

Patrícia Alexandra Cardoso Pinto

Dissertação, orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2009

RESUMO

Objectivos: Explorar o impacto da percepção da condição oral na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral e Auto-Estima e, descrever os comportamentos de higiene oral praticados pela amostra de pessoas idosas.

Métodos: Foi extraída uma amostra de 33 pessoas idosas das Residenciais e Centro de Recuperação do Centro de Apoio Social de Oeiras (Ministério da Defesa). Aplicou-se um Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, o Perfil de Impacto na Saúde Oral (OHIP), a Escala de Auto-Estima Global e, ainda uma Entrevista Semi-Estruturada de Comportamentos de Higiene Oral.

Resultados: O principal factor subjacente a uma auto-percepção negativa da condição oral é a presença de problemas de SO, sendo estes de natureza essencialmente subjectiva. Verifica-se diferenças entre subgrupos: na auto-percepção da condição oral relativamente ao resultado final do OHIP; na auto-percepção da condição oral e problemas de SO relativamente a quase todas as dimensões do OHIP; no número de dentes perdidos, presença de dentes naturais e utilização de prótese dentária relativamente à Auto-Estima. As dimensões do OHIP com resultados mais elevados são Dor, Desconforto Psicológico e Incapacidade Física. A frequência de higiene oral mais citada é 3 vezes por dia. A escova, pasta dentífrica e elixir são os instrumentos mais utilizados. A maioria refere visitar o Geronto-Estomatologista apenas quando necessita. Os alimentos duros são os mais evitados. A maioria percebe os comportamentos de higiene oral realizados como sendo suficientes.

Conclusões: Os resultados enquadram-se na literatura existente, sugerindo que a percepção da condição oral desempenha um papel fundamental na QVRSO das pessoas idosas, sendo percebida de forma mais desfavorável nas pessoas com problemas de SO, principalmente ao nível da preocupação relativamente aos problemas de SO e da interferência destes na alimentação. Assim, realça-se a pertinência de realizar intervenções através do fornecimento da informação acerca da SO e comportamentos de higiene oral a adoptar.

Palavras-chave: Saúde Oral; Auto-Percepção da Saúde Oral; Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral; Auto-Estima; Comportamentos de Higiene Oral

ABSTRACT

Purpose: To explore the impact of the perception of oral condition on Oral Health Related Quality of Life and Self-Esteem and, describe the oral hygiene behaviors perform by the sample of elderly.

Methods: A sample of 33 elderly was drawn from the Residencies and Centre of Recuperation of the Centre of Social Support of Oeiras (Ministry of Defense). The data was collected by applying a Socio-Demographic and Clinical Questionnaire, the Oral Health Impact Profile (OHIP), the Global Self-Esteem Scale and, an Oral Hygiene Behaviors Semi-Structured Interview.

Results: The main factor underlying a negative self-perception of oral condition is the presence of Oral Health problems, which were essentially of subjective nature. There are differences between subgroups: in self-perception of oral condition relatively to OHIP final result; in self-perception of oral condition and presence of Oral Health problems relatively to almost OHIP dimensions; in the number of lost teeth, number of natural teeth and use of dental prosthesis relatively to Self-Esteem. The OHIP dimensions with higher results are Pain, Psychological Discomfort and Physical Disability. The more cited frequency of oral hygiene is 3 times a day. The toothbrush, toothpaste and elixir are the most used instruments. The majority refer to visit the Geronto-Stomatologist just when needed. Hard foods are the most avoided. The majority assess the performed oral hygiene behaviors as being sufficient.

Conclusions: The results are in line with the findings of other authors, suggesting that the perception of oral condition plays an important part on OHRQL of elderly, being assess in a more negative way in people with Oral Health problems, mainly for the preoccupation relatively to Oral Health problems and interference in alimentation. Therefore, it enhances the relevance to carry out interventions through information supplying about Oral Health and adoption of new oral hygiene behaviors.

Key-words: Oral Health; Self-Perception of Oral Health; Quality of Life Related to Oral Health; Self-Esteem; Oral Hygiene Behaviors

AGRADECIMENTOS

Neste espaço expresse o meu apreço pelas pessoas que me possibilitaram realizar este trabalho.

Gostaria, em primeiro lugar, de expressar um sincero agradecimento ao meu orientador, o Professor Doutor Fernando Fradique, pelo constante incentivo ao aperfeiçoamento científico, apoio, confiança e disponibilidade.

À Professora Doutora Luísa Barros pela pequena, mas importante colaboração na adaptação do OHIP-14 para a língua portuguesa. E também, ao Professor Doutor Joyce-Moniz pelos dois anos de intensa mas enriquecedora partilha de conhecimentos.

Às pessoas do Centro de Apoio Social de Oeiras: aos psicólogos do gabinete de Psicologia, em especial à Mestre Marta Gonçalves, pelo apoio prestado durante a recolha dos dados mas, principalmente, aos residentes das Residenciais e do Centro de Recuperação, pois sem a vossa disponibilidade e amabilidade, este trabalho não teria sido possível. O meu muito obrigado pela vossa colaboração!

Aos meus Pais, as pessoas mais importantes da minha vida, a quem dedico este trabalho. Vocês são o meu porto seguro e motivaram-me sempre a seguir em frente e a lutar pelos meus sonhos. Obrigada pelo vosso amor e apoio incondicionais. Amo-vos muito!

Às minhas grandes amigas Diana Almeida, Hayane Vardevanyan e Sofia Brás, pelo companheirismo e confiança. A vossa amizade é muito importante para mim! E à Maria José, que apesar de só a conhecer a partir do 4º ano, revelou-se uma grande amiga e um grande suporte emocional. Obrigada pela tua amizade!

Aos meus colegas do Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença, pela entajuda e companheirismo que caracterizou o nosso pequeno grupo.

Por fim, mas não menos importante, gostaria de agradecer aos meus amigos de Sintra (que sabem quem são), pela vossa amizade que tem resistido às separações que a vida de hoje em dia impõe.

ÍNDICE

Resumo	p. iii
Abstract	p. iv
Agradecimentos	p. v
Índice	p. vi
Lista de Gráficos	p. viii
Lista de Tabelas	p. ix
Lista de Abreviaturas	p. x
Introdução	p. 1
1. Fundamentação Teórica	p. 2
1.1 Saúde Geral e Saúde Oral	p. 2
1.1.1 Saúde Geral	p. 2
1.1.2 Saúde Oral	p. 3
1.1.3 Problemas de Saúde Oral nas pessoas idosas	p. 4
1.1.4 Comportamentos de higiene oral nas pessoas idosas	p. 7
1.1.5 Relação entre Saúde Geral e Saúde Oral	p. 9
1.2 Qualidade de Vida	p. 13
1.2.1 Introdução	p. 13
1.2.2 Perspectiva Histórica	p. 13
1.2.3 Definição, Características e Avaliação da Qualidade de Vida	p. 13
1.2.4 Definição e Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	p. 15
1.2.5 Definição e Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral	p. 17
1.3 Auto-Estima	p. 20
1.3.1 Introdução	p. 20
1.3.2 Perspectiva Histórica	p. 20
1.3.3 Definição e Avaliação de Auto-Estima	p. 21
2. Metodologia	p. 23
2.1 Objectivos do estudo	p. 23
2.2 Amostra	p. 24
2.2.1 Caracterização sócio-demográfica e clínica da amostra	p. 24

2.3 Variáveis Estudadas	p. 27
2.4 Instrumentos Utilizados	p. 27
2.4.1 Questionário Sócio-Demográfico e Clínico	p. 28
2.4.2 Perfil de Impacto na Saúde Oral	p. 28
2.4.3 Escala de Auto-Estima	p. 30
2.4.4 Entrevista Semi-Estruturada de Comportamentos de Higiene Oral	p. 31
2.5 Procedimento	p. 32
3. Resultados	p. 34
3.1 Objectivo 1: Caracterizar a dependência da Auto-Percepção negativa da Saúde Oral em relação às variáveis sócio-demográficas e clínicas na amostra de pessoas idosas	p. 34
3.2 Objectivo 2: Caracterizar a percepção da QVRSO e Auto-Estima em pessoas idosas	p. 36
3.3 Objectivo 3: Caracterizar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e a percepção da QVRSO e Auto-Estima	p. 37
3.4 Objectivo 4: Caracterizar o impacto das variáveis sócio-demográficas e clínicas na percepção das dimensões de QVRSO	p. 39
3.5 Objectivo 5: Caracterizar a relação entre as dimensões da QVRSO e Auto-Estima	p. 44
3.6 Objectivo 6: Descrever os comportamentos de higiene oral realizados pelas pessoas idosas	p. 44
3.6.1 Importância da higiene oral	p. 44
3.6.2 Frequência dos comportamentos de higiene oral	p. 45
3.6.3 Instrumentos de higiene oral utilizados	p. 46
3.6.4 Frequência de visitas ao dentista	p. 47
3.6.5 Alimentação	p. 47
3.6.6 Percepção da necessidade de melhorar os comportamentos de higiene oral	p. 49
4. Discussão dos Resultados e Conclusões	p. 50
4.1 Discussão dos Resultados	p. 50
4.1.1 Objectivo 1	p. 50
4.1.2 Objectivo 2	p. 52
4.1.3 Objectivo 3	p. 53
4.1.4 Objectivo 4	p. 54

4.1.5 Objectivo 5	p. 56
4.1.6 Objectivo 6	p. 56
4.2 Limitações do Estudo	p. 58
4.3 Conclusões	p. 59
Referências bibliográficas	p. 61
Anexos	
Lista de Gráficos	
Gráfico 1 – Distribuição da amostra por Género	p. 24
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por Idade	p. 25
Gráfico 3 – Distribuição da amostra por Estado Civil	p. 25
Gráfico 4 – Distribuição da amostra por Nível de Escolaridade	p. 25
Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a Auto-avaliação da condição oral	p. 26
Gráfico 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a Presença de Problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária e, Presença de Dentes Naturais	p. 26
Gráfico 7 – Distribuição da amostra relativamente ao Número de Dentes Perdidos	p. 26
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes quanto à Auto-avaliação da condição oral relativamente à Idade	p. 34
Gráfico 9 – Distribuição dos participantes quanto à Auto-avaliação da condição oral relativamente ao Nível de Escolaridade	p. 34
Gráfico 10 – Distribuição dos participantes de acordo com a Auto-avaliação da condição oral relativamente ao Número de Dentes Perdidos	p. 35
Gráfico 11 - Distribuição dos factores subjacentes na importância da higiene oral (%)	p. 44
Gráfico 12 – Distribuição dos participantes de acordo com as frequências de lavagem dos dentes/próteses dentárias (%)	p. 45
Gráfico 13 – Distribuição dos instrumentos de higiene oral utilizados (%)	p. 46
Gráfico 14 – Distribuição das visitas ao dentista (%)	p. 47
Gráfico 15 – Distribuição dos alimentos evitados (%)	p. 48
Gráfico 16 – Distribuição dos participantes relativamente ao evitamento dos doces, salgados e bebidas gasosas (%)	p. 48

Gráfico 17 – Distribuição dos participantes relativamente à necessidade de melhorar os comportamentos de higiene oral (%)	p. 49
--	-------

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Associações entre Saúde Geral e Saúde Oral	p. 10
Tabela 2 – Diferença significativa e distribuição dos participantes quanto Auto-avaliação da condição oral relativamente à Presença de Problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária	p. 35
Tabela 3 – Distribuição dos problemas de SO percebidos na amostra relativamente a uma Auto-avaliação negativa da condição oral (%)	p. 36
Tabela 4 – Resultados do OHIP	p. 36
Tabela 5 – Resultados da Escala de Auto-Estima	p. 37
Tabela 6 – Coeficientes de correlação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas	p. 37
Tabela 7 – Coeficientes de correlação entre OHIP e variáveis sócio-demográficas e clínicas	p. 37
Tabela 8 – Coeficientes de correlação entre Auto-Estima e variáveis sócio-demográficas e clínicas	p. 38
Tabela 9 – Diferenças significativas no resultado final OHIP em relação à Auto-avaliação da condição oral	p. 38
Tabela 10 – Diferenças significativas da Auto-Estima em relação às variáveis clínicas	p. 39
Tabela 11 – Distribuição das respostas aos itens do OHIP (%)	p. 40
Tabela 12 – Resultados das várias dimensões do OHIP	p. 41
Tabela 13 – Coeficientes de correlação entre dimensões do OHIP e variáveis sócio-demográficas e clínicas	p. 41
Tabela 14 – Diferenças significativas nas dimensões do OHIP relativamente à Auto-avaliação da condição oral	p. 42
Tabela 15 – Diferenças significativas nas dimensões do OHIP relativamente à Presença de Problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária	p. 43

Lista de Abreviaturas

SG – Saúde Geral

SO – Saúde Oral

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QVRSO – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

SPEMD – Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária

WHOQOL - World Health Organization instrument to assess Quality of Life

OHIP – Oral Health Impact Profile

AE – Auto-Estima

INTRODUÇÃO

“Saúde não é doença, Saúde é Qualidade de Vida”

(Minayo, Hartz & Buss, 2000)

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma mudança demográfica cada vez mais acentuada na população mundial. O seu crescimento acontece a uma velocidade anual de 1,2%, enquanto a população com 65 anos ou mais está a crescer a uma velocidade anual de 2,3% (UN, 2002, citado por Peterson & Ueda, 2006). Por isso, estima-se que, em 2025, serão 2 biliões de pessoas idosas, sendo que 80% destas viverão em países em desenvolvimento (United Nations Population Division, 2003, World Health Organization, 2002, citado por Peterson & Yamamoto, 2005).

Esta mudança demográfica gradual pode ser atribuída, principalmente, à diminuição da taxa de mortalidade das pessoas idosas e ao declínio da taxa de nascimentos. Para além disso, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma continuada e sustentada nos países mais desenvolvidos, em parte, graças aos progressos políticos, económicos, sociais e ambientais, assim como os avanços na saúde pública e na Medicina (Buss, 2000). Porém, apesar de a população idosa tender a utilizar os cuidados de saúde mais do que média, é também aquela que menos utiliza os serviços de Saúde Oral (Kane, 1985, Kiyak, 1986, citado por Maupomé, Borges, Ramírez & Díez-de-Bonilla, 1999).

A Saúde Oral (SO) é um dos domínios da Saúde Geral (SG) que pode afectar o funcionamento da pessoa idosa. Os problemas de SO têm vindo a ser reconhecidos como importantes causadores de um impacto negativo nas actividades diárias, provocando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais (WHO/Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2003, citado por Gomes & Abegg, 2007). Em última análise, uma auto-percepção da condição oral diminuída pode levar à ausência de cuidado oral diário e necessidade de tratamento odontológico e, conseqüentemente a uma SO pobre. Neste sentido, os problemas de SO reflectem-se negativamente na Qualidade de Vida (QV) e Auto-estima da pessoa idosa.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 SAÚDE GERAL E SAÚDE ORAL

1.1.1 SAÚDE GERAL

Saúde é um conceito intrínseco à natureza humana. Etimologicamente, o termo Saúde advém da palavra em latim *sanitas*, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos. Desde os primórdios da civilização humana até ao século XXI, que este termo tem sofrido várias alterações na sua definição, sendo que a partir de meados do século XX até aos dias de hoje, a definição de Saúde sofreu um avanço positivo significativo. Assim, o termo Saúde, para além de significar ausência de doença, também incluía o sentimento de Bem-Estar físico, mental e social, incluindo significações positivas como, ter energia, sentir-se em forma, comer adequadamente, ter relações sociais satisfatórias, etc. Desta forma, é definida pela Organização Mundial de Saúde (1948, citado por Ogden, 2004, p.63), como sendo “*um estado de completo Bem-Estar físico, mental e social, e não somente na ausência de uma doença ou enfermidade*”. Deste modo, como Lau (1995, cit. por Ogden, 2004) afirmou, esta concepção de Saúde inclui factores físicos, psicológicos, comportamentais e sociológicos.

Esta evolução constitui, por um lado, um progresso no plano formal, porque é uma proposta positiva e, por outro, no plano prático, pois possibilitou o aparecimento de políticas sanitárias mais eficazes, ultrapassando as dicotomias corpo – mente, natural e social, Saúde e Doença, promoção e prevenção, prevenção e terapêutica, e terapêutica e reabilitação. Deste modo, Saúde é vista como algo que pode ser promovido, alcançado, aperfeiçoado, a partir de uma dialéctica entre o paciente e o cuidador. Assim, Saúde é considerado um construto multifactorial cujos determinantes incluem idade, sexo, factores hereditários, estilo de vida, influências sociais e comunitárias, condições de habitação e trabalho, bem como as condições socioeconómicas, culturais e ambientais (Trindade e Teixeira, 2007).

A noção de Bem-Estar está popularmente relacionada com Saúde, podendo, à primeira vista, significar um sentimento subjectivo do sentir-se bem, não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (Júnior, 2004). Mas, estudos científicos relativos à auto-avaliação do estado de Saúde indicam que as avaliações que

as pessoas realizam sobre a sua Saúde ultrapassam a simples avaliação somática ou psíquica. Acontece que, as avaliações pessoais do estado de Saúde representam uma avaliação global da QV e Bem-estar, ou seja, a pessoa não ignora a dimensão física, mas inclui a dimensão psicológica e social na avaliação que faz do seu estado de Saúde (Justice, 1998, cit. por Trindade e Teixeira, 2007).

1.1.2 SAÚDE ORAL

Saúde Oral é definida pela OMS (World Health Organization, 2007), como sendo 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, outras doenças e perturbações orais que afectam a cavidade oral e a boca. Apesar desta definição parecer completa, representa, contudo, apenas um estado de SO ideal. A verdade é que a maioria das pessoas, em qualquer momento da sua vida, irá ter um qualquer problema de SO. Embora a Ciência esteja avançada quanto aos tratamentos, o modo de vida actual (alimentação à base de açúcares e gorduras, hábitos tabágicos, consumo de álcool, etc.) leva, irremediavelmente, a problemas de SO. Por seu lado, estes problemas podem perturbar a funcionalidade normal da pessoa, como se pode verificar pelo modelo apresentado a seguir.

O modelo conceptual de Locker (1988) é um dos modelos mais utilizados para avaliar o estado da SO. Este modelo baseia-se na classificação da OMS (WHO, 1980, citado por Allen, 2003) dos conceitos de deterioração, incapacidade e desvantagem. O modelo de Locker defende que, os problemas de SO poderão levar a sete possíveis consequências, nomeadamente deterioração, limitação funcional, dor/desconforto, incapacidade (física, psicológica e social) e desvantagem (Baker, 2007). Por isso, tenta capturar todos os resultados funcionais e psicossociais possíveis que os problemas de SO poderão provocar (Allen, 2003). Neste sentido, a deterioração (por ex: perda de dentes) poderá levar a limitação funcional (por ex: dificuldade em mastigar) e dor/desconforto (auto-relatos de sintomas físicos e psicológicos). Por sua vez, estas dificuldades podem levar a incapacidade (incapacidade de realizar as actividades diárias, por ex: alimentação insatisfatória) e a desvantagem (por ex: isolamento social devido a embaraço). No fundo, o modelo de Locker é uma tentativa de compreensão das doenças orais e as suas consequências a nível físico, psicológico e social (Baker, 2007).

Desta forma, verifica-se que os diversos problemas de SO que afectam a população idosa podem, com as suas particularidades, revelar-se um enorme fardo e acarretar variadas consequências negativas.

1.1.3 PROBLEMAS DE SAÚDE ORAL NAS PESSOAS IDOSAS

Apesar de os problemas de SO serem transversais a todas as faixas etárias, estes problemas são especialmente relevantes na população idosa. Dadas as características desta população, outros problemas de saúde são, normalmente, mais prioritários. As limitações a nível físico, cognitivo e funcional, aliadas aos mitos enraizados no sistema de crenças acerca da velhice e envelhecimento e, de que já não merecem receber todos os cuidados de saúde, prejudicam a sua SO. Esta é geralmente subvalorizada nesta população, podendo causar dor e sofrimento, bem como dificuldades na fala, mastigação e deglutição e, em última análise, diminuir a sua QV. Estes problemas podem ser agravados por alguns medicamentos (anti-histamínicos, antipsicóticos, antidepressivos) usados para tratar doenças sistémicas. Para além disso, o tratamento destas doenças pode complicar-se devido a infecções orais bacterianas (U.S. Department of Health and Human Services, 2000, citado por Vargas, Kramarow & Yellowitz, 2001).

Considerando que os problemas de SO que afectam a população idosa revelam-se bastante frequentes e incapacitantes, seguidamente apresenta-se uma breve descrição dos principais problemas de SO que afligem esta faixa etária.

A dor oro-facial é um dos grandes problemas de SO e pode ter um impacto negativo na alimentação das pessoas idosas. Consequentemente, pode levar à malnutrição, perda de peso, diminuição da massa muscular, à osteoporose, incapacidade funcional e, por sua vez, a uma diminuição da QV (Muhlethaler, Stuck, Minder & Frey, 1995, La Rue, Koehler, Wayne, Chiulli, Haaland & Garry, 1997, citado por Amarantos, Martinez & Dwyer, 2001). Num estudo de Chung e col. (2004, cit. por Peterson & Ueda, 2006), verificou-se que a dor oro-facial era um importante problema na saúde geriátrica, em que as pessoas idosas referiram experienciar dores que se revelavam incapacitantes durante um elevado número de dias.

O edentulismo (perda parcial ou completa de dentes) é bastante prevalente na população idosa mundial (Peterson, 2003 cit. por Peterson & Yamamoto, 2005). Reflecte-se na estética e auto-imagem, mas principalmente na dificuldade em falar,

mastigar e no acto de comer (Vargas, Kramarow & Yellowitz, 2001). Como Wolf (1998, p. 315, citado por Shinkai & Del Bel Cury, 2000) verificou numa pesquisa com adultos brasileiros, a perda de dentes é “*sentida como prejudicial à organização egóica e factor desencadeante de sentimentos de desamparo, impotência e diminuição da auto-estima*”. O uso de próteses dentárias tem como objectivo diminuir o impacto destes problemas e, em última análise, melhorar a QV. Porém, caso as próteses dentárias não sejam sujeitas a uma boa higiene diária e não forem retiradas da boca frequentemente, podem interferir com a sensação do paladar e da percepção do cheiro (Ship, 1999), e consequentemente com a alimentação. Num estudo epidemiológico realizado pela OMS (WHO, 2003, citado por Jones, Orner, Spiro III & Kressin, 2003), Portugal, em 2000 era, de entre 23 países, aquele com mais pessoas idosas edentuladas (70%). Noutro estudo da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária (2004) relativo ao Mês da Saúde Oral – 2003, a média de perda de dentes a partir dos 65 anos, situava-se entre os 12.78 e 17.87, sendo superior ao intervalo verificados nas outras faixas etárias, que rondava entre 2.75 e 11.01. Esta faixa etária é, também, a que apresenta menor número de dentes saudáveis, rondando entre 10 e 16, enquanto nas outras faixas etárias situava-se entre 14 e 22.

As doenças orais bacterianas mais comuns nos adultos idosos são as cáries e a doença periodontal. Relativamente às cáries, este é considerado um problema de saúde público, relacionado com factores sociais e comportamentais (Schou, 1995, Peterson, 2003, cit. por Peterson & Yamamoto, 2005). Assim, é possível verificar um padrão que caracteriza esta população (Peterson & Yamamoto, 2005): são pessoas com baixo rendimento (Beck, 1990), visitas pouco regulares ao Geronto-Estomatologista (Beck, 1990; Vehkalahti & Paunio, 1988), não lavam os dentes frequentemente (Vehkalahti & Paunio, 1988), comem elevadas quantidades de açúcares (Vehkalahti & Paunio, 1988) e fumam (Beck, 1990). No estudo da SPEMD (2004), o número de dentes cariados e obturados diminui a partir dos 30 anos por a maior parte dos dentes se perderem devido às cáries e doença periodontal. Ainda no mesmo estudo, a média de dentes cariados é a segunda mais elevada no nível educacional básico (3.86) e, a média de dentes perdidos a mais elevada (8.31). Tais resultados vão ao encontro dos que se têm verificado noutros estudos estrangeiros (Schou, 1995, Chen, Andersen, Barmes, *et al.*, 1996, cit. por Peterson & Yamamoto, 2005).

Existem vários factores que predis põem para o aparecimento da doença periodontal, entre eles, doenças e medicações, recessão gengival e restaurações de dentes e, hábitos tabágicos (Kamen, 1997, Lehman, Bartoshuk, Catalanotto, Kveton & Lowlicht, 1995, cit. por Ship, 1999). Por exemplo, no mesmo estudo da SPEMD (2004), a população idosa apresentava a pior situação periodontal, com apenas 13% de dentes e gengivas saudáveis. Esta doença, se não for alvo de tratamento, pode, através da acumulação da placa bacteriana, levar à perda da inserção do ligamento periodontal e destruição do tecido ósseo adjacente que suporta os dentes. Assim, esta situação pode levar à proliferação de microrganismos e aumento da placa bacteriana que, por sua vez, conduzem à dor, perda de dentes e, perturbações no paladar e cheiro e contribuir para o aparecimento de halitose (Ship, 1999; Vargas, Kramarow & Yellowitz, 2001). Deste modo, é reconhecido que a prevenção da doença periodontal é de extrema importância. Vários estudos têm encontrado uma relação entre a diabetes *mellitus* (1 e 2) e a doença periodontal (Shlossman, Knowler, Pettitt & Genco, 1990, cit. por Peterson & Yamamoto, 2005; Papapanou, 1996, cit. por Peterson & Ueda, 2006). Grossi e Genco (1998, cit. por Peterson & Ueda, 2006) explicam que existe uma relação bidireccional: o risco e a severidade da doença periodontal dependem do controlo glicémico, assim como este pode depender da severidade da doença periodontal. Løe (1993, cit. por Peterson & Ueda, 2006) chega mesmo a considerar a doença periodontal como a sexta complicação da diabetes *mellitus* (1 e 2). Para além disso, alguns estudos indicam que esta doença parece ser um factor de risco para doenças coronárias e enfartes (Joshi-pura, Rimm, Douglass, Trichopulos, Ascherio & Willett, 1996, cit. por Peterson & Yamamoto, 2005; Beck, *et al.*, 1996, cit. por Peterson & Ueda, 2006). Não obstante, outros estudos têm verificado que essa relação não se tem encontrado (Mattila, *et al.*, 2000, Hujoel, *et al.*, 2000, Howell, *et al.*, 2001, cit. por Peterson & Ueda, 2006), pelo que são necessários mais estudos que foquem os processos de doença periodontal e dos mecanismos infecciosos, até porque doenças cardiovasculares e doenças orais partilham vários factores de risco, logo, tais resultados deverão ser interpretados cautelosamente.

Muitas pessoas idosas queixam-se de boca seca e decréscimo da produção salivar. Estes problemas são, provavelmente, devidos mais às doenças e suas medicações do que ao processo natural de envelhecimento (Fox, 1997, cit. por Ship, 1999). Não obstante, pelo facto de a saliva ter um papel importante no sabor, pessoas com esta dificuldade

podem experienciar mudanças na percepção do paladar (Spielman, 1990, cit. por Ship, 1999).

Por fim, o cancro oral (lábios, cavidade oral e faringe) mostra elevadas taxas de morbidade e mortalidade, quando comparado com outros tipos de cancro. Este cancro é 7 vezes mais provável de ser diagnosticado em pessoas com mais de 65 anos (Ries, Eisner, Kosary, Hankey, Miller, Clegg & Edwards, 2000, cit. por Vargas, Kramarow & Yellowitz, 2001). Os principais determinantes no aparecimento do cancro oral são o tabagismo e o álcool (Silverman & Gorsky, 1990, Silverman, 1992, Lewin, *et al.*, 1998, Pajukoski, *et al.*, 1999, Thomas, *et al.*, 2003, Epstein, *et al.*, 2005, cit. por Peterson & Ueda, 2006). Para além disso, o nível de escolaridade (Reichart, 2000, cit. por Peterson & Yamamoto, 2005) e de rendimento inferiores (Hashibe, Jacob, Thomas, Ramadas, Mathew, Sankaranayanan, *et al.*, 2003, cit. por Peterson & Yamamoto, 2005) representam factores de risco no aparecimento do cancro oral.

Como se pode verificar, os problemas de SO nas pessoas idosas são vários e, como tal, reflectem-se negativamente na dieta e nutrição, o que por sua vez, se reflecte no resto do organismo, na auto-imagem e, conseqüentemente, no Bem-Estar e na QV. Por isso, realça-se a importância da higiene oral nesta faixa etária para, desta forma, diminuir o desconforto que causa, bem como o seu impacto negativo na SG, na QV e Auto-Estima desta população.

1.1.4 COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL NAS PESSOAS IDOSAS

Manter uma boa higiene oral é um dos comportamentos mais importantes que se pode ter de modo a manter uma dentição saudável. A higiene oral revela-se uma importante estratégia para evitar ou diminuir a probabilidade do aparecimento de problemas de SO e, naturalmente, evitar ou diminuir o impacto negativo destes problemas na QV.

Considerando os problemas acima descritos que afectam a SO das pessoas idosas, torna-se fundamental realizar os comportamentos de higiene oral. Estes comportamentos são particularmente essenciais dadas as características desta população. É reconhecido que a percepção da necessidade de tratamento e as atitudes em relação ao estado da SO são uma importante influência na utilização dos cuidados de SO (Tennstedt, *et al.*, 1994, cit. por Maupomé, *et al.*, 1999). A auto-percepção da SO está associada aos aspectos físicos e subjectivos relacionados com a boca e, é

influenciada por factores sociais (idade e sexo) e económicos (estatuto socioeconómico). No fundo, o próprio indivíduo percebe as suas condições de SO e necessidades de tratamento (Mascarenhas, 1999, Matthias, Atchison, Lubben, De Jong, Schewitzer, 1995, citado por Silva, Sousa & Wada, 2005). Por um lado, vários estudos demonstraram que a auto-percepção é influenciada pela utilização efectiva dos cuidados de SO, revelando-se maior entre as pessoas que já visitaram o Geronto-Estomatologista (Gilbert, Helft, Duncan & Ringelberg, 1994, Adams, Freeman, Gelbier & Gibson, 1997, Chisick, Poindexter & York, 1997, Atchison & Dubin, 2003, citado por Martins, Barreto & Pordeus, 2008). Não obstante, o acesso aos serviços de SO por parte das pessoas idosas pode ser dificultado devido a dificuldades de mobilidade, dificuldades financeiras, a ausência de tradição no cuidado oral, bem como as atitudes negativas em relação à SO (Peterson & Yamamoto, 2005). Por outro lado, Kiyak (1993, citado por Silva & Fernandes, 2001) refere mesmo que, a principal razão da condição oral dos idosos ser tão pobre é precisamente devido à não percepção da necessidade de cuidados dentários, pois mesmo quando se disponibilizou serviços dentários gratuitos ou de baixo custo, a sua utilização por parte dos idosos não aumentou, o que reforça a ideia de que os preditores mais fortes para a sua utilização são a necessidade percebida e as atitudes perante os cuidados orais. Assim, a introdução da auto-percepção do indivíduo da sua condição oral no processo avaliativo clínico, juntamente com a avaliação do profissional, possibilitou o início de uma avaliação multidimensional da condição oral (Biazevic, 2001 citado por Biazevic, Michel-Crosato, Iagher, Pooter, Correa & Grasel, 2004), bem como o desenvolvimento de instrumentos, como o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) (Atchison & Dolan, 1990) ou o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) (Slade & Spencer, 1994).

De acordo com as indicações do Ministério da Saúde (2006) relativamente à SO na idade adulta, é importante escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia com uma pasta dentífrica fluoretada para remover a placa bacteriana e proteger da desmineralização; usar o fio dentário (ou escovilhões, caso os espaços entre os dentes sejam largos) diariamente para remover a placa bacteriana entre os dentes e junto à linha gengival, antes que esta mineralize e se transforme em tártaro; e limitar a ingestão de alimentos açucarados ou com hidratos de carbono, especialmente alimentos muito adesivos aos dentes. Quanto mais lanches fizer entre as refeições, durante mais tempo haverá contacto dos ácidos com o esmalte dos seus dentes. Caso utilize prótese dentária,

deve tomar especial atenção ao se desgaste e ajuste na boca, devendo ser sujeitas a uma higiene diária profunda, para além de serem frequentemente retiradas da boca.

Mas mesmo com todos os cuidados, a pessoa idosa irá deparar-se com alguns problemas de SO. Por isso, é de extrema importância a visita regular ao Geronto-Estomatologista (a frequência mínima aconselhada é de uma vez por ano), como modo de prevenção, tal como quando surge algum problema. Porém, como já foi referido anteriormente, a visita ao Geronto-Estomatologista requer uma auto-percepção da necessidade de tratamento, principalmente na prevenção de problemas de SO. Vários estudos têm verificado que as pessoas idosas percebem a sua SO usando diferentes critérios dos utilizados pelos profissionais: enquanto o Geronto-Estomatologista avalia a condição oral pela presença ou ausência de doenças (Silva & Fernandes, 2001), as pessoas idosas utilizam sinais e sintomas específicos como a dor (Gilbert, *et al.*, 1944, Jokovic & Locker, 1997, Steele, *et al.*, 1997, Locker & Gruska, 1997, citado por Nunes & Abegg, 2008), sinais e sintomas que afectam o acto de mastigar (Strauss & Hunt, 1993, cit. por Nunes & Abegg, 2008) e que interferem com a aparência (Strauss & Hunt, 1993, Lester, Ashley & Gibbons, 1998, cit. por Nunes & Abegg, 2008). Aparentemente, essa percepção da necessidade de tratamento é mínima, visto que, por exemplo, num estudo da *National Health Interview Survey*, em 1997 (Vargas, Kramarow & Yellowitz, 2001), as pessoas idosas edentuladas referiram visitar o Geronto-Estomatologista, durante um ano, numa frequência muito inferior às pessoas com os dentes naturais. Das primeiras, 75% referiram ir ao Geronto-Estomatologista “quando necessário”, quando comparado com os 37% das segundas. As características socioeconómicas revelam-se importantes neste aspecto: No geral, pessoas com nível educacional superior manifestavam, tendencialmente, o dobro da probabilidade de visitar o Geronto-Estomatologista no último ano do que as pessoas com nível educacional inferior (Vargas, Kramarow & Yellowitz, 2001).

Os problemas de SO e a ausência de higiene oral adequada pode trazer complicações para a SO das pessoas idosas, mas também para a sua SG, como já foi possível verificar anteriormente, nomeadamente com a doença periodontal.

1.1.5 RELAÇÃO ENTRE SAÚDE GERAL E SAÚDE ORAL

Considerando que a Saúde comporta todos os aspectos referentes ao ser humano (físico, psicológico e social), uma SO pobre pode afectar negativamente o

funcionamento e Bem-Estar psicossocial. Ou seja, como refere Everett Koop (Koop, 1993, cit. por Vargas, Kramarow & Wellwits, 2001, p.1): “*Não se é saudável sem uma boa Saúde Oral*”. Numa revisão de literatura sobre a relação entre SO, SG e QV, Gift e Atchison (1995, p.NS68, citado por Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2004) concluíram que: “*A Saúde Oral é uma parte integrante da Saúde Geral e contribui para a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde... quando a Saúde Oral está comprometida, a saúde em geral e a qualidade de vida podem estar diminuídas. A Saúde Oral não tem sido avaliada como componente dos instrumentos de avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde*”, sendo muitas vezes considerada isoladamente (Peterson & Ueda, 2006).

A *World Oral Health Report 2003* (Peterson, 2003a cit. por Peterson & Ueda, 2006) destaca o fardo das doenças orais e os princípios para o controlo destas doenças e a promoção da saúde no século XXI, dando particular ênfase à relação entre SG e SO ao defender que:

- a) A SO é integral e essencial à SG;
- b) A SO é um factor determinante da QV;
- c) A SO e SG estão fortemente associadas.

O fardo das doenças orais – perda de dentes, cáries, doenças periodontais, xerostomia e cancro oral – é mais elevado em pessoas idosas, e têm um enorme impacto negativo na QV. Assim sendo, certas condições de SO têm sido associadas a doenças crónicas, sendo as relações entre SG, SO e QV bastantes pronunciadas na idade adulta idosa. As associações entre SG e SO são descritas no quadro seguinte (Peterson & Ueda, 2006). As relações com a QV serão discutidas adiante.

Tabela 1 – Associações entre Saúde Geral e Saúde Oral

Saúde Geral	Saúde Oral
Doenças neurológicas como demência e doença de Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Níveis elevados de cáries; ▪ Perda de dentes; ▪ Doenças periodontais/negligência da higiene oral; ▪ Dor; ▪ Dificuldades em mastigar; ▪ Baixa funcionalidade das próteses dentárias.

Dificuldades visuais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cáries dentárias; ▪ Sangramento das gengivas; ▪ Capacidade reduzida para manter saúde oral.
Xerostomia relacionada com doenças sistêmicas, radiações na cabeça e pescoço, ou medicação regular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cáries dentárias; ▪ Incapacidade para mastigar, engolir e falar.
Nutrição desadequada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença periodontal; ▪ Perda de dentes; ▪ Higiene oral pobre; ▪ Funcionalidade para mastigar e engolir; ▪ Paladar; ▪ Secura na boca; ▪ Dor; ▪ Cancro oral.
Perda de peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edentulismo.
Doenças respiratórias: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença pulmonar obstrutiva crónica ▪ Pneumonia por aspiração 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene oral pobre; ▪ Doença periodontal; ▪ Dificuldades em engolir.
Doenças cardiovasculares: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença coronária ▪ Enfarte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda de dentes; ▪ Doença periodontal severa.
Diabetes <i>mellitus</i> (tipo 1 e 2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doença periodontal severa.

Vários mecanismos biológicos têm sido sugeridos para explicar tais associações, nomeadamente, a entrada de condições inflamatórias, como a gengivite, no sistema circulatório, contribuindo para uma inflamação sistémica, que por sua vez tem sido associada a doenças sistémicas. No entanto, tal inferência causal continua a ser uma preocupação na investigação actual, pois ainda existem falhas no conhecimento acerca das associações entre SG e SO.

Ainda assim, estudos têm verificado que uma SO pobre pode estar relacionada com uma variedade de doenças e medicação tomada (Norlén, Östberg & Björn, 1991, Rosenberg, *et al.*, 1988, cit. por Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2004) e que, as

limitações físicas podem ser associadas a uma fraca SO e higiene (Atchison, Der-Martirosian & Gift, 1998, Avlund, Holm-Pederson & Schroll, 2001, Jette, Feldman & Douglass, 1993, e Lundgren, *et al.*, 1995, cit. por Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2004).

Deste modo, da conferência “*Oral Health Ageing Societies*”, consideraram-se algumas recomendações de forma a melhorar a SO e SG (Peterson & Ueda, 2006):

- a) Desenvolvimento de políticas para SO e SG;
- b) Capacidade para construir sistemas de saúde;
- c) Distribuição de cuidados de SO;
- d) Investigação em SG, SO e QV.

Como se pôde verificar, o conceito de Saúde caracteriza-se por ser holístico (físico, psicológico e social), demonstrando uma preocupação por todos os aspectos da vida do ser humano. Por isso, a SO deverá, igualmente, ser considerada e melhorada. Para além disso, tem-se verificado uma relação entre SG e SO (Peterson & Yamamoto, 2005), o que reforça ainda mais a importância da SO na QV das pessoas idosas.

1.2 QUALIDADE DE VIDA

1.2.1 INTRODUÇÃO

O interesse no estudo do conceito de QV ainda é recente, e é utilizado principalmente em duas vertentes: na linguagem quotidiana, como por exemplo pelos políticos, jornalistas, e outros profissionais ligados à gestão das políticas públicas; e na linguagem científica, em diferentes áreas como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e outras (Bowling & Brazier, 1995, Rogerson, 1995, citado por Seidl & Zannon, 2004; Ribeiro, 2005, citado por Silva, Meneses & Silveira, 2007). O crescimento acentuado nas duas últimas décadas testemunha os esforços voltados para o amadurecimento conceptual e metodológico no uso do termo nesta linguagem científica, exemplificado pelos indicadores de produção de conhecimento, associados aos esforços de integração e de intercâmbio de pesquisadores e profissionais interessados no tema (Seidl & Zannon, 2004).

1.2.2 PERSPECTIVA HISTÓRICA

Existem indícios de que o termo QV surgiu pela primeira vez nos anos 30 através de um levantamento de estudos que tinham por objectivo a sua definição (Seidl & Zannon, 2004). No entanto, a sua formalização remonta aos anos 60, através do relatório da *Commission on National Goals*, dos EUA, que listava um conjunto de indicadores sociais e ambientais de Bem-Estar como objectivos para o País (Ribeiro, 2002 cit. por Mendonça, 2007), começando deste modo a ser entendido, principalmente, como QV subjectiva ou QV percebida pelas pessoas (Campolina & Ciconelli, 2006). Tais indicadores foram, posteriormente, desenvolvidos por Liu (1975, cit. por Ribeiro, 2002, *in* Mendonça, 2007), que os agrupou em dois componentes principais: um subjectivo (ou psicológico) e outro objectivo (e.g. social, económico, político e ambiental).

1.2.3 DEFINIÇÃO, CARACTERÍSTICAS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

QV é uma noção essencialmente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental (Minayo, Hartz & Buss, 2000). É um conceito muito amplo, que pode ser influenciado de maneira complexa pela saúde física da pessoa, pelo seu estado psicológico e pelo seu nível de

independência, as suas relações sociais e as suas relações com os elementos essenciais do meio (Silva, Meneses & Silveira, 2007).

No entanto, QV ainda é um conceito amorfo, não consensual e com múltiplas aplicações nas mais diversas disciplinas e campos do conhecimento humano (Campolina & Ciconelli, 2006). Já nos anos 70, Campbell (1976, cit. por Awad & Voruganti, 2000, p.558 in Seidl & Zannon, 2004) tentou explicitar as dificuldades advindas da tentativa de conceptualização do termo: “*qualidade de vida é uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é*”. Vecchia, Ruiz, Bocchi e Corrente (2005) e Spilker (1990, cit. por Ribeiro, 2002 in Mendonça, 2007) fornecem uma explicação para tal dificuldade: o conceito de QV varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjectivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Apesar de tais dificuldades, de um ponto de vista genérico, a definição mais popular de QV, fortemente influenciada pela definição de Saúde, sem fazer referência a quaisquer disfunções ou doenças, é a da OMS, que a define como “*a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (The WHOQOL Group, 1995, p.1405, cit. por Seidl & Zannon, 2004; Mendonça, 2007).

A definição do conceito de QV por parte da OMS sugere a subjectividade do conceito ao remeter para a percepção da pessoa para a satisfação no que diz respeito a vários domínios ou dimensões da sua vida no geral. De facto, a partir do início da década de 90, parece emergir um consenso entre os investigadores na área em relação a dois aspectos do conceito de QV: subjectividade e multidimensionalidade. A definição de QV compreende a percepção subjectiva, pessoal dos indivíduos relativamente ao seu estado de saúde e sobre os aspectos do seu contexto de vida, ou seja a variáveis físicas, psicológicas (emocionais, cognitivas e comportamentais) e sociais, que se podem alterar ao longo do tempo (Ribeiro, 1994, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007). O facto de se tratar de uma medida de percepção pessoal decorre da inadequação de a QV ser avaliada por outra pessoa, ainda que seja próxima (Bech, 1999, Berzon, 2000, Bowling, 1994, Campbell, 1976, Ferreira, 2000, Lydick & Yawn, 2000, Ribeiro, 1994, Testa & Simonson, 1996, cit., por Silva, Meneses & Silveira, 2007), incentivando os investigadores a desenvolver métodos e instrumentos de avaliação que consideram a perspectiva da população ou pessoa, e não a visão de cientistas e profissionais (Lepège

& Rude, 1995, Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988, cit. por Seidl & Zannon, 2004).

Por outro lado, também parece haver consenso quanto à multidimensionalidade, ou seja, é determinado por vários domínios ou dimensões que se inter-relacionam entre elas (Gorbatenko-Roth, *et al.*, 2001, Jacobson, 2002, Kaplan, 2000, Michelson, Bolund & Brandberg, 2001, Power, *et al.*, 1999, Ribeiro, 1994 cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007 e, Seidl & Zannon, 2004). Apesar da definição das dimensões variar consoante o conceito de QV e conforme ele se aplica na área da saúde ou no âmbito do Bem-Estar da população em geral (Ribeiro, 2002, cit. por Mendonça, 2007), pode-se considerar as 6 principais dimensões estabelecidas do instrumento de avaliação da QV pela OMS, o WHOQOL – 100, como sendo a Saúde Física, Saúde Psicológica, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente, Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais (Rugiski, Pilatti & Scandelari, 2005; Cramer, 1994, cit. por Mendonça, 2007).

Tem havido um investimento considerável no desenvolvimento de instrumentos de avaliação da QV, sendo actualmente avaliada utilizando questionários de auto-relato, aplicados por entrevista ou auto-administrados (Ribeiro, 1994, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007). O instrumento mais citado é o WHOQOL-100, desenvolvido pela OMS (1998, cit. por Seidl & Zannon, 2004), existindo também o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (Minayo, Hartz & Buss, 2000). Já as histórias de vida ou autobiografias enquadram-se nos estudos qualitativos (Farquhar, 1995, Bowling, 1995, cit. por Seidl & Zannon, 2004). Deste modo, alguns investigadores têm vindo a defender a complementaridade entre estes dois tipos de estudos.

Apesar do termo QV genérico, tem-se verificado um crescente interesse na aplicação deste construto, especificamente no contexto de Saúde.

1.2.4 DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

Particularmente na área da Saúde, o interesse pelo conceito de QV é ainda mais recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e práticas do sector nas últimas décadas. A crescente atenção dos determinantes da saúde no processo saúde – doença, ou seja, os aspectos económicos, socioculturais e estilos de vida, demonstra que esses determinantes sejam complexos e multifactoriais (Seidl & Zannon, 2004). Deste modo, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto nas práticas assistenciais como das políticas públicas para o sector nos

campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Schuttinga, 1995, cit. por Seidl & Zannon, 2004).

Nas últimas décadas, tem-se assistido a um crescente interesse por parte da comunidade científica e de todo o sector da Saúde nas questões da QV (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993 cit. por Campolina & Ciconelli, 2006), o que levou a incorporar o termo QV nas suas práticas profissionais (Minayo, Hartz & Buss, 2000). Desta forma, o termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS), é essencialmente empregue em contextos de saúde, em que o objectivo das intervenções é a melhoria da QV das pessoas, e na aplicação da prática clínica, sendo considerado um conceito específico do sistema de cuidados de saúde (Bech, 1993, Berzon, 2000, Fallowfield, 1990, Ribeiro, 1994, Ribeiro, *et al.*, 1998 cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007).

O termo QVRS decorre do de QV, e inclui aspectos mais directamente relacionados à Saúde relegando para a QV genérica outros domínios, como o rendimento, a liberdade e qualidade do meio ambiente (Minayo, Hartz & Kimura, 2000c, Fayers & Machin, 2000, cit. por Magnabosco, 2007; Pagani & Junior, 2006). Deste modo, torna-se importante distinguir a QV das pessoas em geral da QV das pessoas com doença (Ellwood, 1988, Grégoire, 1995, Ribeiro, 1994, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007). A primeira abrange todos os domínios de vida das pessoas, enquanto a segunda visa perceber de que forma diferentes domínios são influenciados pelo estado de saúde (Ribeiro, *et al.*, 1998, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007).

Assim, este termo define-se de modo diferente do de QV propriamente dito. Gianchello (1996, cit. por Minayo, Hartz & Buss, 2000 e Magnabosco, 2007) define este conceito como o valor atribuído à duração da vida quando modificada pela percepção de limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos, tornando-se o principal indicador para a pesquisa avaliativa sobre o resultado de intervenções. De modo similar, Auquier, Simeoni e Mendizabal (1997, cit. por Minayo, Hartz & Buss, 2000 e Magnabosco, 2007), QVRS é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais, as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos e tratamentos, e a organização política e económica do sistema assistencial.

A avaliação da QVRS é realizada com o objectivo de monitorizar a Saúde de uma determinada população, diagnosticar a natureza, gravidade e prognóstico da doença, e avaliar os efeitos do tratamento. Assim, vários instrumentos têm sido desenvolvidos desde a década de 70. Os questionários mais genéricos foram os primeiros a serem desenvolvidos para expressar, em termos quantitativos, os distúrbios de saúde percebidos do ponto de vista do paciente. Podem ser aplicados em vários tipos de doença, tratamentos e culturas diferentes. Entre os mais conhecidos estão o *Quality of Well Being Scale* (Kaplan, Atkins & Timms, 1984, cit. por Pagani & Junior, 2006), o *Sickness Impact Profile* (Gilson, Gilson, Bergner, Bobbitt, Kressel, Pollard & Vesselago, 1975, cit. por Pagani & Junior, 2006), o *SF-36* (Mahler & Mackowaik, 1995, cit. por Pagani & Junior, 2006), e o *Nottingham Health Survey* (Guyatt, 1995, Kirshner & Guyatt, 1985, Guyatt, van Zaten, Feeny & Patrick, 1989, cit. por Campolina & Ciconelli, 2006).

Os questionários para doenças específicas, foram desenvolvidos para avaliar uma doença específica e quantificar ganhos de saúde após o tratamento, em que a grande vantagem é detectar pequenas mudanças no curso da doença, determinando o impacto dessa doença da vida do indivíduo. São exemplos deste tipo de questionários, o *Kidney Disease and Quality-of-Life Short-Form* (KDQOL-SF), *Inflammatory Bowel Disease Questionnaire* (IBDQ) (Pagani & Junior, 2006), o *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (Aaronson, Ahmedzai, Bergman, Bullinger, Cull & Duez, 1993, cit. por Seidl & Zannon, 2004) e o *Medical Outcomes Study-HIV* (Wu, Hays, Kelly, Malitz & Bozzette, 1997, cit. por Seidl & Zannon, 2004).

1.2.5 DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL

No caso do presente trabalho, a especificidade da QVRS diz respeito à Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) (Slade, 1977 cit. por Locker, Clarke & Payne, 2000), que compreende diferentes componentes como a funcionalidade (por ex: mastigar), dor, componentes psicológicos (por ex: auto-consciencialização), e aspectos sociais (por ex: a comunicação) (Inglehart & Bagramian, 2002, cit. por Hassel, Koke, Schmitter & Rammelsberg, 2006 e Hassel, Rolko, Leisen, Schmitter, Rexroth & Leckel, 2007; McGrath e Bedi, 2002, cit. por Hassel, Koke, Schmitter & Rammelsberg, 2006). Este conceito deve ser um domínio a ser considerado, não só quando se avalia o impacto das doenças orais nas diversas faixas etárias, mas também na orientação da

decisão terapêutica e avaliação das intervenções destinadas à melhoria da SO (Lopez & Baelum, 2006 cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007). Slade (2002 cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007) não tem quaisquer dúvidas em enfatizar a importância da QVRSO, dado que as doenças orais podem conduzir directamente a diversos problemas que têm um impacto negativo na QV destas pessoas, de entre os quais se salientam as dores, que causam desconforto, mudanças no paladar e cheiro, dificuldades em mastigar e engolir ou falar, quer sejam pessoas edentuladas, com secura da boca (xerostomia) ou com prótese dentária, caso esta esteja desajustada, que posteriormente se reflecte na sua dieta, condição nutricional, auto-imagem, nas relações sociais da pessoa idosa, e até nos custos financeiros. Por exemplo, num estudo de Ingram, Seo, Sloane, Francis, Clipp, Doyle, Montana e Cohen (2005), que tinha como objectivo descrever os efeitos a longo prazo de problemas de SO na QV, funcionalidade, dor e SG em pacientes do sexo masculino, os resultados mostraram que os pacientes oncológicos idosos com problemas na boca ou nos dentes que lhes dificultava o acto de comer tinham mais probabilidade de ter uma QV diminuída, uma saúde emocional mais pobre, níveis baixos de funcionamento físico e mais dor do que pacientes sem problemas de SO. Ainda num estudo de Ikebe, Matsuda, Morii, Wada, Hazeyama, Nokubi e Ettinger (2007), que teve por objectivo determinar a associação entre hipo-salivação e a percepção de boca seca e QV em idosos independentes, foi sugerido que estes problemas constituem importantes factores que influenciam a QV em idosos relativamente saudáveis.

Tem-se verificado uma relação fraca ou moderada entre as medidas objectivas de Saúde/doenças orais e a percepção do indivíduo (Gooch, Dolan & Bourque, 1989, Locker & Miller, 1994, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007). Deste modo, o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da QVRSO torna-se premente.

Slade (2002, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007) refere um método de avaliação da QVRSO: colocar uma questão geral como, por exemplo “Como avalia a saúde dos seus dentes, gengivas e boca?”, permitindo responder numa escala que varia entre “Excelente” e “Muito Fraca”. No entanto, a utilização de uma única questão fornece uma informação pobre. Por outro lado, os instrumentos multi-item permitem avaliar separadamente os diferentes componentes, potencializando a sua futura utilização em intervenção.

De uma forma geral, estes instrumentos avaliam os efeitos psicológicos e sociais das doenças orais e o impacto destas nas actividades quotidianas (Okunseri, *et al.*, 2005,

Silva *et al.*, 2007, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007). Entre os mais utilizados estão o *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), desenvolvido por Atchison & Dolan (1990, cit. por Silva & Fernandes, 2001). É composto por 12 perguntas que focam problemas de SO que afectam as funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto dos idosos. Slade e Spencer (1994, cit. por Silva & Fernandes, 2001 e Pires, Ferraz & Abreu, 2006) criaram o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), um questionário constituído por 49 itens, em que a pessoa deve indicar a frequência com que experienciou os problemas descritos, durante os últimos 12 meses, devido a problemas com os seus dentes, prótese dentária ou boca. Por fim, Leão e Sheiham (1995, cit. por Silva & Fernandes, 2001) desenvolveram o *Dental Impact of Daily Living* (DIDL), que avalia problemas psicossociais que tenham influência na qualidade de vida das pessoas de acordo com a sua condição oral.

Um potencial uso destes instrumentos da QVRSO é a predição da necessidade de tratamento (Silva, *et al.*, 2007, cit. por Silva, Meneses & Silveira, 2007).

Como é possível de perceber, para além de afectar a QV, os problemas de SO também podem ter um impacto negativo na Auto-Estima da pessoa idosa, que por sua vez se reflecte na auto-imagem e relações sociais.

1.3 AUTO-ESTIMA

1.3.1 INTRODUÇÃO

Os problemas de SO, para além de provocarem dor e desconforto, levar a dificuldades na alimentação, problemas de comunicação e imagem física, também podem levar a consequências a nível social podendo ser experienciado embaraço, problemas sociais e baixa Auto-Estima (Cushing, Sheiham & Maizels, 1985, Slade & Spencer, 1993, cit. por Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2004), particularmente nas pessoas idosas (Locker, Matear, Stephens & Jokovic, 2002, Smith & Sheiham, 1979, e Tickle, Craven & Worthington, 1997, cit. por Benyamini, Leventhal & Leventhal, 2004). A importância é tal que, num estudo de Locker, Clark e Payne (2000, cit. por Huff, Kinion, Kendra & Klecan, 2006) com pessoas idosas, verificou-se que as pessoas que avaliaram a sua SO desfavoravelmente sentiam-se menos satisfeitas com a sua vida do que as pessoas que referiram ter uma boa SO.

1.3.2 PERSPECTIVA HISTÓRICA

A Auto-Estima é um determinante extremamente importante para o Bem-Estar emocional, e por isso tem sido considerada como o “Santo Graal” da saúde psicológica da pessoa (Crocker & Knight, 2005), desde o início da Psicologia. O seu fascínio é tal que, até aos dias de hoje, várias correntes têm estudado este conceito, desde psicólogos desenvolvimentistas, psicólogos sociais, psicólogos da personalidade e até teóricos de outras tantas orientações que têm discutido a importância da Auto-Estima para o ajustamento psicológico (Leary, 1999). Nas últimas duas décadas, alguns psicólogos e engenheiros sociais têm sugerido que a Auto-Estima elevada é um remédio para muitos problemas psicológicos e sociais (Leary, 1999). Mruck (1998, citado por Gobitta & Guzzo, 2002) realça cinco razões que justificam a necessidade de estudar a Auto-Estima:

- 1) É um construto muito mais complexo do que aparenta, pois está fortemente relacionado com outros aspectos da personalidade;
- 2) Está relacionada à saúde mental ou Bem-Estar psicológico;
- 3) A sua carência relaciona-se com certos processos psicológicos negativos como a depressão e suicídio;
- 4) É um conceito relevante às ciências sociais;
- 5) Elevada relevância social obtida actualmente.

Mesmo assim, apesar de mais de 100 anos de atenção e milhares de estudos publicados (Leary, 1999), vários autores (e.g. Blascovitch & Tomaka, 1991, Crandall, 1973, Shavelson, Hubner & Stanton, 1976, Wells & Marwell, 1976 e, Wylie, 1974, citado por Tafarodi & Swann, 2001) têm lamentado a falta de consenso quanto à sua definição e conseqüentemente ao impedimento do progresso de investigação do termo. Ainda assim, vários autores têm tentado definir este construto, que se apresenta a seguir.

1.3.3 DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DE AUTO-ESTIMA

Logo no primeiro livro de Psicologia, William James (1890, cit. por Leary, 1999) sugeriu que a tendência para a pessoa se sentir bem consigo própria é um aspecto essencial da natureza humana. Ou seja, para W. James (1890, citado por Rodrigues, 2005), a noção de Auto-Estima refere-se ao valor que o sujeito atribui a si próprio decorrente da relação entre os papéis desejados e os papéis desempenhados. No fundo, as pessoas querem acreditar que são dignas e valorizadas, e é isso que orienta o seu comportamento (Pyszczynski, Greenberg, Solomon, Arndt & Shimel, 2004 cit. por Crocker & Knight, 2005). Deste modo, investem em domínios em que tenham elevada probabilidade de terem sucesso e evitam aqueles que possam levar ao falhanço (Crocker & Knight, 2005). Portanto, as pessoas têm tendência natural a empenharem-se para se sentirem bem consigo próprias – contingências de dignidade do próprio (James, 1890 cit. por Leary, 1999).

White (1963, cit. por Menezes, 2008) foi outro autor que estudou o conceito de Auto-Estima. Para White, a Auto-Estima está intrinsecamente ligada ao sentimento de eficácia e competência, sendo que o sentimento de eficácia é regulado mediante o êxito ou fracasso dos seus esforços. Assim, aproxima-se do construto de auto-eficácia, cujas origens estão no conceito de *Self* de W. James (1890).

A definição mais popular deste termo é a de Rosenberg (1965). Ao contrário, dos autores anteriores, para Rosenberg a Auto-Estima é um construto unitário que se refere ao “*sentimento que se é bom o suficiente*” (Rosenberg, 1965, p. 31, cit. por Tafarodi & Swann, 2001). Assim, a Auto-Estima refere-se à avaliação que a pessoa efectua e mantém sobre si, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente afectiva (Romano, Negreiros & Martins, 2007) que se expressa numa atitude favorável ou desfavorável acerca de si (Adler & Stewart, 1999). Assim, uma elevada Auto-Estima não significa que se sente superior aos outros, mas um indivíduo com baixa Auto-Estima revela-se insatisfeito consigo próprio, despreza-se e não se respeita (Mruk, 1998,

cit. por Menezes, 2008). Do mesmo modo, Blascovitch e Tomaka (1991, cit. por Adler & Stewart, 1999) afirmam que a Auto-Estima é o sentimento de valor que o indivíduo tem a seu respeito, ou o grau em que valoriza, gosta, aprova, aprecia de si.

Para Coopersmith (1967, p. 4-5, cit. por Gobitta & Guzzo, 2002), a Auto-Estima “é um juízo de valor que se expressa mediante as atitudes, de aprovação ou desaprovação, que o indivíduo mantém face a si mesmo. É uma experiência subjectiva que o indivíduo expõe aos outros por relatos verbais e expressões públicas de comportamentos”. Assim, as pessoas com baixa Auto-Estima, por serem mais vulneráveis ao stress, defendem-se mais das situações não as enfrentando, sentindo-se, por isso, muitas vezes, inferiores (Menezes, 2008).

Finalmente, Allport (1961, citado por Epstein, 2002), e outros autores como Kohut (1971, cit. por Epstein, 2002) e Epstein (1973, cit. por Epstein, 2002) reforçam estas perspectivas, ao defender que uma das necessidades básicas do ser humano é a de manter a Auto-Estima, que se reflecte na crença do grau pelo qual o *eu* é visto como digno, competente e bom vs. indigno, incompetente e mau.

Mruk (1998, p.37, cit. por Gobitta & Guzzo, 2002) e Wylie (1974, cit. por Romano, Negreiros & Martins, 2007) consideram dois tipos de problemas na avaliação da Auto-Estima: a) primeiro, refere-se aos problemas decorrentes das singularidades do fenómeno da Auto-Estima, que incluem problemas de definição, o vínculo entre a Auto-Estima e outros aspectos relacionados com o *Self* e certas características intrínsecas à Auto-Estima; b) segundo, as dificuldades provêm das expectativas psicológicas como sociológicas, a presença de uma grande diversidade de métodos e investigação e algumas dificuldades relativas à validade.

Apesar destas dificuldades, numa pesquisa de artigos sobre este conceito, realizada por Guzzo, Gayotto, Messias e Silva (1998, cit. por Gobitta & Guzzo, 2002), encontraram os seguintes instrumentos mais citados na avaliação da Auto-Estima: *Tennessee Self-Concept Scale* (TSCS) (Fitts, 1965), *Self-Esteem Inventory* (SEI) (Coopersmith, 1989), *Piers-Harris Children's Self-Concept Scale* (PHSCS) (Piers, 1984), *Self-Description Questionnaire I* (SDQ I) (March, 1988), *Self-Description Questionnaire II* (SDQ II) (March, 1990), *Rosenberg Self-Steem Scale* (Rosenberg, 1979) e *Self-Esteem Index* (Brow & Alexander, 1991), para além do *Self-Liking/Self-Competence Scale* (SLCS) (Tafarodi & Swann, 1995, cit. por Tafarodi & Swann, 2001).

2. METODOLOGIA

2.1 OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tendo em conta a revisão de literatura realizada nos Capítulos anteriores, foi definido como Objectivo Geral desta investigação estudar a percepção da SO das pessoas idosas e explorar o impacto da condição de SO na QVRSO e Auto-Estima e, identificar os comportamentos de higiene oral praticados pela amostra de pessoas idosas. Este objectivo foi dividido em quatro Objectivos Específicos:

- 1) Caracterizar em que medida a Auto-Percepção negativa da SO depende das variáveis sócio-demográficas e clínicas na amostra de pessoas idosas;
- 2) Caracterizar a percepção da QVRSO e Auto-Estima nesta amostra de pessoas idosas;
- 3) Caracterizar a relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas e, a percepção da QVRSO e Auto-Estima;
- 4) Caracterizar o impacto das variáveis sócio-demográficas e clínicas na percepção das diferentes dimensões de QVRSO;
- 5) Caracterizar a relação entre as dimensões da QVRSO e Auto-Estima;
- 6) Descrever os comportamentos de higiene oral realizados pela amostra de pessoas idosas.

Estes objectivos foram explorados através de uma metodologia mista, ou seja, os primeiros quatro objectivos foram analisados segundo uma perspectiva quantitativa, através da aplicação de instrumentos de avaliação objectivos (Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, Perfil de Impacto na Saúde Oral e Escala de Auto-Estima), enquanto o último objectivo foi analisado segundo uma perspectiva qualitativa, através de um instrumento de avaliação subjectivo (Entrevista Semi-Estruturada de Comportamentos de Higiene Oral). Para este estudo foi definido um plano de investigação transversal (ou seja, cada participante foi avaliado apenas uma vez) e descritivo. Desta forma, quanto à análise quantitativa, a exploração das relações entre as variáveis insere-se num plano de estudo essencialmente correlacional, dado que se procura observar a relação entre duas variáveis, não sendo estas manipuláveis.

2.2 AMOSTRA

Neste estudo foi utilizada uma amostra não probabilística de conveniência, seleccionada de um universo de residentes do Centro de Apoio Social de Oeiras, especificamente das Residenciais 1 e 2 (RI1 e RI2), e do Centro de Recuperação (CR).

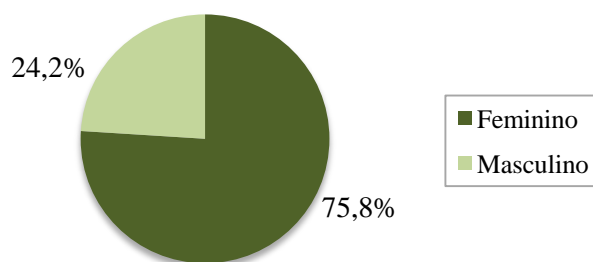
Os critérios de inclusão na amostra foram:

- a) Apresentar autonomia na sua higiene oral;
- b) Saber ler e escrever;
- c) Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- d) Serem total ou parcialmente edentuladas, com ou sem prótese dentária.

2.2.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA DA AMOSTRA

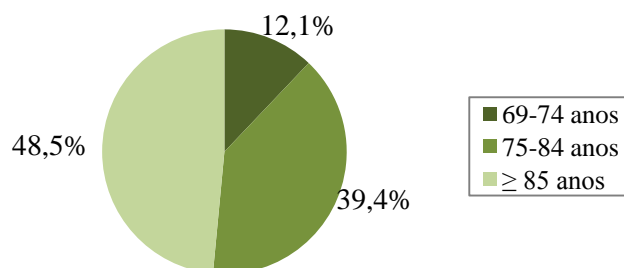
A amostra é constituída por 33 participantes, sendo que 75,8% são do sexo feminino ($n=25$) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição da amostra por Género



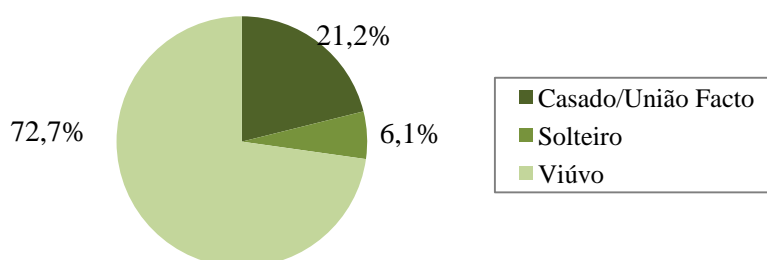
A média de idades é de 83 anos, com uma amplitude que varia entre os 69 anos e os 95 anos. De modo a proporcionar uma caracterização mais detalhada, agruparam-se os participantes em três faixas etárias, de acordo com a seguinte divisão (Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin & Gallagher-Thompson, 2003): de acordo com o Gráfico 2, verificou-se uma maior percentagem de participantes com mais de 85 anos (48,5%, $n=16$), comparativamente às pessoas idosas mais novas (12,1% de indivíduos entre os 69-74 anos e 39,4% de indivíduos entre 75-84 anos).

Gráfico 2 - Distribuição da amostra por Idade



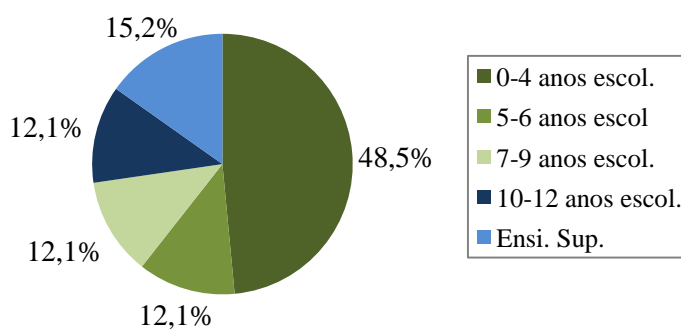
O estado de viuvez é maioritário (72,7%, $n=24$), seguindo-se do estado de casado/união de facto (21,2%, $n=7$) e por fim de solteiro (6,1%, $n=2$) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição da amostra por Estado Civil



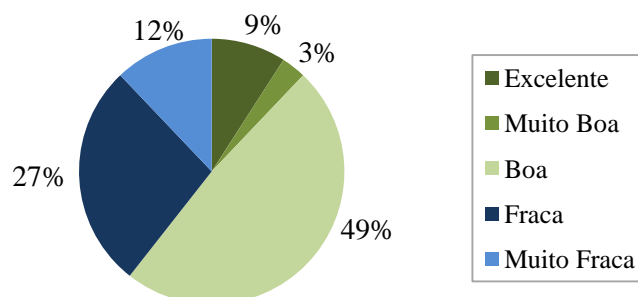
No que diz respeito ao nível de escolaridade, o Gráfico 4 mostra que a maioria dos participantes refere ter a escolaridade básica, ou seja, a antiga 4ª classe (48,5%, $n=16$), seguindo-se 15,2% ($n=5$) que referiu ter o Ensino Superior. Os restantes níveis de escolaridade apresentaram uma igualdade (12,1%, $n=4$).

Gráfico 4 - Distribuição da amostra por Nível de Escolaridade



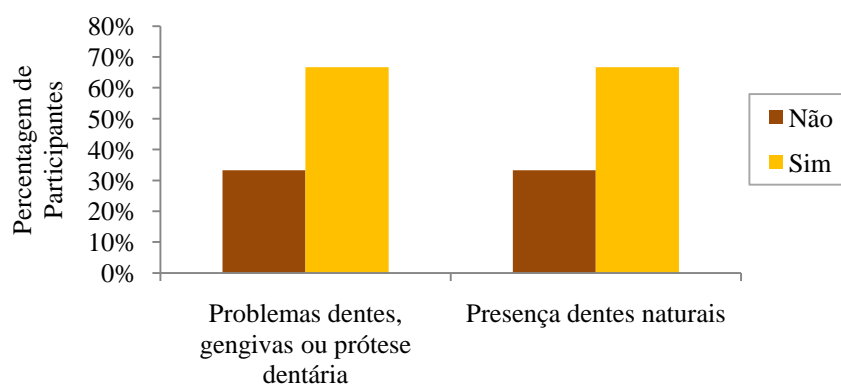
Pelo Gráfico 5, constata-se que quase metade dos participantes avalia a condição da sua boca como sendo “Boa” (48,5%, $n=16$), seguida da auto-avaliação como “Fraca” (27,3%, $n=9$). Doze por cento ($n=4$) dos participantes avaliam a condição da boca como sendo “Muito Fraca”, seguida de “Excelente” (9,1%, $n=3$), e por fim como sendo “Muito Boa” (3%, $n=1$).

Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com a Auto-avaliação da condição oral



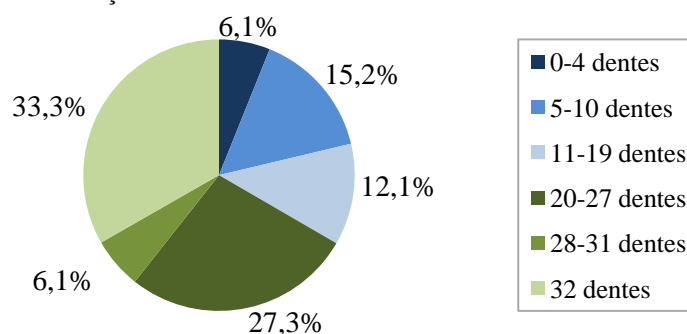
Verifica-se pelo Gráfico 6, o mesmo número de participantes (66,7%, $n=22$) que referiu não ter qualquer problema com os dentes, gengivas ou prótese dentária, e que ainda tem todos ou alguns dentes naturais.

Gráfico 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a Presença de Problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária e, Presença de Dentes Naturais



De acordo com o Gráfico 7, cerca de um terço dos participantes refere não ter quaisquer dentes naturais (33,3%, $n=11$), enquanto que 27,3% ($n=9$) menciona ter entre 20-27 dentes perdidos, seguida de 15,2% ($n=5$) com 5 a 10 dentes perdidos. Doze por cento ($n=4$) refere ter perdido entre 11-19 dentes, encontrando-se um número igual de participantes com dentes em falta entre 0-4 dentes e 28-31 dentes (6,1%, $n=2$).

Gráfico 7 – Distribuição da amostra relativamente ao Número de Dentes Perdidos



Por fim, quase todos os participantes utilizam prótese dentária (90,9%, $n=30$).

2.3 VARIÁVEIS ESTUDADAS

De acordo com a revisão de literatura efectuada, foram identificadas as seguintes variáveis de estudo:

- a) Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas:
 - Idade;
 - Género;
 - Estado Civil;
 - Nível de Escolaridade;
 - Auto-Avaliação da condição oral;
 - Presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária (ou seja, problemas de SO);
 - Presença de dentes naturais;
 - Número de dentes naturais perdidos;
 - Utilização de prótese dentária.
- b) Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (operacionalizada através das setes dimensões do OHIP-14);
- c) Auto-Estima Global.

2.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

O protocolo de recolha de dados é constituído por quatro instrumentos (Ver Anexos):

- a) Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (características sócio-demográficas; auto-avaliação da condição oral, presença de problemas de SO, presença de dentes naturais, número de dentes naturais perdidos e utilização de prótese dentária);
- b) Perfil de Impacto na Saúde Oral (*Oral Health Impact Profile – OHIP - 14*) (Slade & Spencer, 1997);
- c) Escala de Auto-Estima Global (Rosenberg, 1989; Adaptação: Faria, L., 2000, cit. por Menezes, 2008);
- d) Entrevista Semi-Estruturada de Comportamentos de Higiene Oral.

2.4.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

O questionário sócio-demográfico e clínico teve como objectivo caracterizar a amostra relativamente à idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, auto-avaliação da condição oral (Excelente=1; Muito Boa=2; Boa=3; Fraca=4; Muito Fraca=5), presença de problemas de SO, presença de dentes naturais, número de dentes perdidos e utilização de prótese dentária.

2.4.2 PERFIL DE IMPACTO NA SAÚDE ORAL

O instrumento utilizado para avaliar a QVRSO das pessoas idosas relativamente à sua SO foi o Perfil de Impacto na Saúde Oral (OHIP-14), desenvolvido por Salde e Spencer (1997, citado por Montero-Martín, Bravo-Peréz, Albaladejo-Martínez, Hernández-Martín & Rosel-Gallardo, 2009). Este instrumento constitui uma versão mais reduzida do instrumento original, o OHIP-49 (Slade & Spencer, 1994, citado por Pires, Ferraz & Abreu, 2006). O desenvolvimento deste instrumento teve como base o modelo de Locker (1988), utilizando-o para definir sete dimensões de impacto oral: Limitação Funcional (itens 1 e 2), Dor (itens 3 e 4), Desconforto Psicológico (itens 5 e 6), Incapacidade Física (7 e 8), Incapacidade Psicológica (itens 9 e 10), Incapacidade Social (itens 11 e 12) e Desvantagem (itens 13 e 14). Cada dimensão reflecte o impacto da condição oral geral em determinados aspectos, nomeadamente (Silva, Villaça, Magalhães & Ferreira, 2007):

- a) A dimensão Limitação Funcional inclui perguntas relativamente à dificuldade na fala e na diminuição da sensibilidade do paladar;
- b) Na dimensão da Dor, questiona-se acerca da sensação de dor experienciada, bem como do incómodo no acto de comer;
- c) Quanto à dimensão Desconforto Psicológico, explora-se a preocupação e o stress que a condição oral poderá provocar;
- d) A dimensão Incapacidade Física refere-se ao possível prejuízo na alimentação e na necessidade de interromper as refeições;
- e) Na dimensão Incapacidade Psicológica, questiona-se acerca da dificuldade em relaxar e do sentimento de embaraço relativa à condição oral;
- f) Relativamente à dimensão Incapacidade Social, esta inclui perguntas acerca do impacto da condição oral nas relações com os outros e na dificuldade em realizar as actividades diárias;

- g) E a dimensão Desvantagem, explora a percepção da pessoa acerca do impacto da condição oral na sua vida e na incapacidade em desenvolver as suas actividades.

O OHIP-14 é constituído por 14 questões, que fazem referência a problemas de SO geral que as pessoas tenham experienciado nos últimos doze meses. Para cada questão, existem cinco opções de resposta (nunca=0, quase nunca=1, ocasionalmente=2, bastantes vezes=3 e frequentemente=4). Seguidamente, esse valor é multiplicado pelo peso de cada pergunta (item 1: peso = .51; item 2: peso = .49; item 3: peso = .34; item 4: peso = .66; item 5: peso = .45; item 6: peso = .55; item 7: peso = .52; item 8: peso = .48; item 9: peso = .60; item 10: peso = .40; item 11: peso = .62; item 12: peso = .38; item 13: peso = .59; item 14: peso = .41) (Drumond-Santana, Costa, Zenóbio, Soares & Santana, 2007). Depois de somar a pontuação de todas as perguntas, obtém-se o resultado final que pode variar entre 0 e 28 pontos. Quanto mais elevado o resultado, maior o impacto dos problemas de SO na QVRSO.

Como, do meu conhecimento, este instrumento ainda não estava traduzido nem validado para Portugal, foi realizado um estudo piloto antes de se iniciar o estudo principal, com o objectivo de verificar a capacidade de compreensão das questões por parte de pessoas idosas. Tal, envolveu um processo de adaptação do instrumento para português que compreendeu os seguintes passos:

- 1) Foram efectuadas duas traduções independentes, que foram conciliadas por uma terceira pessoa;
- 2) Posteriormente, esta tradução foi sujeita à técnica de retroversão por uma pessoa especialista na língua inglesa de modo a manter a equivalência transcultural;
- 3) Uma vez realizada a retroversão, foi efectuada uma revisão da linguagem científica do instrumento por uma especialista da área de Medicina Dentária;
- 4) Por fim, procedeu-se à aplicação do instrumento a três pessoas idosas, e ao questionamento acerca de possíveis dificuldades de compreensão dos itens e das opções de resposta, de forma a optimizar a sua validade facial e de conteúdo, tendo-se obtido um feedback positivo.

A seguir ao processo de adaptação do OHIP para português, procedeu-se à análise da sua consistência interna, obtendo-se um *alpha* de Cronbach igual a .829¹. Apesar deste resultado ser bastante satisfatório, verificou-se uma fraca contribuição dos itens 2 (“*Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?*”), 3 (“*Teve alguma dor persistente/continuada na boca?*”), 9 (“*Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?*”) e 12 (“*Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?*”) (Ver Anexo).

No estudo de Montero-Martín e col. (2009), que teve como objectivo a validação do OHIP-14 para Espanhol, verificou-se uma excelente consistência interna, onde obtiveram um valor de *alpha* de Cronbach mais elevado, .89. A validade facial e de conteúdo foi corroborada no estudo piloto, em que todos os itens foram compreendidos e respondidos. Assim, estes autores consideraram o OHIP-14 como sendo um instrumento preciso, válido e confiável na avaliação da QVRSO.

2.4.3 ESCALA DE AUTO-ESTIMA

A escala utilizada para avaliar a Auto-Estima global foi a Escala de Auto-Estima (RSES) de Rosenberg (1989) adaptada por Luísa Faria (2000 cit. por Menezes, 2008).

A RSES é constituída por dez itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens estão enunciados negativamente e a outra metade positivamente. Para cada afirmação, existem quatro opções de resposta (concordo totalmente=4, concordo=3, discordo=2, discordo totalmente=1). Depois das devidas inversões (itens 3, 5, 6, 8 e 9), a soma dos 10 itens dá-nos a cotação da escala cuja pontuação varia entre 10 e 40, sendo que a obtenção de uma pontuação elevada reflecte uma Auto-Estima elevada. Duas limitações são mencionadas em relação a este instrumento (Adler & Stewart, 1999): a) a susceptibilidade dos indivíduos em responderem de uma forma socialmente desejável e, b) os resultados tendem a ser enviesados para uma Auto-Estima elevada, mesmo nas pessoas que detêm resultados mais baixos.

No estudo de Romano e col. (2007) que teve como objectivo a validação da escala de Rosenberg numa amostra de adolescentes portugueses, verificou-se uma consistência

¹ Foi removido o último item do OHIP-14 (“*Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar, devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?*”), dado que não apresentava qualquer variância.

interna satisfatória e uma estrutura factorial bidimensional que explicava 46% da variância total. Quanto à fidelidade, obtiveram um valor *alpha* de Cronbach para o modelo com dois factores de .63 nos itens que saturam no factor 1 (Auto-Estima negativa) e .74 nos itens que avaliam a Auto-Estima positiva (Factor 2). Por isso, o estudo corrobora a presença de dois factores através da análise factorial confirmatória.

Pelo contrário, no estudo realizado por Santos e Maia (2003, cit. por Menezes, 2008), que analisou as estatísticas descritivas da escala, verificou-se que tinha um bom nível de consistência interna, com um *alpha* de Cronbach de .86, próximo ao encontrado no presente estudo ($\alpha=.84$) (Ver Anexo). Mas através da análise factorial confirmatória constatou-se que o RSES avalia uma única dimensão. Na sua adaptação do instrumento à população portuguesa, Santos e Maia, baseando-se na sua sustentabilidade teórica e no facto de a análise de consistência interna exibir valores superiores no modelo unidimensional, optaram por este modelo. Esta perspectiva é reforçada por outros estudos (Azevedo & Faria, 2004, Silva & Faria, 1999, cit. por Romano, *et al.*, 2007), que também é a escolhida para este estudo, sendo operacionalizada através da Escala de Auto-Estima Global.

2.4.4 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DE COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL

Como complemento à caracterização da QVRSO, realizou-se uma entrevista semi-estruturada de modo a aceder aos comportamentos de higiene oral realizados pelas pessoas idosas. Esta entrevista foi desenvolvida tendo como base os comportamentos de higiene oral estabelecidos pelo Ministério da Saúde relativamente às pessoas idosas descritos no Capítulo 1.

Depois de ser pedido a permissão para gravar a entrevista em modo de áudio (foi utilizado uma *Digital Video Camcorder Canon MVX1i*) (tapou-se a objectiva da câmara com a tampa, evitando assim gravar imagens), esta iniciou-se com uma questão aberta acerca da importância da higiene.

As questões sobre os comportamentos de higiene oral propriamente dito, exploram a frequência de lavagem dos dentes/prótese dentária; o tipo de instrumentos utilizados para realizar a higiene oral; a frequência de visitas ao Geronto-Estomatologista bem como a avaliação dessa frequência; o tipo de alimentação, ou seja, os alimentos que costuma ingerir, bem como aqueles que se evita e que poderão prejudicar os dentes/próteses dentárias, especialmente os doces, salgados e bebidas gasosas ou outros; por fim, explora-se a percepção de necessidade de melhorar os

comportamentos de higiene oral realizados, bem como a percepção de obstáculos na realização dos mesmos.

2.5 PROCEDIMENTO

A amostra deste estudo foi seleccionada a partir dos residentes na RI1 e RI2 e, das pessoas internadas no CR do Centro de Apoio Social de Oeiras.

Relativamente às pessoas da RI1, estas foram pré-seleccionadas pela gerente da Residencial, através do fornecimento de uma lista com os nomes das pessoas mais acessíveis para participar no estudo. A partir desta lista, foram contactadas algumas pessoas por telefone para o seu quarto de modo a averiguar o seu interesse e disponibilidade em participar. Quanto à RI2, a gerente forneceu uma lista com os nomes de todos os residentes, sendo que alguns foram dados a conhecer à autora do estudo pela mesma à medida que passavam pelo hall da Residencial. Posteriormente foram contactados acerca da sua disponibilidade para participar no estudo. Quanto aos restantes residentes da RI2 que também participaram no estudo, foram contactados quer batendo à porta dos seus quartos quer convidando-os a participar enquanto caminhavam pela Residencial. Tanto na RI1 como da RI2, caso as pessoas contactadas não tivessem disponibilidade no imediato, combinou-se outro dia em que já tivessem disponibilidade.

Quanto às pessoas internadas no CR, estas foram pré-seleccionadas pela psicóloga do 4º piso, que indicou as pessoas que se enquadravam nos critérios de inclusão, visto que neste local se encontram pessoas idosas que necessitam de cuidados médicos e psicológicos. Os participantes do CR que entraram no estudo (um dos quais do 1º piso) foram então escolhidos por já serem conhecidos da autora do estudo, sendo que deste modo a sua participação seria facilitada.

A aplicação dos questionários foi efectuada pela autora do estudo, em modo individual, entre Abril e Julho de 2009. A grande maioria das aplicações teve lugar nos quartos dos participantes, sendo que as restantes ocorreram numa sala de estar (nas Residenciais) ou gabinete médico/sala de reuniões (no CR). Depois de uma primeira abordagem de modo a verificar a sua disponibilidade e aceitação em participar no estudo, realizou-se uma apresentação formal da autora da investigação e do objectivo do estudo. De seguida, distribuiu-se uma cópia da apresentação do estudo, do Protocolo de Consentimento Informado, do Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, do Perfil de Impacto na Saúde Oral e da Escala de Auto-Estima Global a cada participante.

Posteriormente, teve lugar a leitura conjunta ou individual do Protocolo de Consentimento Informado e esclarecimento de dúvidas. Depois, houve uma breve apresentação dos questionários e explicação do modo de preenchimento, bem como o acompanhamento do mesmo. Por fim, procedeu-se à recolha dos questionários e sua colocação no respectivo envelope fechado.

Relativamente à Entrevista Semi-Estruturada de Comportamentos de Higiene Oral, questionou-se cada participante acerca da permissão para gravar a entrevista, seguindo-se a nomeação de cada participante de modo a identificar as entrevistas. Finalmente, procedeu-se à entrevista propriamente dita. No fim, realizou-se o agradecimento a cada participante pela colaboração.

Após a recolha dos dados dos questionários, estes foram inseridos numa base de dados informatizada, sendo processados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 16.0). Para a caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva, análise de distribuições e frequências.

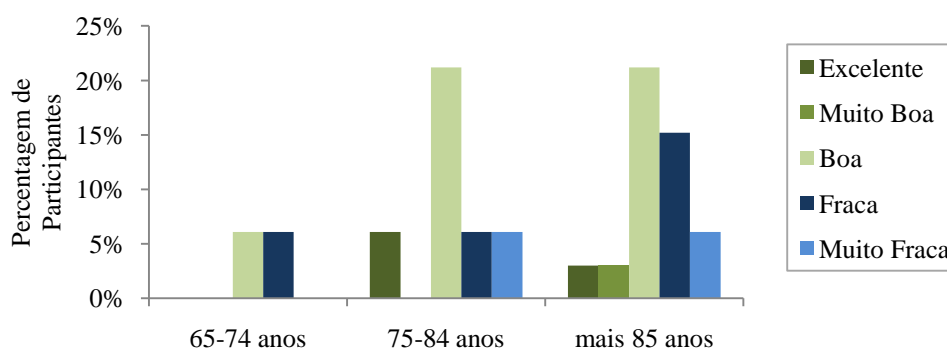
Relativamente à análise das entrevistas, estas foram transcritas, sendo posteriormente alvo de análise de conteúdo quanto aos temas mais representativos. A amostra total das entrevistas é, no entanto, constituída por apenas 32 participantes, devido a problemas técnicos não identificados em tempo útil.

3. RESULTADOS

3.1 OBJECTIVO 1: CARACTERIZAR EM QUE MEDIDA A AUTO-PERCEPÇÃO NEGATIVA DA SAÚDE ORAL DEPENDE DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS

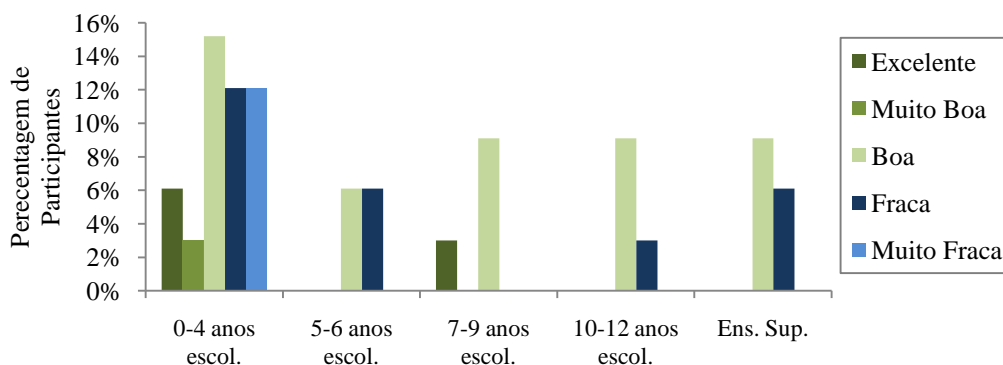
Mais de um terço da amostra percepcionou negativamente a condição oral (39,4%, $n=13$). Destas pessoas, a maioria considerou que tem problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária (30,3%, $n=10$).

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes quanto à Auto-avaliação da condição oral relativamente à Idade



Através do Gráfico 8, verifica-se que, embora não seja significativo, das pessoas que percepcionaram a condição oral negativamente (como “Fraca” ou “Muito Fraca”), verifica-se uma maior frequência de pessoas com mais de 85 anos (21,2%, $n=7$).

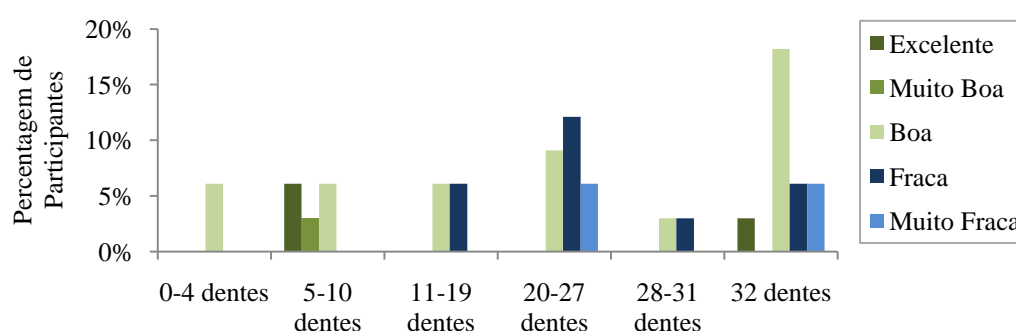
Gráfico 9 – Distribuição dos participantes quanto à Auto-avaliação da condição oral relativamente ao Nível de Escolaridade



Relativamente ao nível de escolaridade, pode constatar-se pelo Gráfico 9 que, das pessoas da amostra que percepcionaram a condição oral de forma negativa, o nível de escolaridade mais frequente é o primário (24,2%, $n=8$). As restantes pessoas que também percepcionaram a condição oral de forma negativa distribuem-se pelos restantes níveis de escolaridade de forma sensivelmente equivalente, excepto dos 7 aos 9 anos de escolaridade.

De acordo com o Gráfico 10, um número significativo de participantes que perdeu 32 dentes percebeu a condição oral como “Excelente” ou “Boa” (21,2%, $n=7$). A auto-avaliação negativa da condição oral é mais frequente nos participantes que perderam 20-27 dentes (18,2%, $n=6$), seguida daqueles que perderam 32 dentes (12,2%, $n=4$). Os participantes que perderam 5-10 dentes são que os que avaliaram a condição oral de forma totalmente positiva (15,2%, $n=5$). Verifica-se assim, que, de um modo geral, à medida que o número de dentes perdidos aumenta, a auto-avaliação negativa regista uma frequência de casos cada vez maior.

Gráfico 10 – Distribuição dos participantes de acordo com a Auto-avaliação da condição oral relativamente ao Número de Dentes Perdidos



Dado que todas as variáveis sócio-demográficas e clínicas apresentaram uma distribuição não normal, utilizou-se o teste não paramétrico teste da Mediana de modo a analisar diferenças significativas quanto à auto-avaliação da condição oral em relação às restantes variáveis sócio-demográficas e clínicas. O nível de significância utilizado foi $\alpha=0,05$.

Tabela 2 – Diferença significativa e distribuição dos participantes quanto Auto-avaliação da condição oral relativamente à Presença de Problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária

Auto-avaliação condição oral	Presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária		Estatística de Teste
	Não	Sim	
>Boa	3 (9,1%)	10 (30,3%)	$\chi^2=18,34$, $p=0,000$
<=Boa	19 (57,6%)	1 (3,0%)	

Como a Tabela 2 demonstra, sendo a mediana o valor 3 referente a uma auto-avaliação da condição oral como “Boa”², verifica-se uma diferença significativa ($\chi^2=18,34$, $p=0,000$) entre as pessoas que referiram ter problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária e as que referiram não ter esses problemas, relativamente à auto-avaliação da condição oral como negativa (“Fraca” ou “Muito Fraca”). Assim, constata-se uma tendência das pessoas que mencionaram ter problemas de SO perceberem a

² Os níveis da Auto-avaliação da condição oral foram cotados da seguinte forma: Excelente=1; Muito Boa=2; Boa=3; Fraca=4; Muito Fraca=5

condição oral mais negativamente (30,3%, $n=10$), comparativamente aquelas que referiram não ter quaisquer problemas de SO (9,1%, $n=3$). Ainda, verifica-se que a maioria dos participantes que referiram não ter problemas de SO, têm mais tendência a perceber a condição oral como mais positiva (57,6%, $n=19$).

Relativamente aos problemas com dentes, gengivas ou prótese dentária mencionados pelas pessoas que auto-percepcionaram negativamente a condição oral, verifica-se pela Tabela 3, que quase todos os problemas de SO apresentam uma natureza essencialmente subjectiva, ou seja, não têm uma abordagem clínica objectiva do profissional de SO.

Tabela 3 – Distribuição dos problemas de SO percebidos na amostra relativamente a uma Auto-avaliação negativa da condição oral (%)

Auto-percepção “Fraca”	%
Gengivas inferiores duras	(14,28%, $n=1$)
Gengivas retraídas	(14,28%, $n=1$)
Gengivas inflamadas	(14,28%, $n=1$)
Cárie (em tratamento)	(14,28%, $n=1$)
Dificuldade em mastigar	(14,28%, $n=1$)
Dificuldade na adaptação/incómodo da prótese dentária	(42,86%, $n=3$)
Dente natural pouco fixo à gengiva	(14,28%, $n=1$)
Ter prótese dentária	(14,28%, $n=1$)
Auto-percepção “Muito Fraca”	%
Ausência total de dentes superiores e alguns inferiores naturais	(33,3%, $n=2$)
Gengivas retraídas	(66,6%, $n=2$)
Dificuldade de adaptação/incómodo da prótese dentária	(33,3%, $n=1$)

3.2 OBJECTIVO 2: CARACTERIZAR A PERCEPÇÃO DA QVRSO E AUTO-ESTIMA EM PESSOAS IDOSAS

De acordo com a Tabela 4, verifica-se uma média dos resultados dos participantes no OHIP bastante baixa, tendo registado um valor médio de 3,23 num máximo de 28 pontos, o que traduz um impacto na QVRSO bastante diminuído. O valor mínimo encontrado foi 0 e o máximo foi 15,41.

Tabela 4 – Resultados do OHIP

Variável	Média (σ)	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	<i>n</i>
Resultado final OHIP	3,23 (3,83)	2,36	0	0	15,41	33

No que diz respeito aos resultados na Escala de Auto-Estima, verifica-se, através da Tabela 5, uma média de 31,64, o que demonstra uma Auto-Estima bastante elevada, com uma amplitude entre 16 e 40.

Tabela 5 – Resultados da Escala de Auto-Estima

Variável	Média (σ)	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	<i>n</i>
Resultado final AE	31,64 (4,86)	32	32	16	40	33

3.3 OBJECTIVO 3: CARACTERIZAR A RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E A PERCEPÇÃO DA QVRSO E AUTO-ESTIMA

Utilizou-se o coeficiente de correlação Bisserial por Pontos e o Qui-Quadrado de Pearson, para verificar a existência de relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas. As correlações consideradas significativas ($p < 0,05$) apresentam-se na Tabela 6.

Tabela 6 – Coeficientes de correlação entre variáveis sócio-demográficas e clínicas

Variáveis	<i>n</i>	Estatística de Teste
Género/Número de dentes naturais perdidos	33	$t = 4,854, p = 0,028$
Estado Civil/ Número de dentes naturais perdidos	33	$\chi^2 = 10,225, p = 0,001$
Estado Civil/Presença de dentes naturais	33	$\chi^2 = 6,188, p = 0,045$

Como se pode constatar, o género surge associado ao número de dentes naturais perdidos ($t=4,854, p=0,028$), enquanto que o estado civil está correlacionado com o número de dentes naturais perdidos ($\chi^2=10,225, p=0,001$) e ainda com a presença de dentes naturais ($\chi^2=6,188, p=0,045$).

Para analisar a existência de relação entre o resultado final do OHIP e o resultado final na escala de Auto-Estima e, as variáveis sócio-demográficas e clínicas utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e o coeficiente de correlação Bisserial por Pontos. As correlações significativas ($p < 0,05$) apresentam-se na Tabela 7 e 8, respectivamente.

Tabela 7 – Coeficientes de correlação entre OHIP e variáveis sócio-demográficas e clínicas

Variáveis	<i>n</i>	Estatística de Teste
Resultado final OHIP/Auto-avaliação condição oral	33	$r = 0,527, p = 0,002$
Resultado final OHIP/Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$t = 9,031, p = 0,003$

Considerando as relações entre o resultado final do OHIP e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, verificou-se que o resultado final do OHIP apresenta uma correlação positiva com a auto-avaliação da condição oral ($r=0,527, p=0,002$) bem como com a presença de problemas de SO ($t=9,031, p=0,003$).

Tabela 8 – Coeficientes de correlação entre Auto-Estima e variáveis sócio-demográficas e clínicas

Variáveis	<i>n</i>	Estatística de Teste
Resultado final AE/Presença dentes naturais	33	$t = 4,527, p = 0,033$
Resultado final AE/Utilização prótese dentária	33	$t = 5,552, p = 0,018$

Quanto às relações entre a Auto-Estima e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, verificou-se que o resultado final da escala de Auto-Estima está correlacionado com a presença de dentes naturais ($t=4,527, p=0,033$) e com a utilização de prótese dentária ($t=5,552, p=0,018$).

A análise das relações entre a percepção de impacto do OHIP e as variáveis sócio-demográficas e clínicas foi efectuada através de testes não paramétricos, visto que o teste à normalidade da distribuição (teste de Kolmogorov-Smirnov) e à homogeneidade de variâncias (teste de Levéne) mostrou que a maioria das variáveis não cumpria estes critérios (Maroco, 2003; Hill & Hill, 2000). Assim, tendo como objectivo analisar diferenças significativas no resultado final do OHIP relativamente a diferentes subgrupos da amostra, utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis para subgrupos com mais de duas categorias (idade, estado civil, nível de escolaridade, auto-avaliação da condição oral e número de dentes perdidos) e o Wilcoxon Mann-Whitney para subgrupos com duas categorias (género, presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária, presença de dentes naturais e utilização prótese dentária). O nível de significância estabelecido foi de $p < 0,05$.

Tabela 9 – Diferenças significativas no resultado final OHIP em relação à Auto-avaliação da condição oral

Variáveis	<i>n</i>	Estatística de Teste
Resultado final OHIP/Auto-avaliação condição oral	33	$H = 12,698, p = 0,013$
Resultado final OHIP/"Excelente" – "Muito Fraca"	33	$W = 6,000, p = 0,034$
Resultado final OHIP/"Boa" – "Fraca"	33	$W = 170,00, p = 0,029$
Resultado final OHIP/"Boa" – "Muito Fraca"	33	$W = 139,00, p = 0,005$

Da análise ao primeiro grupo de variáveis referidas acima, a Tabela 9 mostra que se verificaram diferenças significativas no resultado final do OHIP relativamente à auto-avaliação da condição oral ($H=12,698, p=0,013$). Através do teste de Wilcoxon Mann-Whitney, comparou-se os vários pares de níveis de auto-avaliações da condição oral dos participantes. Verificou-se que o resultado final no OHIP difere significativamente entre os níveis "Excelente" e "Muito Fraca" ($W=6,000, p=0,034$), "Boa" e "Fraca"

($W=170,00$, $p=0,029$) e ainda “Boa” e “Muito Fraca” ($W=139,00$, $p=0,005$), sendo o resultado final no OHIP superior nos participantes que perceberam a condição oral negativamente, ou seja como “Fraca” ou “Muito Fraca”.

Tabela 10 – Diferenças significativas da Auto-Estima em relação às variáveis clínicas

Variáveis	<i>n</i>	Estatística de Teste
Resultado final AE/5-10 – 32 dentes	33	$t = 2,441$, $p = 0,029$
Resultado final AE/20-27 – 32 dentes	33	$t = 2,152$, $p = 0,045$
Resultado final AE/ Presença dentes naturais	33	$t = -2,260$, $p = 0,031$
Resultado final AE/Utilização prótese dentária	33	$t = -2,551$, $p = 0,016$

Relativamente à análise das relações entre a Auto-Estima e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, foi utilizado o teste T-Student, visto que todas as variáveis cumpriam ambos os critérios de homocedasticidade. O nível de significância utilizado foi $p < 0,05$. Da análise encontrou-se três variáveis que demonstraram diferenças significativas – número de dentes naturais perdidos, presença de dentes naturais e utilização de prótese dentária. Relativamente à primeira variável, verificou-se que o resultado final na escala de Auto-Estima é significativamente diferente entre 5-10 e 32 ($t=2,441$, $p=0,029$) e 20-27 e 32 ($t=2,152$, $p=0,045$) dentes perdidos. Assim sendo, o resultado final na escala de Auto-Estima é inferior nos participantes que perderam 32 dentes.

No que diz respeito à segunda variável (presença de dentes naturais), verificou-se que o resultado final na escala de Auto-Estima difere significativamente entre as pessoas que ainda têm dentes naturais e as que já não têm ($t=-2,260$, $p=0,031$), sendo que a Auto-Estima é superior nos participantes que ainda têm dentes naturais.

Por último, em relação à terceira variável (utilização de prótese dentária), verificou-se uma diferença significativa no resultado final da Auto-Estima entre as pessoas que utilizam e as que não utilizam prótese dentária ($t=-2,551$, $p=0,016$), ou seja, o resultado na Escala de Auto-Estima é mais elevado nos participantes que referiram possuir prótese dentária.

3.4 OBJECTIVO 4: CARACTERIZAR O IMPACTO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA PERCEPÇÃO DAS DIMENSÕES DE QVRSO

Verifica-se, pela Tabela 11, que a opção de resposta mais frequente em todos os itens do OHIP foi “Nunca”, excepto nos itens da dimensão Dor. A segunda opção de resposta mais frequente foi “Ocasionalmente”. As percentagens de resposta

“Ocasionalmente” (15,2%) e “Frequentemente” (42,5%) aos itens da dimensão Dor mostram que estes problemas (dores oro-faciais e desconforto durante o acto de comer) são os que mais afectam esta amostra de participantes, seguido dos problemas de SO da dimensão Desconforto Psicológico (18,2%) e da dimensão Incapacidade Física (18,2%). Os problemas referentes às dimensões Incapacidade Social e Desvantagem são os que menos afectam os participantes.

Tabela 11 – Distribuição das respostas aos itens do OHIP (%)

Dimensões/Itens	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Frequentemente
Limitação Funcional					
Problemas pronunciar palavras	78,8	3	6,1	3	9,1
Paladar tem piorado	81,8	9,1	6,1	-	3
Dor					
Dor persistente/continuada na boca	75,8	9,1	15,2	-	-
Desconforto a comer alguns alimentos	48,5	6,1	27,3	3	15,2
Desconforto Psicológico					
Sentir constrangido	66,7	3	18,2	6,1	6,1
Sentir tenso	78,8	9,1	6,1	3	3
Incapacidade Física					
Dieta insatisfatória	66,7	3	18,2	6,1	6,1
Interromper refeições	87,9	3	6,1	3	-
Incapacidade Psicológica					
Dificuldade descansar/relaxar	90,9	3	6,1	-	-
Sentir um pouco envergonhado	75,8	12,1	6,1	6,1	-
Incapacidade Social					
Dificuldade desempenhar tarefas habituais	93,9	-	6,1	-	-
Sentir um pouco irritável com outras pessoas	90,9	6,1	3	-	-
Desvantagem					
Sentir vida em geral menos satisfatória	87,9	3	6,1	3	-
Sentir completamente incapaz de funcionar	100	-	-	-	-

De acordo com a Tabela 12, a amplitude da média de impacto dos problemas de SO oscila entre 0,12 para a dimensão Incapacidade Social e 0,99 para a dimensão Dor. Considerando que, quanto maior a média maior é a percepção do número de impactos

dos problemas de SO na QVRSO, constata-se que as dimensões que revelaram mais impactos na QVRSO foram Dor, Desconforto Psicológico e Incapacidade Física, por ordem decrescente.

Tabela 12 – Resultados das várias dimensões do OHIP

Dimensões	Média (σ)	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Limitação Funcional	0,47 (0,94)	0	0	0	4
Dor	0,99 (1,04)	0,68	0	0	3,32
Desconforto Psicológico	0,60 (1,03)	0	0	0	4
Incapacidade Física	0,54 (0,88)	0	0	0	3,52
Incapacidade Psicológica	0,35 (0,65)	0	0	0	2,20
Incapacidade Social	0,12 (0,33)	0	0	0	1,24
Desvantagem	0,14 (0,42)	0	0	0	1,77

No que diz respeito às associações entre as dimensões do OHIP e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman e o coeficiente de correlação Bisserial por Pontos. As correlações significativas ($p < 0,05$) apresentam-se na Tabela 13.

Tabela 13 – Coeficientes de correlação entre dimensões do OHIP e variáveis sócio-demográficas e clínicas

Variáveis	n	Estatística de Teste
Limitação Funcional/Auto-avaliação condição oral	33	$r = 0,397, p = 0,022$
Desconforto Psicológico/Auto-avaliação condição oral	33	$r = 0,665, p = 0,000$
Incapacidade Física/Auto-avaliação condição oral	33	$r = 0,402, p = 0,021$
Incapacidade Psicológica/Auto-avaliação condição oral	33	$r = 0,371, p = 0,034$
Desvantagem/Auto-avaliação condição oral	33	$r = 0,358, p = 0,041$
Dor/Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$t = 6,707, p = 0,010$
Desconforto Psicológico/ Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$t = 10,609, p = 0,001$
Incapacidade Física/ Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$t = 3,999, p = 0,046$
Desvantagem/ Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$t = 7,728, p = 0,005$

De acordo com a Tabela 13, verificou-se que duas variáveis clínicas se correlacionam positivamente com várias dimensões do OHIP. Assim, a auto-avaliação da condição oral surge associada às dimensões Limitação Funcional ($r=0,397$, $p=0,022$), Desconforto Psicológico ($r=0,665$, $p=0,000$), Incapacidade Física ($r=0,402$, $p=0,021$), Incapacidade Psicológica ($r=0,371$, $p=0,034$) e Desvantagem ($r=0,358$, $p=0,041$). E a presença de problemas de SO está correlacionada com as dimensões Dor ($t=6,707$, $p=0,010$), Desconforto Psicológico ($t=10,609$, $p=0,001$), Incapacidade Física ($t=3,999$, $p=0,046$) e Desvantagem ($t=7,728$, $p=0,005$).

Tal como foi efectuado com o resultado final do OHIP, a análise às relações entre as dimensões do OHIP e as variáveis sócio-demográficas e clínicas foi realizada através de testes não paramétricos, visto que as variáveis não satisfaziam os critérios de homocedasticidade. Desta forma, empregou-se o teste de Kruskal-Wallis para as variáveis com mais de duas categorias (idade, estado civil, nível de escolaridade, auto-avaliação da boca e número de dentes perdidos) e o teste de Wilcoxon Mann-Whitney para as variáveis com duas categorias (género, presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária, presença de dentes naturais e utilização de prótese dentária). As diferenças significativas ($p < 0,05$) são apresentadas na Tabela 14 e 15.

Tabela 14 – Diferenças significativas nas dimensões do OHIP relativamente à Auto-avaliação da condição oral

Variáveis	<i>n</i>	Estatística de Teste
Limitação Funcional/Auto-avaliação condição oral	33	$H = 9,875$, $p = 0,043$
Limitação Funcional/"Boa" – "Fraca"	33	$W = 175,00$, $p = 0,018$
Desconforto Psicológico/Auto-avaliação condição oral	33	$H = 15,359$, $p = 0,004$
Desconforto Psicológico/"Excelente" – "Fraca"	33	$W = 9,000$, $p = 0,043$
Desconforto Psicológico/"Boa" – "Fraca"	33	$W = 160,50$, $p = 0,002$
Desconforto Psicológico/"Boa" – "Muito Fraca"	33	$W = 145,00$, $p = 0,004$
Incapacidade Física/"Boa" – "Muito Fraca"	33	$W = 147,50$, $p = 0,017$
Incapacidade Psicológica/"Boa" – "Muito Fraca"	33	$W = 149,00$, $p = 0,018$
Desvantagem/"Boa" – "Muito Fraca"	33	$W = 153,00$, $p = 0,023$

A análise ao primeiro grupo de variáveis revelou a existência de diferenças significativas nas dimensões Limitação Funcional ($H = 9,875$, $p = 0,043$) e Desconforto Psicológico ($H = 15,359$, $p = 0,004$), relativamente à auto-avaliação da condição oral.

Quanto à primeira dimensão, através do teste de Wilcoxon Mann-Whitney, verificou-se que o resultado nesta dimensão difere significativamente entre os níveis “Boa” e “Fraca” ($W=175,00$, $p=0,018$), sendo que o resultado na dimensão Limitação Funcional se revela mais elevado nos participantes que perceberam a condição oral como “Fraca”. Relativamente à dimensão Desconforto Psicológico, verificou-se que o resultado nesta dimensão é significativamente diferente entre os níveis “Excelente” e “Fraca” ($W=9,000$, $p=0,043$), “Boa” e Fraca” ($W=160,50$, $p=0,002$) e, “Boa” e “Muito Fraca” ($W=145,00$, $p=0,004$). Assim, o resultado nesta dimensão é superior nos participantes que perceberam a condição oral como negativa.

Também se verificou que o resultado na dimensão Incapacidade Física difere entre os níveis de auto-avaliação da condição oral “Boa” e “Muito Fraca” ($W=147,50$, $p=0,017$); o resultado na dimensão Incapacidade Psicológica é diferente entre os níveis “Boa” e Muito Fraca” ($W=149,00$, $p=0,018$); e ainda, o resultado na dimensão Desvantagem difere entre os níveis “Boa” e “Muito Fraca” ($W=153,00$, $p=0,023$). Desta forma, os resultados nestas dimensões revelam-se superiores nos participantes que perceberam a condição oral negativamente.

Tabela 15 – Diferenças significativas nas dimensões do OHIP relativamente à Presença de Problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária

Variáveis	<i>n</i>	Estatística de Teste
Limitação Funcional/Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$W = 316,00$, $p = 0,006$
Dor/Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$W = 306,50$, $p = 0,007$
Desconforto Psicológico/Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$W = 302,00$, $p = 0,001$
Incapacidade Física/Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$W = 326, 00$, $p = 0,033$
Desvantagem/Presença problemas dentes, gengivas ou prótese dentária	33	$W = 330,00$, $p = 0,003$

Da análise ao segundo grupo de variáveis, verificou-se que os resultados nas dimensões Limitação Funcional ($W=316,00$, $p=0,006$), Dor ($W=306,50$, $p=0,007$), Desconforto Psicológico ($W=302,00$, $p=0,001$), Incapacidade Física ($W=326, 00$, $p=0,033$) e Desvantagem ($W=330,00$, $p=0,003$) diferem significativamente entre a presença e ausência de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária. Assim sendo, o resultado nestas dimensões revela-se superior nos participantes que referiram ter problemas SO.

3.5 OBJECTIVO 5: CARACTERIZAR A RELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA QVRSO E AUTO-ESTIMA

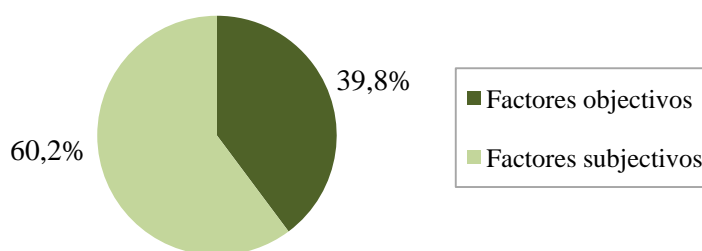
Relativamente à existência de uma relação significativa ($p < 0,05$) entre as dimensões do OHIP e a Auto-Estima, verificou-se, através do coeficiente de correlação de Spearman, uma associação negativa significativa entre a dimensão Limitação Funcional e o resultado final na Escala de Auto-Estima ($r = -0,466$, $p = 0,006$).

3.6 OBJECTIVO 6: DESCREVER OS COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL REALIZADOS PELAS PESSOAS IDOSAS

3.6.1 IMPORTÂNCIA DA HIGIENE ORAL

Relativamente ao primeiro tema da entrevista semi-estruturada dos comportamentos de higiene oral, encontrou-se que todos os participantes (100%, $n = 32$) consideraram que a higiene oral é importante. No entanto, tal importância deriva de vários factores, sendo que podem ser divididos em duas categorias principais tal como foi referido na revisão de literatura no capítulo 1: factores objectivos e factores subjectivos.

Gráfico 11 - Distribuição dos factores subjacentes na importância da higiene oral (%)

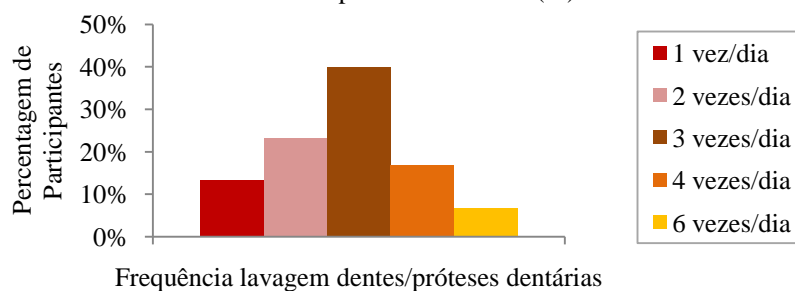


De acordo com o Gráfico 11, os factores subjectivos apresentam-se como mais preponderantes (60,2%). Estes incluem a funcionalidade da boca (mastigação e paladar), dores, mau estar, problemas ao nível do relacionamento social (mau hálito e constrangimentos na relação com os outros) e limpeza e/ou conservação da dentição (“Porque se a gente tem uma higiene oral deficiente, basta o simples odor, para importunar as pessoas que estão a falar connosco; Sim, para não causar repugnância às pessoas quando falam comigo; Para ter os dentes limpos; Ter mau hálito; Cheirar mal; Dores e quando for ao dentista, já não poderá ter solução; Um estado de mau estar; Pode provocar, entre outras coisas, mau hálito e mau aspecto”). Já os factores objectivos (39,8%) abrangem as doenças orais, infecções/inflamações e complicações a nível da saúde geral (“Pode vir a trazer outros problemas, até de foro gástrico, estômago e outras complicações; Pode ganhar uma infecção; Pode aparecer doenças; Com a continuação, pode provocar-me gengivite ou outra doença mais grave”).

3.6.2 FREQUÊNCIA DOS COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL

Independentemente da noção pessoal de cada participante sobre o significado dos cuidados de higiene oral diária, todos os participantes (100%, $n=32$) afirmaram lavar os dentes/próteses dentárias diariamente a seguir às refeições³.

Gráfico 12 – Distribuição dos participantes de acordo com as frequências de lavagem dos dentes/próteses dentárias (%)

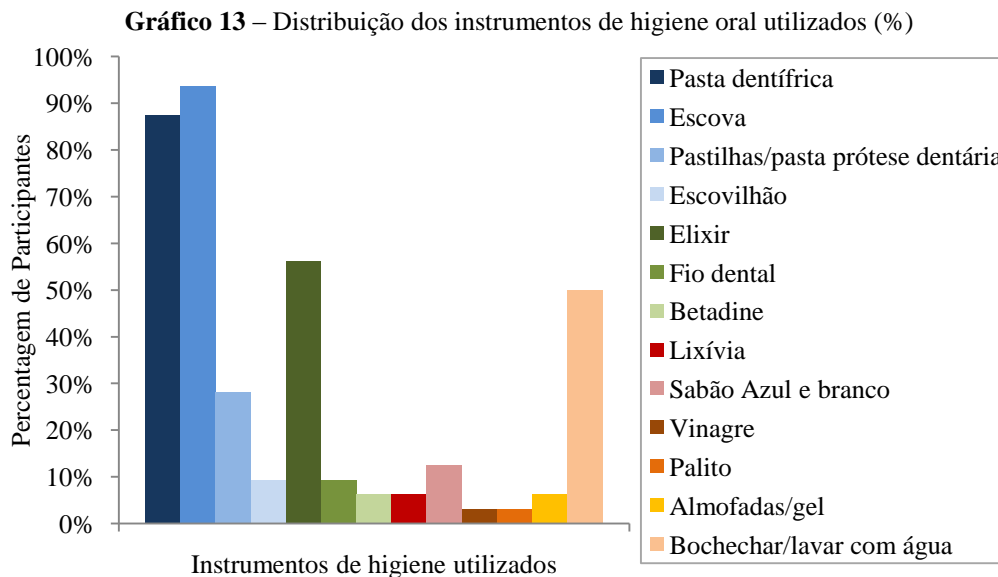


Através do Gráfico 12, verifica-se que, dos 30 participantes que referiram utilizar quer pasta, escova, fio dental, escovilhão ou elixir como instrumentos de lavagem dos dentes/próteses dentárias, pouco mais de um terço dos participantes (40%, $n=12$) lava 3 vezes por dia, sendo que, destas doze pessoas, a maioria ($n=8$) realiza a lavagem a seguir às principais refeições, ou seja, a seguir ao pequeno-almoço, ao almoço e ao jantar. A seguir, verifica-se que a frequência de lavagem mais frequente é 2 vezes por dia (23,3%, $n=7$), sendo que duas pessoas lavam ao almoço e jantar, duas pessoas lavam ao levantar e deitar, uma pessoa lava ao pequeno-almoço e deitar, e duas pessoas lavam ao levantar e jantar. A frequência de lavagem seguinte mais frequente é 4 vezes por dia (16,7%, $n=5$), em que duas pessoas lavam ao levantar, almoço, lanche e jantar, duas pessoas lavam depois do pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar, e uma pessoa lava ao levantar, almoço, jantar e ao deitar. Ainda, alguns participantes lavam os dentes/próteses dentárias uma vez por dia (13,3%, $n=4$), sendo que duas pessoas lavam ao pequeno-almoço e duas pessoas lavam ao deitar. Finalmente, 6,7% dos participantes ($n=2$) costumam realizar a lavagem cerca de 6 vezes por dia, antes do pequeno-almoço, depois do pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e antes de deitar. Mesmo assim, vários participantes (50%, $n=16$) referiram que costumam lavar os dentes/próteses dentárias apenas bochechando com água a seguir a todas ou algumas refeições. Destes 16 participantes, um número bastante razoável costuma lavar os dentes/prótese dentária apenas com água a seguir ao lanche ($n=12$), 8 lavam a seguir ao almoço, um número

³ De referir que, uma participante (não tem qualquer dente ou prótese) revela ter como comportamento de lavagem oral bochechar a boca somente com água e outra participante apenas tem como comportamento de lavagem oral a utilização da escova e água a seguir a todas as refeições.

igual de participantes ($n=6$) lavam depois o pequeno-almoço e jantar, 2 lavam a seguir ao levantar e, por fim, 1 lava com água ao deitar.

3.6.3 INSTRUMENTOS DE HIGIENE ORAL UTILIZADOS



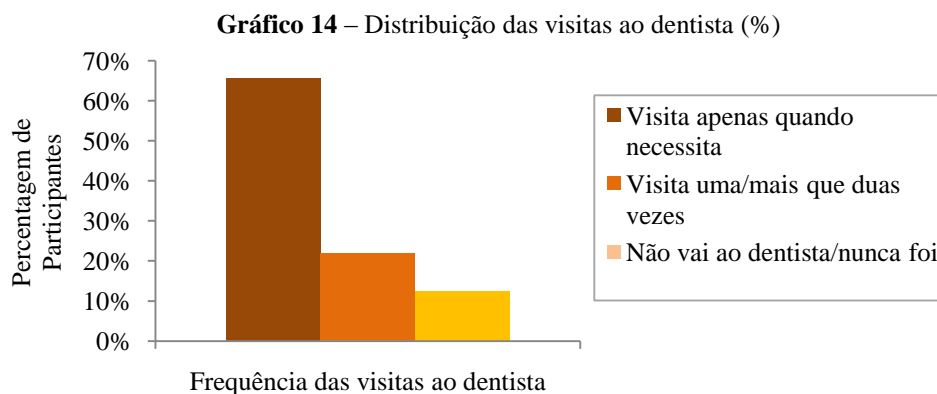
Pela análise do Gráfico 13, verifica-se que os instrumentos mais utilizados, pelo menos uma vez por dia, na higiene oral diária dos participantes são a pasta dentífrica (87,5%, $n=28$), a escova (93,75%, $n=30$) e o elixir (56,25%, $n=18$). Como já foi explorado no tópico anterior, realça-se o facto de que metade dos participantes (50%, $n=16$) apenas bochecha ou lava com água em todas ou em algumas refeições.

No que diz respeito ao cuidado das próteses dentárias, das vinte e nove pessoas que têm prótese, mais de um terço (37,9%, $n=11$) afirmou retirar as próteses todas as noites, sendo que nove destes participantes (28,13%) utilizam pastilhas ou pasta para as próteses dentária como instrumentos de limpeza diária da prótese. Os restantes utilizam lixívia (6,25%, $n=2$)⁴ e vinagre (3,13%, $n=1$) como líquidos de limpeza diária das próteses.

As pessoas que afirmaram não retirar a prótese durante a noite (44,8%, $n=13$), referiram que as lavam antes de dormir e voltam a colocá-las na boca. Por fim, as restantes pessoas (17,24%, $n=5$) referiram que apenas retiram a prótese ocasionalmente para a limpar quer seja, uma vez por semana, quer seja duas vezes por mês, ou mesmo quando a prótese magoa.

⁴ Observa-se uma sobreposição, dado que um participante utiliza, alternadamente, pastilhas e lixívia na limpeza da prótese dentária.

3.6.4 FREQUÊNCIA DE VISITAS AO DENTISTA



Como se pode verificar pelo Gráfico 14, a maioria dos participantes (65,6%, $n=21$) visita o dentista apenas quando necessita, sendo que as dores oro-faciais foram a causa mais apontada (57,14%, $n=12$), enquanto os restantes referiram ter problemas com a prótese dentária ou tratamento de cáries. Dos participantes que apenas visitam o dentista quando necessitam, três referiram que a frequência das visitas não é suficiente e, por isso, reconhecem que deveriam visitar o Geronto-Estomatologista mais vezes.

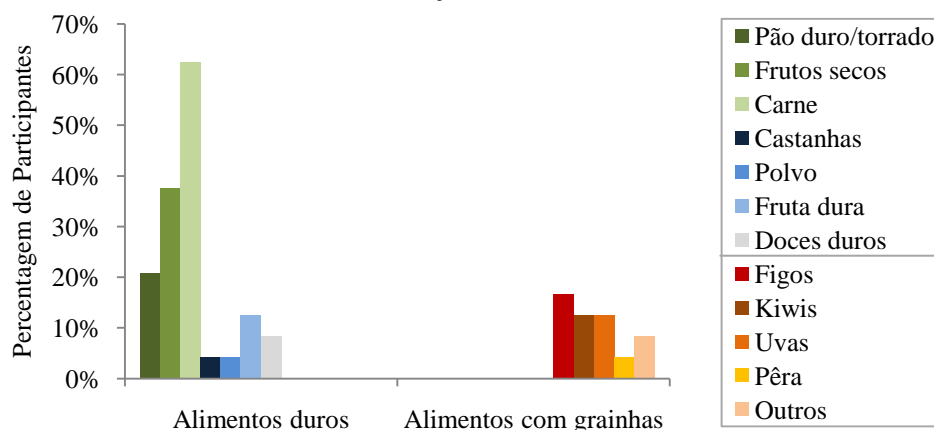
Apenas um pequeno número de participantes referiu visitar o Geronto-Estomatologista regularmente (21,9%, $n=7$), mesmo que não apresente qualquer problema oral (dois participantes referiram visitar o dentista uma vez por ano; três pessoas visitam duas vezes por ano; uma pessoa visita três vezes por ano; e uma pessoa visita de 2 em 2 meses). Destes participantes que visitam o dentista regularmente, quatro participantes têm um nível de escolaridade elevada (secundário ou ensino superior), enquanto os restantes têm o 4º ano ou 5º/6º ano. Todos referiram que a frequência com que visitam o Geronto-Estomatologista é suficiente.

Finalmente, os restantes participantes (12,5%, $n=4$) mencionaram que, actualmente, já não vão ao Geronto-Estomatologista ou nunca foram, sendo que um dos participantes ainda mantém a dentição completa.

3.6.5 ALIMENTAÇÃO

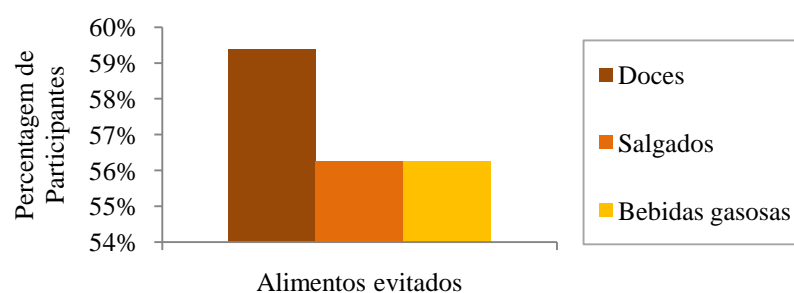
No geral, os participantes referiram comer todo o tipo de alimentos. Mais especificamente, oito participantes referiram que não evitam qualquer tipo de alimento. Apenas dois participantes referiram fazer dieta, sendo que uma das quais só come comida passada. Os restantes participantes que mencionaram evitarem determinados alimentos apresentam-se no Gráfico 15.

Gráfico 15 – Distribuição dos alimentos evitados (%)



Verifica-se pelo Gráfico 15 que, existem dois tipos de alimentos que os participantes mais evitavam: alimentos duros e alimentos com grainhas. Os alimentos duros são mais evitados do que os alimentos com grainhas. Em relação aos alimentos duros, o alimento mais evitado é a carne rija (62,5%, $n=15$), seguida dos frutos secos (37,5%, $n=9$). Em relação aos alimentos com grainhas, em que as frutas são os alimentos mais evitados, verifica-se um predomínio no evitamento dos figos (16,6%, $n=4$). É de salientar que, das oito pessoas que não evitam qualquer alimento verifica-se que, na maioria (75%, $n=6$), falta-lhes relativamente poucos dentes (0-4, 5-10 e 11-19) comparativamente às pessoas que evitam os alimentos mais predominantes (carne e frutos secos), ou seja, a maioria (85%, $n=17$) falta-lhes entre 20-27 e 32 dentes.

Gráfico 16 – Distribuição dos participantes relativamente ao evitamento dos doces, salgados e bebidas gasosas (%)

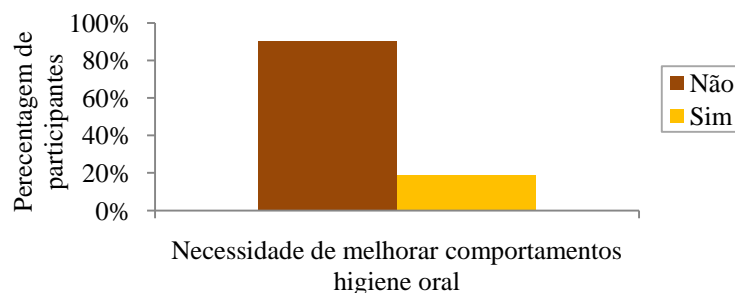


Relativamente aos alimentos incluídos na entrevista semi-estruturada (doces, salgados e bebidas gasosas), 59,37% ($n=19$) dos participantes evita doces, e o mesmo número de participantes (56,25%, $n=18$) evita tanto salgados como bebidas gasosas (Gráfico 16). Porém, as causas para este evitamento não são devidas a possíveis problemas nos dentes/prótese dentária e suas consequências a médio, longo prazo. De facto, dos participantes que referiram evitar os doces, a principal razão é a diabetes (25%, $n=8$). A segunda principal razão apontada para evitar qualquer um dos três

alimentos, é facto de não gostar (28,13%, $n=9$). Outras causas referidas para os três alimentos foram hipertensão (9,38%, $n=3$), colesterol (6,25%, $n=2$), problemas na bexiga, nos intestinos, na vesícula, nos rins, o ácido úrico e engordar, todos com a mesma frequência (3,13%, $n=1$).

3.6.6 PERCEÇÃO DA NECESSIDADE DE MELHORAR OS COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL

Gráfico 17 – Distribuição dos participantes relativamente à necessidade de melhorar os comportamentos de higiene oral (%)



Como se pode verificar pelo Gráfico 17, a maioria dos participantes avalia os comportamentos de higiene oral efectuados como sendo suficiente (90,6%, $n=29$). No entanto, seis participantes (18,75%)⁵ referiram que alguns comportamentos de higiene oral não eram suficientes. Assim, três destes participantes revelaram que deveriam visitar o dentista mais vezes, sendo que os obstáculos à realização desse comportamento mais mencionados foram a falta de tempo, a demora da consulta, o desleixo, a despreocupação e o desinteresse. Outros comportamentos que os participantes referiram foram lavar os dentes com escova e pasta em vez de apenas bochechar, tendo como factores impeditivos à sua realização a despreocupação; lavar a prótese superior, sendo que o factor impeditivo principal foi a falta de paciência; e utilizar o elixir mais frequentemente, sendo que o facto de já ter os dentes lavados com pasta, tornando o acto de bochechar com elixir menos importante, o principal obstáculo à sua realização.

⁵ Verifica-se que estes participantes consideram alguns comportamentos de higiene oral que realizam suficientes, enquanto outros não.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1.1 OBJECTIVO 1: CARACTERIZAR A DEPENDÊNCIA DA AUTO-PERCEPÇÃO NEGATIVA DA SAÚDE ORAL EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS

Da amostra total, um número bastante elevado de participantes demonstrou uma auto-percepção negativa da sua condição oral. Ainda que não seja estatisticamente significativo, as pessoas idosas mais velhas (mais de 85 anos) e com menos escolaridade são aquelas que revelam maior auto-consciência dos seus problemas de SO. Em relação à idade, os resultados deste estudo encontram-se em consonância com os resultados encontrados em outros estudos, visto que a idade não se revelou um preditor significativo da auto-percepção da condição oral (Atchison & Gift, 1997; Reisine & Bailit, 1980, citado por Atchison & Gift, 1997; Mesas, Andrade & Cabrera, 2008) ao contrário de outros estudos (Berkey, *et al.*, 1985, cit. por Atchison & Gift, 1997). Mas, embora não seja estatisticamente significativo, realça-se o facto de as pessoas idosas mais velhas revelarem maior sensibilidade na auto-percepção da condição oral, o que pode sugerir que as pessoas idosas percebem estas mudanças como fazendo parte do processo natural do envelhecimento ajustando as suas expectativas a tais mudanças (Gift, 1988, Reisine, *et al.*, 1989, cit. por Atchison & Gift, 1997). Relativamente ao nível de educacional, os resultados encontrados no presente estudo vão ao encontro dos resultados encontrados em outros estudos, ou seja, as pessoas com nível educacional mais elevado, percebem a sua SO mais favoravelmente (Reisine & Bailit, 1980, Matthias, *et al.*, 1995, cit. por Atchison & Gift, 1997; Atchison & Dolan, 1990, cit. por Nunes & Abegg, 2008).

De forma semelhante ao estudo de Jones e col. (2003), os participantes que perderam entre 5 e 10 dentes perceberam a sua condição oral de forma positiva. Surpreendentemente, também se encontrou que um número bastante significativo de participantes que tinha perdido todos os dentes percebeu, ainda que de forma ligeira, a sua condição oral mais favoravelmente, em comparação com os participantes que perderam um número intermédio de dentes (11 a 31 dentes). Este dado sugere que, no geral, estas pessoas têm menos problemas do que as pessoas com alguns dentes (Jones, *et al.*, 2003). Deste modo, o facto de as pessoas se situarem de forma intermédia em relação ao número de dentes perdidos, significa uma perda de dentes moderada com

possível substituição (prótese dentária parcial). As restantes pessoas encontram-se em dois extremos: ou têm a dentição completa/quase completa ou têm prótese dentária completa. Esta situação pode ser visionada através de uma curva em forma de U, com as pessoas com alguns dentes a situarem-se entre as pessoas com a dentição completa/quase completa e as que têm prótese dentária completa e, a revelarem atitudes mais negativas em relação à SO. Assim, o facto de a dentição ser substituída por uma prótese dentária completa, melhora a funcionalidade da boca e Bem-Estar e, consequentemente leva a menos queixas a nível de problemas na boca. Mas tal não implica que esta situação seja a mais indicada para que a pessoa percepcione a sua condição oral de forma positiva (Jones, *et al.*, 2003). Contrariamente, Reisine e Bailit (1980, cit. por Atchison & Gift, 1997) encontraram que a percentagem de pessoas que percepcionavam a sua condição oral como positiva decrescia à medida que o número de dentes perdidos aumentava ou a condição periodontal piorava. E ainda, Berkey e col. (1985, cit. por Atchison & Gift, 1997) verificaram uma percentagem mais elevada de pessoas dentadas com uma auto-percepção positiva da condição oral do que nas pessoas edentuladas.

Verificou-se que a presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária constitui o principal factor na auto-percepção negativa da condição oral. Assim sendo, pode-se considerar que a percepção da pessoa acerca da possível presença de problemas de SO constitui o critério central que as pessoas utilizam na percepção que fazem da sua condição oral. Os problemas de SO mais reportados pelos participantes foram precisamente problemas subjectivos (Silva & Fernandes, 2001) que vão ao encontro da revisão de literatura efectuada no capítulo 1, como por exemplo, gengivas inferiores duras, dificuldade em mastigar, dificuldade na adaptação à prótese dentária (Jonh, Koepsell, Hujoel, *et al.*, 2004, Weyant, Pandav, Plowman, *et al.*, 2004, Swoboda, Kiyak, Persson, *et al.*, 2006, cit. por Mesas, Andrade & Cabrera, 2008) e perda da maioria dos dentes naturais (Ekanayake & Perera, 2005, Weyant, Pandav, Plowman, *et al.*, 2004, Tsakos, Marcenes & Sheiham, 2004, cit. por Mesas, Andrade & Cabrera, 2008). Noutros estudos, encontraram-se outras variáveis positivamente correlacionadas com a auto-percepção da condição oral. No estudo de Silva e Fernandes (2001), verificou-se que a auto-percepção estava relacionada com a classe social, dentes cariados e indicados para extracção. Mesas, Andrade e Cabrera (2008) verificaram que a auto-percepção negativa estava associada ao sexo feminino e à presença de depressão,

enquanto que Atchison e col. (1993, cit. por Atchison & Gift, 1997) e Matthias e col. (1995, cit. por Atchison & Gift, 1997) verificaram que a auto-percepção estava relacionada com uma variedade de condições clínicas avaliadas, incluindo dentes móveis, número de dentes presentes e a presença de cáries, não sendo descrito o sentido destas associações.

4.1.2 OBJECTIVO 2: CARACTERIZAR A PERCEÇÃO DA QVRSO E AUTO-ESTIMA EM PESSOAS IDOSAS

Relativamente ao Perfil de Impacto na Saúde Oral, os resultados encontrados sugerem um impacto negativo na QVRSO bastante diminuído. Também foi encontrado resultado semelhante ($M=3,55$) no OHIP no estudo de Brennan, Singh, Spencer & Roberts-Thomson (2006) com uma amostra de indivíduos com idades compreendidas entre 45 e 54 anos da cidade de Adelaide, Sul de Austrália. Porém, em estudos realizados noutros países com pessoas idosas, o resultado médio mostrou-se mais elevado. Por exemplo, em Israel a média foi 10,43 (Zini & Sgan-Cohen, 2008), no Japão foi 10,93 (Ikebe, Watkins, Ettinger, *et al.*, 2004, cit. por Zini & Sgan-Cohen, 2008), em Inglaterra foi 22,47 (Baker, Pankhurst & Robinson, 2006, cit. por Zini & Sgan-Cohen, 2008), e no Brasil foi 7,4 (De Oliveira & Nadanovsky, 2005, cit. por Zini & Sgan-Cohen, 2008). Estas diferenças entre países tem sido discutida na literatura e possíveis explicações incluem questões metodológicas devido à recolha de dados, precisão inter-observador e, factores sócio-demográficos e culturais relacionados com as diferentes reacções das populações relativamente à saúde e doença (Allen & Locker, 1997, cit. por Zini & Sgan-Cohen, 2008).

Da mesma forma que o Perfil de Impacto na Saúde Oral não demonstra problemas significativos na QVRSO, a média da Escala de Auto-Estima revela que o grupo de pessoas da amostra demonstra um nível de Auto-Estima bastante satisfatório. Este resultado indica que, no geral, os problemas de SO têm pouca influência no modo como as pessoas se valorizam, ou seja, na auto-imagem que constroem de si. No fundo, as pessoas apresentam uma atitude favorável acerca delas mesmas e, portanto a SO não parece desempenhar um papel relevante na forma como se sentem, aprovam ou apreciam globalmente.

4.1.3 OBJECTIVO 3: CARACTERIZAR A RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS E A PERCEÇÃO DA QVRSO E AUTO-ESTIMA

Da relação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, encontrou-se que o sexo feminino se relacionava com um número de cada vez mais elevado de dentes naturais perdidos. No estudo de Mesas, Andrade & Cabrera (2008), verificaram resultado semelhante, enquanto que Inukai, Baba, John & Igarashi (2008) não encontraram esta relação. Quanto ao estado civil, verificou-se que o número de dentes perdidos aumenta dos participantes casados para os enviuvados, mas também existem mais participantes viúvos ainda com dentes naturais.

A associação entre a auto-percepção da condição oral e a presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária apresentada no primeiro objectivo revela que, as pessoas que percebem a sua condição oral de forma negativa, também admitem ter um qualquer problema com os dentes, gengivas ou prótese dentária. Por sua vez, essa auto-percepção negativa reflecte-se no resultado final do OHIP, pois são precisamente as pessoas com auto-percepção negativa que apresentam um resultado mais elevado no OHIP. Ou seja, aparentemente estas variáveis são as principais responsáveis por um impacto negativo na QVRSO. Semelhante associação entre a auto-percepção da SO e resultado final do OHIP foi encontrada no estudo de validação do OHIP para espanhol (Montero-Martín, *et al.*, 2009), corroborando a concepção de que a auto-percepção da condição oral desempenha um importante papel na avaliação da QV e em especial da QVRSO da pessoa idosa. Também no seu estudo, Locker, Clarke & Payne (2000) defendem que a auto-percepção negativa da condição oral leva à diminuição da QV, através de uma análise prospectiva em que a percepção da condição oral aos três anos predizia os resultados da QV aos sete anos do estudo.

O principal factor que influencia a Auto-Estima foi a existência de dentes naturais, o que leva a crer que o facto de as pessoas ainda possuírem os seus dentes é uma fonte positiva para a auto-imagem, Bem-Estar e Auto-Estima. Tal como defendem Strauss e Hunt (1993, cit. por Nunes & Abegg, 2008) e Atchison e Dolan (1990, cit. por Nunes & Abegg, 2008), ainda ter dentes naturais influenciava positivamente na auto-percepção da aparência e funcionalidade da mastigação, havendo menos impacto no quotidiano da pessoa. Porém, um dado importante sobressai: as pessoas com prótese dentária, apresentam um resultado mais elevado na Escala de Auto-Estima do que as pessoas sem prótese dentária. Dado que se encontrou que os participantes que perderam 5-10 e 20-27

dentes apresentam uma Auto-Estima superior aos participantes que perderam 32 dentes, poder-se-á pensar que esta situação só será lógica se as pessoas com nível de Auto-Estima elevado e com prótese dentária são aquelas com próteses parciais. Porém, são precisamente as pessoas que perderam 20-27 dentes com maior percentagem de pessoas a percepcionarem a sua SO de forma mais negativa do que as pessoas que perderam 32 dentes. Assim, tem-se que as pessoas sem qualquer dente revelam uma Auto-Estima inferior às pessoas sem 5-10 e 20-27 dentes, mas apresentam uma auto-percepção mais elevada do que as pessoas que perderam entre 11 e 31 dentes. No entanto, os estudos que existem não auxiliam numa possível explicação para este fenómeno aparentemente paradoxal. Inukai e col. (2008) verificaram que as pessoas com próteses parciais removíveis de má qualidade apresentavam resultados mais elevados no OHIP-49. E, ao contrário do presente estudo, Benyamini, Leventhal & Leventhal (2004), encontraram que a auto-percepção da condição oral estava relacionada com a Auto-Estima, o que torna ainda mais difícil explicar o facto de os participantes deste estudo que perderam toda a dentição se encontram em extremos opostos relativamente à auto-percepção da condição oral e Auto-Estima.

Mas, tem-se uma certeza: as pessoas com dentição completa/quase completa são aquelas que apresentam uma auto-percepção e Auto-Estima mais elevadas, o que reforça a ideia de que ainda ter os dentes naturais preserva a funcionalidade da boca e desempenha um papel importante no sentimento de satisfação, na auto-imagem e Bem-Estar da pessoa idosa (Hallberg & Haag, 2007).

4.1.4 OBJECTIVO 4: CARACTERIZAR O IMPACTO DAS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS NA PERCEPÇÃO DAS DIMENSÕES DE QVRSO

A distribuição das respostas dos participantes às dimensões do OHIP sugere que os participantes têm mais problemas ao nível de alimentação, ou seja, uma grande parte dos participantes experiencia dificuldades ao comer determinados alimentos várias vezes num ano. Tal resultado foi corroborado pelo que se encontrou na entrevista semi-estruturada relativamente à alimentação: a maioria das pessoas tenta evitar alimentos mais duros que possam causar desconforto, dor ou mesmo partir a prótese dentária. Este evitamento, por sua vez reflecte-se numa dieta insatisfatória. Também Locker e Gruska (1997, cit. por Nunes & Abegg, 2008) verificaram que as dores oro-faciais causavam o evitamento de determinados tipos de alimentos. De igual modo, a auto-imagem e a relação com as outras pessoas também se apresentou afectada, visto que algumas

peças referiram sentirem-se constrangidas, provavelmente devido à desadaptação das próteses dentárias, fazendo com que evitem rir, falar e até comer ao pé de outras pessoas. Estes problemas (desconforto a comer, dieta insatisfatória e dor na boca) foram também os mais frequentes no estudo de Zini & Sgan-Cohen (2008). As dimensões com maior número de impactos foram Dor, Desconforto Psicológico e Incapacidade Física, sugerindo que as pessoas da amostra experienciam dor enquanto comem, sendo por isso mesmo prejudicadas na sua alimentação e, sentem-se preocupadas com a sua condição oral. Também Brennan e col. (2006) e Brennan & Spencer (2004) obtiveram resultados semelhantes, sendo as dimensões mais afectadas Dor, Desconforto Psicológico e Incapacidade Psicológica. No estudo de Hassel e col. (2007) as dimensões que tiveram mais impacto foram Limitação Funcional e também Dor. De modo semelhante, as dimensões Desconforto Psicológico, Dor e Limitação Funcional apresentaram-se como tendo mais impactos no estudo de Montero-Martín e col. (2009).

Enquanto no estudo de Montero-Martín e col. (2009), a auto-percepção da condição oral influenciou principalmente as dimensões Dor e Desconforto Psicológico, neste estudo as principais dimensões influenciadas por esta variável foram Limitação Funcional, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica e Desvantagem. Contrariamente ao estudo mencionado anteriormente, a auto-percepção da condição oral não teve qualquer influência na dimensão Dor. Sendo a dimensão Dor, aquela com mais impactos, estes dados sugerem que esta dimensão é mais influenciada pela presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese, como se pode verificar pelos problemas de SO mais referidos pelos participantes, como por exemplo, dificuldade na adaptação da prótese dentária ou gengivas inflamadas que podem causar dores.

Tal como acontece com o resultado final do OHIP, os resultados na maioria das dimensões sugerem que, uma auto-percepção da condição oral negativa e a presença de problemas nos dentes, gengivas ou prótese dentária, são os factores mais importantes na QVSRO, causando dificuldade na fala e diminuição da sensibilidade do paladar, dores e complicações no acto de comer, preocupação e stress, interferência na alimentação, dificuldade em relaxar e embaraço e, interferência no quotidiano da pessoa idosa.

4.1.5 OBJECTIVO 5: CARACTERIZAR A RELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DA QVRSO E AUTO-ESTIMA

A relação encontrada entre a dimensão Limitação Funcional e a Escala de Auto-Estima sugere que as pessoas que sentem dificuldade na fala e diminuição da sensibilidade do paladar são as que demonstram uma Auto-Estima mais baixa. Tal pode ser explicado, sobretudo, pela função social que a fala representa e no conseqüente embaraço que as pessoas idosas, principalmente as que não têm qualquer dente natural e têm, por isso, prótese dentária completa, poderão experienciar quando enfrentam essas dificuldades enquanto falam com as outras pessoas.

4.1.6 OBJECTIVO 6: DESCREVER OS COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL REALIZADOS PELAS PESSOAS IDOSAS

Tal como foi explorado na revisão de literatura no capítulo 1, esta amostra de pessoas idosas revela que, os factores em que se baseiam para avaliar a sua condição oral bem como para justificar a importância em realizar a higiene oral e identificar possíveis conseqüências da ausência de cuidado oral são, principalmente, subjectivos (por exemplo, halitose, mau estar, importunar as outras pessoas, ter dores). Apesar de os participantes demonstrarem uma preocupação tanto pelas conseqüências a nível subjectivo com a nível objectivo, a verdade é que os comportamentos de higiene oral reportados pelas pessoas idosas deste estudo, não parecem reflectir aos conhecimentos mencionados durante a entrevista.

Através da análise das entrevistas, teve-se acesso às práticas de higiene oral realizadas pela amostra de pessoas idosas. Pode-se verificar que, apesar de quase a totalidade dos participantes usarem os principais instrumentos de cuidado oral, a verdade é que, a frequência da lavagem e as alturas do dia em que se realiza, revela-se inconstante ao longo do dia. Também Huff e col. (2006) verificaram que a maioria dos participantes (62%) não tem uma altura específica para lavar os dentes/prótese dentária. Um dado preocupante refere-se a um número bastante significativo de pessoas que costuma lavar os dentes/prótese dentária apenas com água a seguir a algumas ou todas as refeições, mesmo estando perto do quarto.

Segundo Jagger e Harrison (1995, citado por Hiramatsu, Franco & Tomita, 2006), o método mais eficaz na remoção da placa bacteriana da superfície dos dentes/prótese dentária é a escovagem com pasta fluoretada e a imersão da prótese em líquidos

adequados. Os resultados revelam, de facto, que esta amostra utiliza o melhor método na limpeza dos dentes/prótese dentária. Outro aspecto positivo é o facto de a maioria dos participantes também utilizar o elixir como complemento no cuidado da higiene oral. Porém, o método específico no cuidado das próteses dentárias não se revelou tão frequente como seria desejado. Para além de um número reduzido de pessoas retirarem a prótese dentária, os instrumentos utilizados na sua limpeza e preservação não são os mais adequados (lixívia e vinagre). De igual modo, a frequência com que as pessoas retiram a prótese também não é a mais indicada, visto que, como foi referido no Capítulo 1 acerca dos comportamentos recomendados pelo Ministério da Saúde, estas deverão ser retiradas regularmente. Outro dado preocupante é o facto de metade das pessoas da amostra apenas bochecharem a boca com água a seguir a algumas ou todas as refeições. Isto demonstra que estas pessoas percebem este comportamento como sendo minimamente suficiente para manter a sensação de limpeza na boca (*“Embora não seja com escova, bochecho a boca. Sinto-me bem, sinto-me diferente, sinto-me outra, sinto-me fresca.”*).

Outra estratégia fundamental para manter uma boa SO, é a visita regular ao Geronto-Estomatologista, que se deve realizar pelo menos uma vez por ano. Porém, as respostas dos participantes na entrevista sugerem que a auto-percepção da necessidade de tratamento é mínima, senão apenas por um pequeno número de pessoas. Para além disso, tal como Hiramatsu e col. (2006) verificaram, os principais motivos das visitas ao Geronto-Estomatologista foram precisamente sinais e sintomas específicos e subjectivos explorados no Capítulo 1, como dores e problemas no ajuste das próteses dentárias que dificultam a fala e o acto de mastigar e, que também interferem na aparência, revelando que ainda persiste a ideia de que, uma vez com prótese dentária, já não é necessário visitar o Geronto-Estomatologista como modo de prevenção (*“Já há muitos anos que não visito o dentista. Só vou quando é para mudar [prótese dentária]”*). Tal como Vargas, Kramarow & Yellowitz (2001) verificaram, quase todos os participantes deste estudo que visitam regularmente o Geronto-Estomatologista têm um nível de educacional mais elevado do que aqueles que visitam apenas que necessitam.

No que diz respeito à alimentação, os resultados revelam que a maioria dos participantes evita essencialmente alimentos duros (por exemplo, carne, frutos secos, pão duro, fruta rijá), o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Chavers, Gilbert e Shelton (2004, cit. por Huff *et al.*, 2006). As pessoas que evitam frutas com

grainhas são, principalmente, aquelas com prótese dentária, visto que, como as próteses não se encontram bem ajustadas, as sementes de determinadas frutas (figos, kiwis, peras, etc.) introduzem-se no espaço entre a prótese e a gengiva, causando incómodo. Assim, estas pessoas consideram que, bochechando a boca e retirando as sementes da fruta, é o suficiente para manter as próteses limpas. Um dado interessante, é o facto de serem estas mesmas pessoas, a quem lhes falta todos ou quase todos os dentes, que revelam uma Auto-Estima mais baixa do que as pessoas com maior número de dentes naturais presentes e que não evitam tanto alimentos como aquelas. Relembrando as dimensões do OHIP com mais problemas (Dor, Desconforto Psicológico e Incapacidade Física), pode-se considerar que a alimentação é a principal fonte de impacto negativo na QVRSO.

Um resultado interessante diz respeito aos alimentos contemplados na entrevista (doces, salgados e bebidas gasosas). Dos participantes que referiram evitar estes alimentos, nenhum mencionou como principal causa para este evitamento o facto de estes alimentos serem prejudiciais para a SO. Desta forma, estes resultados reforçam a ideia de que, apesar de os participantes referirem que a higiene oral é importante, a verdade é que as atitudes acerca da SO não se reflectem nos comportamentos realizados.

Por fim, a percentagem de participantes que revela uma percepção da necessidade de melhorar os comportamentos de higiene oral, demonstra um desfasamento significativo entre o que realizam e o que de facto seria desejável. Não obstante, o comportamento que se revelou mais fraco, foi aquele que um número mínimo de participantes percepcionou como sendo necessário melhorar, ou seja, visitar o Geronto-Estomatologista mais frequentemente. As razões mencionadas (ou seja, esquecimento, falta de tempo, demora da consulta, despreocupação) para tal não acontecer são, de resto, plausíveis também para as consultas de outras especialidades médicas. No entanto, o facto de a frequência das visitas ao Geronto-Estomatologista ser inferior ao desejado, reforça a ideia de que a SO não é um domínio tão importante como os outros da SG.

4.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

De modo a interpretar melhor os resultados, é necessário ter em consideração algumas limitações inerentes a este estudo.

Primeiro, a amostra deste estudo não foi seleccionada de forma aleatória e apresenta características peculiares, diferentes da população idosa em geral, nomeadamente, o facto de viverem num ambiente militar, o que pode constituir uma fonte de enviesamento dos resultados. Para além disso, é uma amostra pequena, o que por sua vez impossibilita a generalização dos resultados para a população idosa em geral.

Considerando que esta investigação foi essencialmente um estudo piloto, aliado ao facto de o valor do *alpha* de Cronbach poder aumentar com a eliminação de alguns itens, torna-se fundamental proceder-se ao processo de validação deste instrumento para Portugal.

Outra limitação do estudo foi a impossibilidade de realizar uma avaliação clínica objectiva da condição oral dos participantes por parte de um especialista de Medicina Dentária, pois enriqueceria o estudo ao possibilitar a comparação com as avaliações subjectivas da condição oral dos participantes. Também seria interessante aceder às auto-avaliações da Saúde em geral e comparar com as avaliações subjectivas dos participantes relativamente à condição oral e verificar em que medida se relacionavam. De igual modo, a entrevista semi-estruturada de comportamentos de higiene oral poderia ter incluído os conhecimentos e atitudes dos participantes acerca da higiene oral, o que possibilitaria a averiguação de possíveis desfasamentos.

As limitações acima mencionadas constituem alguns pontos de partida para futuras investigações que preencham estas lacunas.

4.3 CONCLUSÕES

Os resultados encontrados neste estudo enquadram-se na literatura explorada nos Capítulos 1, indicando que os problemas de SO tem um enorme impacto na QV das pessoas idosas ao percepcionarem a sua QVRSO de forma mais desfavorável do que as pessoas sem problemas de SO. Esse impacto revelou-se mais saliente ao nível da preocupação relativamente aos problemas de SO e da interferência destes na alimentação.

De modo semelhante, também se verificou que a auto-percepção da condição oral desempenha um papel fundamental na percepção da QVRSO, o que consolida ainda mais a sua importância na avaliação da QVRSO, aliada à avaliação objectiva por parte do profissional de SO. Assim, sugere-se a criação de programas de promoção da Saúde Oral e estratégias de prevenção através do fornecimento de informação sobre a relação

entre a SO e a SG, bem como providenciar educação oral adequada relativamente aos comportamentos de higiene oral correctos (por exemplo, discutir as vantagens e obstáculos das visitas ao Geronto-Estomatologista, substituir alimentos prejudiciais por outros que não comprometam o estado nutricional, ter os cuidados necessários para com as próteses dentárias) com o objectivo de alertar para a importância da SO no Bem-Estar e QV da pessoa idosa. No entanto, estas recomendações também são válidas para os profissionais de SO, que têm como dever informar e encorajar as pessoas idosas para a necessidade de ter os cuidados necessários para preservar uma dentição saudável ou então melhorar a qualidade das próteses dentárias, que tanto incomodam e afectam a QV da pessoa idosa. Neste sentido, este estudo também pode representar um incentivo para o desenvolvimento da investigação da Prosthodontia Geriátrica em Portugal.

A importância destas intervenções é realçada pelo facto de que são estas mesmas pessoas com prótese dentária completa revelarem uma Auto-Estima inferior às pessoas que ainda têm dentes naturais. Ou seja, o facto de não terem qualquer dente e a prótese apresentar-se desajustada, interfere na comunicação com outras pessoas e no acto de comer, o que leva, irremediavelmente, ao embaraço e preocupação no contacto com as outras pessoas e, em última análise, a uma baixa Auto-Estima.

Desta forma, torna-se premente realizar mais estudos sobre o tema explorado neste estudo, mas sobretudo tentar compreender a relação entre as variáveis que revelaram resultados paradoxais (pessoas que perderam toda a dentição e com prótese dentária completa e, pessoas que perderam um número razoável de dentes com possível prótese dentária parcial, encontram-se em extremos opostos na auto-percepção da condição oral e Auto-Estima). De igual modo, considera-se fundamental proceder-se à validação para Portugal do instrumento de avaliação da QVRSO utilizado neste estudo, o OHIP.

Apesar das limitações inerentes, pode-se considerar que este estudo permitiu lançar algumas pontes para futuras investigações sobre este tema em Portugal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, N. & Stewart, J. (1999). Self-Esteem. *Research Network on Socioeconomic Status and Health* (retirado a 13 de Abril de 2009 em <http://www.macses.ucsf.edu/Research/psychosocial/notebook/selfesteem.html>)
- Allen, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(40)
- Amarantos, E., Martinez, A. & Dwyer, J. (2001). Nutrition and Quality of Life in Older Adults. *Journals of Gerontology*, 56A, 54-64
- Atchison, K. A. & Gift, H. C. (1997). Perceived Oral Health in a Diverse Sample. *Advances in Dental Research*, 11(2), 272-280
- Baker, S. R. (2007). Testing a Conceptual Model of Oral Health: a Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Dental Research*, 86(8), 708-712
- Benyamini, Y, Leventhal, H. & Leventhal, E. A. (2004). Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science & Medicine*, 59, 1109-1116
- Biazevic, M. G., Michel-Crosato, E., Iagher, F., Pooter, C. E., Correa, S. L., & Grasel, C. E. (2004). Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Brazilian Oral Research*, 18(1), 85-91
- Brennan, D. S. & Spencer, A. J. (2004). Dimensions of oral health quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(35)
- Brennan, D. S., Singh, K. A., Spencer, A. J. & Roberts-Thomson, K. F. (2006). Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(83)
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 163-177
- Campolina, A. G. & Ciconelli, R. M. (2006). Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Revista*

Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, 19(2), 128-136

Crocker, J. & Knight, K. M. (2005). Contingencies of Self-Worth. *Current Directions in Psychological Science*, 14(4), 200-203

Drumond-Santana, T., Costa, F. O., Zenóbio, E. G., Soares, R. V. & Santana, T. D. (2007). Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 637-644

Epstein, S. (2002). *Cognitive-Experiential Self-Theory of Personality*. In T. Millon & M. J. Lerner (Eds.). *Handbook of Psychology* (Vol. V) (pp.159-184). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Gobitta, M. & Guzzo, R. S. (2002) Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) – Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 143-150

Gomes, A. S. & Abegg, C. (2007). O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1707-1714

Hallberg, U. & Haag, P. (2007). The subjective meaning of dentition and oral health: Struggling to optimize one's self-esteem. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, 86-92

Hassel, A. J., Koke, U., Schmitter, M., & Rammelsberg, P. (2006). Factors associated with oral health-related quality of life in institutionalized elderly. *Acta Odontologica Scandinavica*, 64, 9-15

Hassel, A. J., Rolko, C., Leisen, J., Schmitter, M., Rexroth, W., & Leckel, M. (2007). Oral health-related quality of life and somatization in the elderly. *Quality of Life Research*, 16, 253-261

Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo.

Hiramatsu, D. A., Franco, L. J. & Tomita, N. E. (2006). Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2331-2448

Huff, M., Kinion, E., Kendra, M. A. & Klecan, T. (2006). Self-Esteem: A Hidden Concern in Oral Health. *Journal of Community Health Nursing*, 23(4), 245-255

Ikebe, K., Matsuda, K., Morii, K., Wada, M., Hazeyama, T., Nokubi, T., & Ettinger, R. L. (2007), Impact of dry mouth and hyposalivation on oral health-related quality of life of elderly Japanese. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology & Endodontics*, 103, 216-222

Ingram, S. S., Seo, P. H., Sloane, R., Francis, T., Clipp, E. C., Doyle, M. E., Montana, G. S. & Cohen, H. J. (2005). The Association Between Oral Health and General Health and Quality of Life in Older Male Cancer Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1504-1509

Inukai, M., Baba, K., John, M. T., Igarashi, Y. (2008). Does Removable Partial Denture Quality Affect Individual's Oral Health? *Journal of Dental Research*, 87(8), 736-739

Jones, J. A., Orner, M. B. Spiro III, A. & Kressin, N. R. (2003). Tooth loss and dentures: patients' perspectives. *International Dental Journal*, 53, 327-334

Junior, L. S. (2004). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, 15-16 (retirado a 11 de Março de 2009 em <http://www.unifesp.br/dis/pg/Def-Saude.pdf>)

Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive Behavior Therapy with Older People*. Wiley.

Leary, M. R. (1999). Making Sense of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 8(1), 32-35

Locker, D., Clarke, M. & Payne, B. (2000). Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in a Older Adult Population. *Journal of Dental Research*, 79(4), 970-975

Magnabosco, P. (2007). Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. Dissertação de Mestrado no âmbito do Programa de Pós-Graduação submetido à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com Utilização do SPSS*. 3ª Ed. Edições Sílabo.

Martins, A. M., Barreto, S. M. & Pordeus, I. A. (2008). Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 487-496

Maupomé, G., Borges, A., Ramírez, L. E. & Díez-de- Bonilla, J. (1999). Perceptions of tooth loss and periodontal problems in an independent elderly population: Content-analysis of interview discourse. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14, 43-63

Mendonça, T. M. (2007). Auto-eficácia e Qualidade de Vida em adultos com Epilepsia. Tese de Mestrado no âmbito do Mestrado em Psicologia submetido à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Menezes, M. M. (2008). Satisfação conjugal, auto-estima e imagem corporal em indivíduos ostomizados. Tese de Mestrado no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação submetido à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Minayo, M. C., Hartz, Z. M. & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*, 5(1), 7-18

Ministério da Saúde (2006). Cuidar dos dentes em diferentes etapas da vida. (retirado a 30 de Julho de 2009 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+oral/Saude+oral.htm>)

Montero-Martín, J., Bravo-Pérez, M., Albaladejo-Martínez, A., Hernández-Martín, L. A. & Rosel-Gallardo, E. M. (2009). Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14(1), 44-50

Nunes, C. I. & Abegg, C. (2008). Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology*, 25, 42-48

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.) (C. Patrocínio & F. Andersen, trad.). Climepsi Editores (Obra original publicada em 2000)

Pagani, T. C. & Junior, C. R. (2006). Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Revista de Ciências Biológicas*, 1, 32-37

Peterson, P. E. & Ueda, H. (2006). *Oral Health in Ageing Societies: Integration of oral health and general health*. World Health Organization, Geneva: WHO

Peterson, P. E. & Yamamoto, T. (2005). Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33, 81-92

Pires, C. P., Ferraz, M. B., & Abreu, M. H. (2006). Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49). *Brazilian Oral Research*, 20(3), 263-268

Rodrigues, L. M. (2005). Apoio à autonomia, motivação, percepção de competência e auto-estima em alunos do 9º ano de escolaridade. Dissertação de Mestrado no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação submetido à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

Romano, A., Negreiros, J. & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do País. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 109-116

Rugiski, M., Pilatti, L. A., & Scandelari, L. (2005). O Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, o WHOQOL-100, e sua utilização. In L. A. Pillati, J. L. Kovaeski, L. Oliveira. (Org.), *Temas em Engenharia de Produção I.*, Vol. 1 (1ª ed.). Jundiaí: Fontoura Editora Ltda.: 21-30

Seidl, E. M. & Zannon, C. M. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588

Shinkai, R. S. & Del Bel Cury, A. A. (2000). O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(4), 1099-1109

Ship, J. A. (1999). The Influence of Aging on Oral Health and Consequences for Taste and Smell. *Physiology & Behavior*, 66(2), 209-215

Silva, D. D., Sousa, M. L. & Wada, R. S. (2005). Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(4), 1251-1259

Silva, I., Meneses, R. F. & Silveira, A. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral. (retirado a 27 de Novembro de 2008 em <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/452/1/264-274%20FCHS04-18.pdf>)

Silva, M. E., Villaça, E. L., Magalhães, C. S. & Ferreira, E. F. (2007). Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida. *Revista Ciência & Saúde Colectiva* (retirado a 30 de Julho de 2009 em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=633)

Silva, S. R. & Fernandes, R. A. (2001). Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*, 35(4), 349-355

Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária e Colgate (2004). Relatório: Mês da Saúde Oral – 2003. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 45(4), 245-255

Tafarodi, R. W. & Swann Jr., W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, 31, 653-673

Trindade, I. & Teixeira, J. A. (2007). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários* (2ª ed.). Climepsi Editores

Vargas, C. M., Kramarow, E. A. & Yellowitz, J. A. (2001). The Oral health of Older Americans. *Aging Trends*, 3. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics

Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C. & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252

World Health Organization (2007). *Oral health*. WHO (retirado a 20 de Julho de 2009 em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/index.html>)

Zini, A. & Sgan-Cohen, H. D. (2008). The Effect of Oral Health on Quality of Life in an Underprivileged Homebound and Non-Homebound Elderly Population in Jerusalem. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 99-104

ANEXOS

COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL, E INFLUÊNCIA DA PERCEPÇÃO DA
SAÚDE ORAL NA QUALIDADE DE VIDA E AUTO-ESTIMA.

Esta investigação, realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, tem como objectivo estudar a percepção da saúde oral das pessoas idosas e verificar o impacto da condição de saúde oral na sua qualidade de vida e auto-estima.

A sua participação no estudo é fundamental, para possibilitar a recolha de dados, solicitando-se a sua colaboração no preenchimento dos questionários que se seguem, bem como responder à entrevista sobre comportamentos de higiene oral. Esta participação é voluntária, pelo que poderá recusar ou desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para si.

Todos os dados serão confidenciais, pelo que o seu nome não será divulgado em qualquer documento ou partilhado com qualquer outra pessoa senão o responsável pela investigação bem como o seu supervisor, sem a sua autorização.

Assim, se concorda em participar neste estudo, por favor preencha a folha seguinte relativa ao seu consentimento de participação.

Muito obrigada pela sua colaboração!

PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ aceito em participar de livre vontade no estudo da autoria de Patrícia Pinto (Aluna da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa), orientado pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença.

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

- 7) Avaliar e descrever os critérios na base da auto-percepção geral da saúde oral das pessoas idosas, bem como analisar se existem diferenças entre género;
- 8) Avaliar e descrever o impacto da condição oral na qualidade de vida e auto-estima, e analisar se existem diferenças entre género;
- 9) Avaliar e descrever as dimensões de qualidade de vida mais afectadas pela saúde oral e analisar diferenças entre género;
- 10) E por fim, analisar as diferenças na qualidade de vida e auto-estima entre pessoas edentuladas (sem alguns ou todos os dentes) e/ou com prótese e pessoas ainda com alguns dentes.

Os temas que se pretendem estudar são: auto-percepção da saúde oral, qualidade de vida relacionada com a saúde oral e impacto da saúde oral na qualidade de vida e auto-estima.

Também entendi os procedimentos que tenho de realizar:

- 1) Responder a duas perguntas que exploram a minha opinião sobre a condição da minha boca, dentes/prótese dentária e gengivas; preencher dois questionários, que exploram a minha qualidade de vida relacionada com a saúde oral e a auto-estima. E responder a uma entrevista sobre os meus comportamentos de higiene oral.

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

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

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

Nome:

Assinatura:

Data: ____/____/____

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

IDADE _____ SEXO: F ___ M ___

ESTADO CIVIL:

CASADO/UNIÃO DE FACTO	
SOLTEIRO	
VIÚVO	
SEPARADO/DIVORCIADO	

ESCOLARIDADE:

0 – 4 ANOS ESCOLARIDADE	
5 – 6 ANOS ESCOLARIDADE	
7 – 9 ANOS ESCOLARIDADE	
10 – 12 ANOS ESCOLARIDADE	
ENSINO SUPERIOR	

COMO AVALIA A CONDIÇÃO DA SUA BOCA?

EXCELENTE	
MUITO BOA	
BOA	
FRACA	
MUITO FRACA	

TEM ALGUM PROBLEMA COM OS SEUS DENTES, GENGIVAS, OU PRÓTESE DENTÁRIA?

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

SE SIM, QUAL?

TEM DENTES NATURAIS?

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

APROXIMADAMENTE, QUANTOS DENTES TEM EM FALTA?

0-4	
5-10	
11-19	
20-27	
28-31	
32	

USA PRÓTESE DENTÁRIA?

SIM		NÃO	
-----	--	-----	--

OHIP-14-pt

Código _____

Nome _____ Data __/__/__

Idade _____ anos Sexo: F ___ M ___

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

	SITUAÇÕES	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Frequentemente
1	Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
2	Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
3	Teve alguma dor persistente/continuada na boca?					
4	Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					

	SITUAÇÕES	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Frequentemente
5	Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
6	Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
8	Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
9	Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
10	Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
11	Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					

	SITUAÇÕES	Nunca	Quase nunca	Ocasionalmente	Bastantes vezes	Frequentemente
12	Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
13	Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
14	Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					

Obrigado pela sua colaboração

Escala de Auto-Estima Global

Leia atentamente e responda a todas as questões. Quando não tiver a certeza de uma resposta, assinale o valor mais aproximado.

Abaixo encontra-se uma lista de afirmações relacionadas com os seus sentimentos gerais em relação a si.

Se concorda totalmente, assinale **4**.

Se concorda, assinale **3**.

Se discorda, assinale **2**.

Se discorda totalmente, assinale **1**.

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1. De um modo geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a)	4	3	2	1

2. Sinto que tenho algumas boas qualidades	4	3	2	1
3. Por vezes, penso que não presto para nada	4	3	2	1
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas	4	3	2	1
5. Sinto que não tenho muito de que me orgulhar	4	3	2	1
6. Às vezes, estou seguro de que sou um(a) inútil	4	3	2	1
7. Sinto que sou uma pessoa com valor, pelo menos tanto ou igual aos outros	4	3	2	1
8. Gostava de ter mais respeito por mim mesmo(a)	4	3	2	1
9. Bem vistas as coisas, sou levado(a) a pensar que sou um(a) falhado(a)	4	3	2	1
10. Tenho uma atitude positiva em relação a mim próprio	4	3	2	1

GUIÃO DE ENTREVISTA DE COMPORTAMENTOS DE HIGIENE ORAL

TEMÁTICAS	OBJECTIVOS
Informação	<ul style="list-style-type: none"> - Fornecer informação sobre a entrevista. - Garantir o anonimato e confidencialidade - Pedir autorização para gravar em áudio.
Importância da higiene oral	<ul style="list-style-type: none"> - Para si, qual a importância da higiene oral?
Incidência/frequência dos comportamentos de lavagem	<ul style="list-style-type: none"> - Com que frequência realiza a sua higiene oral? (1 vez/dia; 2 vezes/dia; 3 vezes/dia; 1 vez/semana; raramente). - Em que alturas do dia a realiza?
Instrumentos de higiene oral	<p>Quando lava os seus dentes/prótese dentária, que tipo de instrumentos utiliza? (escova, pasta de dentes, pasta para próteses, escovilhão, elixir, fio dental).</p>
Frequência de visitas ao dentista	<ul style="list-style-type: none"> - Num ano, quantas vezes visita o dentista? - Acha suficiente?
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - Como é a sua alimentação? - Que tipo de alimentos come? - Evita alimentos como os doces, salgados, bebidas gasosas?
Comportamento real vs. ideal	<ul style="list-style-type: none"> - Acha que poderia fazer mais? O que lhe impede?

Consistência Interna do OHIP

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,829	,814	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tem tido dificuldade em pronunciar palavras	5,64	42,051	,618	,848	,805
Tem sentido que o seu paladar tem piorado	5,91	51,273	,174	,653	,836
Teve alguma dor persistente/continuada na boca	5,85	53,695	-,012	,398	,844
Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento	4,94	40,496	,602	,740	,808
Tem-se sentido constrangido	5,42	38,939	,843	,937	,781
Tem-se sentido tenso	5,82	43,528	,755	,803	,796
A sua dieta tem sido insatisfatória	5,42	45,064	,429	,553	,823
Tem tido que interromper refeições	6,00	48,188	,553	,890	,815
Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar	6,09	52,585	,174	,490	,833
Tem-se sentido um pouco envergonhado	5,58	41,377	,684	,948	,798
Tem tido dificuldade em desempenhar as tarefas habituais	6,12	50,797	,448	,870	,823
Tem-se sentido um pouco irritável com as outras pessoas	6,12	53,297	,108	,607	,834
Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória	6,00	46,812	,703	,851	,806

Consistência Interna do OHIP (sem os itens 2, 3, 9 e 12)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,870	,888	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Tem tido dificuldade em pronunciar palavras	4,64	37,864	,565	,803	,862
Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento	3,94	35,309	,624	,708	,859
Tem-se sentido constrangido	4,42	34,564	,817	,911	,834
Tem-se sentido tenso	4,82	38,153	,791	,778	,842
A sua dieta tem sido insatisfatória	4,42	39,064	,488	,514	,870
tem tido que interromper refeições	5,00	43,125	,531	,805	,865
tem-se sentido um pouco envergonhado	4,58	36,689	,669	,933	,850
tem tido dificuldade em desempenhar as tarefas habituais	5,12	45,235	,475	,775	,871
sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória	5,00	40,938	,786	,739	,850

Consistência Interna da Escala de Auto-Estima Global

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,839	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
De modo geral estou satisfeito comigo	28,61	19,371	,627	,816
Sinto que tenho algumas boas qualidades	28,24	21,814	,335	,839
Por vezes penso que não presto para nada	28,61	17,309	,682	,807
Sou capaz de fazer as coisas tão bem como as outras pessoas	28,67	18,979	,531	,824
Sinto que não tenho muito de que me orgulhar	28,73	19,767	,517	,825
Às vezes estou seguro que sou um inútil	28,33	17,917	,736	,802
Sinto que sou uma pessoa com valor	28,45	19,506	,730	,811
Gostava de ter mais respeito por mim	28,64	19,801	,353	,846
Sou levado a pensar que sou um falhado	28,21	18,297	,615	,815
Tenho uma atitude positiva em relação a mim	28,24	21,939	,262	,844

Transcrição das Entrevistas sobre Comportamentos de Higiene Oral

SO1

- Para si qual a importância da higiene oral?

É importante, quer no aspecto da saúde propriamente dita e manter e preservar a nossa dentição, o mais possível, nas melhores condições.

- Se não mantiver essa saúde oral, o que pensa que pode acontecer?

Pode vir a trazer outros problemas, até de foro gástrico, estômago e outras complicações.

- Pode ter outras complicações para a saúde em geral?

Exactamente, para a vesícula, estômago, para tudo.

- Tal como as outras partes do corpo, também é...?

Exactamente, pois é tão necessário como pão para a boca.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Várias vezes ao dia. Sempre antes do pequeno-almoço, após o pequeno-almoço. Quer dizer, uma mais ligeira e depois do almoço. A meio da tarde, depois do jantar e antes de ir deitar, faço novamente.

- Então 6 vezes ao dia...

Mas creme dentífrico só faço 3 vezes ao dia e utilizo o Sensodyne.

- Então de manhã, antes do pequeno-almoço, faz com o quê? Que instrumentos usa?

Sensodyne só. E por vezes bochecho.

- Com elixir?

Pois.

- Oral-B?

Sim, é azulado.

- E depois do almoço, o que é que utiliza?

Novamente o Sensodyne e depois novamente após o jantar.

- E antes de ir para a cama?

Se não como mais nada, já não faço. Se como qualquer coisa, nem que seja um pouco de pão, faço novamente. Nessa altura, tiro a prótese e deixo num copo até ao outro dia de manhã.

- Então, durante o dia, quando usa a prótese, lava-a como se fosse os dentes...

Lavo sempre e até uso 3 vezes por semana o Corega branqueador.

- Todas as noites deita a prótese num copo de água?

Sim.

- Para além desses instrumentos, o que é que utiliza mais? Usa a pasta, escova de dentes, o elixir...

Mais nada.

- Num ano, quantas vezes é que visita o dentista?

No mínimo 2 vezes.

- Num ano?

Sim.

- Acha suficiente?

Tem sido. Por acaso, estou a precisar para fazer uma limpeza.

- Como é a sua alimentação? Evita aqueles alimentos que podem fazer pior aos dentes...

Evito alimentos abrasivos.

- Por exemplo?

Por exemplo, coisas que sejam duras. De manhã, nunca mando torrar o pão por que vai danificar um bocado os dentes. Prefiro o pão natural para evitar sacrificar os dentes.

- E doces?

Não como, porque uma vez que sou diabético, não quero mesmo. Podia às vezes comer um docito, mas não quero mesmo. Como não devo, não faço.

- Se não tivesse diabetes, evitaria comer doces para os seus dentes?

Evitava, pelo menos determinados doces que prejudicassem os dentes.

- E salgados ou bebidas gasosas?

Nada disso. Por isso é que tenho uma tensão arterial de um jovem.

- Então, evita comer alimentos que tanto possam fazer mal à diabetes como aos dentes?

Exacto. Como muita salada e nunca ponho sal, só azeite.

- Daquilo que faz, acha que poderia fazer mais? Ou acha que é suficiente?

Acho que é suficiente.

- Desses comportamentos de higiene que faz, são suficientes?

São.

- Há alguma coisa que o impeça de fazer?

Não. Nada me impede de fazer.

SO2 (entrevista inexistente, devido a problemas técnicos)

SO3

- Para si, qual da higiene oral?

É boa, porque faço a minha higiene todos os dias, de manhã e à noite. É o banho, lavar os dentes e agora é cuidar das pernas e isso tudo.

- Em que medida é importante fazer a higiene oral?

Tem que se fazer todos os dias, porque cria muito calcário. De maneira que, de vez em quando vou ao dentista, de maneira que tenho cuidar bem para não ter dor de dentes. Porque em baixo já tenho poucos dentes. Arranquei 12 de uma vez e depois foi passando tempo e não pus. Mas tenho que fazer para não me cair o resto. Limpo todos os dias, de manhã e à noite. E às vezes ao almoço ou jantar venho enxaguar a boca.

- Caso não faça...?

Começa o mau hálito.

- Que consequências mais é que pode ter?

Por enquanto, não tenho tido dor de dentes, nem nada. Às vezes vou à médica para ver como estão.

- Mas se não fizer, por exemplo, que consequências acha que podem acontecer?

Mau hálito.

- Essencialmente isso?

É. Porque outras coisas, nunca tive.

- Então, é importante?

É. Tem que se fazer todos os dias. De vez em quando vou fazer limpeza ao dentista.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral? Disse que era de manhã e à noite... De manhã, quando?

À noite trato deles. Ao outro dia de manhã, antes de ir tomar o pequeno-almoço, faço outra vez. Às vezes, que me lembre, quando almoço venho enxaguar.

- Depois de almoço, vem só bochechar?

Sim.

- Com quê?

Sensodyne.

- Então bochecha com a pasta?

Sim, ponho só um bocadinho. E outras vezes, com aquilo verde...

- É um elixir.

É, também.

- As alturas são então de manhã antes do pequeno-almoço.

É, tem que ser. Porque às vezes, a gente acorda com mau hálito na boca, a boca seca, também por causa dos medicamentos. Então, antes de ir para baixo para o pequeno-almoço...

- E depois do pequeno-almoço?

Às vezes não, esqueço-me. Mas depois do almoço, venho e faço.

- Bochecha só?

Às vezes, só com aquele elixir.

- E depois, durante a tarde?

Às vezes esqueço-me. Só à noite quando me deito. E já me tenho deitado, mas depois tenho que me levantar. Não me sinto bem.

- E com que instrumentos é que lava os dentes? Tem prótese?

A de cima.

- Durante o dia, o que é que utiliza? Por exemplo, de manhã utiliza...

Pasta e escova. E à noite também.

- E depois, a seguir ao almoço, elixir.

Sim.

- Utiliza mais alguma coisa?

Não.

- Fio dental?

Já tenho posto, mas às vezes esqueço-me.

- Por exemplo, escovilhão?

Falam nisso, mas nunca experimentei. A minha filha usa. A médica já lhe disse que tens bons dentes. Lava sempre a seguir às refeições. E ela tem essa escova.

- Então, utiliza a escova, pasta, elixir e por vezes, o fio dental.

Sim. Esse às vezes utilizo aqui de manhã. A seguir de tomar banho e de me arranjar, ponho porque às vezes à noite já não vejo.

- E para a prótese, o que é que utiliza? É Corega?

Parece que é. É.

- Todas as noites?

Sim, sim.

- O que faz à prótese?

Durmo sempre com ela.

- Que limpeza faz à prótese, já que dorme com ela?

Lavo com isto e meto na boca.

- Costuma lavar a prótese todos os dias?

Sim, todos os dias.

- De manhã ou à noite?

À noite.

- Então lava a prótese à noite e dorme com ela.

É. Felizmente, não tenho tido problemas e já a tenho há muitos anos.

- Num ano, quantas vezes costuma visitar o dentista?

Olhe, por acaso disse-me para vir daqui a 3 meses voltar. Este anos ainda não fui, mas no ano passado fui 2 vezes.

- É suficiente?

Sim, são. Ela disse-me há um tempo para daí a 3 meses ir, mas como tenho sentido bem, não apareço.

- Acha que deveria aparecer, mesmo sentindo-se bem?

Pois, mas às vezes passa. Não gosto muito do dentista.

- Então essas visitas têm sido suficientes?

Sim, 2 vezes. Agora, quero ver se vou lá. Vou fazer limpeza, porque crio muito calcário.

- Como é a sua alimentação? Evita algum alimento que possa fazer mal aos dentes?

Como de tudo. Mas como tenho tido esta infecção, tenho fugido ao porco. Como mais peixe.

- E doces?

Não gosto, não sou gulosa. Como só de vez em quando.

- E salgados?

Isso para mim é o sal. Mas evito, porque tenho outras complicações.

- E bebidas gasosas?

Não. Agora dão sumos e eu não bebo. Água. Bebo muita água por causa da bexiga.

- Acha que evitar esses alimentos faz bem aos seus dentes?

Ah, sim.

- Se comesse doces...

Não gosto. Mas às vezes posso comer maçã cozida. Laranja não por causa do ácido. Um pudinzinho, maçã cozida.

- Mas tem o cuidado de lavar os dentes depois?

Sim, a seguir ao jantar.

- Quando costuma comer esses doces?

Ao almoço.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Acho que não.

- É o suficiente?

Sim.

- Há alguma coisa que a impeça de fazer mais?

Acho que não. Não sei se há até para fazer mais.

SO4

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Para o aspecto dos dentes.

- E mais? Para ter bom aspecto, para ser bonito.

Sim, para não causar repugnância às pessoas quando falam comigo.

- É importante fazer a higiene oral também para...?

Para ter os dentes limpos.

- Se não tiver os dentes limpos, o que é que pode acontecer?

Ter mau hálito.

- Mais alguma coisa?

Não sei. Costumo lavá-los bem todos os dias, 2 vezes ao dia. Depois do almoço e jantar. Depois das outras refeições, costumo só passá-los por água.

- É bom fazer isso?

Acho que sim.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral? Disse que era a seguir ao almoço e jantar. E de manhã?

De manhã só passo por água depois de comer as minhas papas.

- E depois do lanche é só com água?

Sim, passo só por água.

- Então realiza depois do pequeno-almoço, passa por água, depois do almoço, lava mesmo; depois do lanche, também passa só por água e depois do jantar lava também mesmo.

Sim.

- E quando lava os dentes, depois de almoço e jantar, que instrumentos é que utiliza?

Escova rija e pasta de dentes.

- Utiliza mais alguma coisa?

Não.

- Elixir não, para bochechar?

Não. Bochecho com água.

- E fio dental?

Nunca usei. Nem conheço.

- E pasta para as próteses? Para as segurar e conservar?

Ah, nunca usei.

- Dorme com as próteses?

Durmo.

- E faz uma limpeza a fundo às próteses, ou só lava todos os dias? Há algum dia que faz a limpeza a fundo? Deixa num copo com líquido?

Já utilizei, mas depois acabou esse produto e nunca mais comprei.

- Só lava...

Lavo bem lavada, bem esfregada e é só.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Já há muitos anos que não visito o dentista.

- Não tem sido preciso?

Não tem sido preciso.

- Mas tem mudado de próteses?

Tenho, mas é de anos a anos.

- Depois de mudar, já não volta ao dentista, só depois de muito tempo. Só vai ao dentista quando precisa de mudar de próteses?

Sim.

- Mas não tem sido preciso?

Por enquanto não. Só vou quando é para mudar.

- Acha que é suficiente?

Acho que sim.

- Como é a sua alimentação? Evita certos alimentos que possam fazer mal às próteses?

Evito por causa da dieta, devido aos intestinos e estômago.

- Disse-me há pouco que evitava comer coisas duras?

Sim.

- Que tipos de alimentos?

Coisas duras.

- Por exemplo, carne?

A comida é sempre moída. Como é rija não consigo mastigar. Além disso, a dentadura já está um bocado romba. Já não trinca como quando era nova.

- E amêndoas, como disse ontem?

As amêndoas chupo o açúcar e deito a amêndoa fora.

E - Não consegue trincar?

Não.

- Esse tipo de alimentos não...?

Não, nem tento porque não a quero quebrar.

- E doces? Como só o doce da amêndoa. E outros doces como chocolates?

Não, porque faz mal. Gostar, gosto.

- Se pudesse comer, comia?

Comia.

- E salgados?

Muito raramente.

- E bebidas gasosas?

Não gosto. Prefiro água.

- A única coisa que come e que pode fazer mal aos dentes é o doce que come às vezes?

Amêndoa.

- E depois de comer esses doces, o que é que faz?

Ontem ia passar por água por receio de ter ficado cascas pegadas. Até por acaso não tinha.

- Depois de comer os doces, vai lavar os dentes?

Pois.

- Acha que, daquilo que faz, poderia fazer mais? Acha que é suficiente o que faz?

Na minha opinião, é.

- Está tudo bem?

Por enquanto.

S05

- Para si, qual a importância da higiene oral?

A importância é muito boa e ter cuidado com a boca. Não tinha muito bons dentes, mas tinha cuidado porque a minha mãe me dizia “Tens que lavar sempre os dentes”.

- Porque é que acha que a sua mãe dizia isso?

Porque não lavava.

- E se não lavar, o que é que acha que pode acontecer?

Criar cárie.

- E o que é que pode acontecer mais?

Não sei. Ficam podres. Mas tenho vivido bem com os dentes. Vai caindo um, vai-se pondo outro.

- Então, acha que é importante fazer a higiene oral?

Acho que sim. A minha neta tem um cuidado com as filhas.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Quando acabo de comer.

- Em que alturas do dia?

Conforme. Se for comer fora, não vou lavar os dentes.

- Mas por exemplo, aqui?

Depois de comer, vou lavar os dentes.

- Por exemplo, de manhã?

De manhã, tenho os dentes lavados e preparados dentro do copo com água.

-Então põe a prótese num copo...

Sim, mas só depois de lavadas.

- Com o que é que lava a prótese?

Com pasta.

-Com pasta de dentes normal e escova?

Sim.

- E mete num copo com água até ao outro dia?

Sim, num copo com água até ao outro dia.

-Depois toma o pequeno-almoço. Depois, vai lavar?

Às vezes, não vou. Sento-me ali e a não vou logo. Lavo depois do almoço, porque a comida é pior, ou peixe ou carne.

- Então, depois do almoço vai lavar. Lava com o quê?

Lavo com pasta. Não sei se há outra coisa melhor que a pasta.

- E durante a tarde?

Não. Não é preciso?

- E à noite volta a lavar?

À noite é que tem que ser.

- A seguir do jantar ou antes de ir para a cama?

Antes de ir para a cama, porque ainda bebo leite.

- Pois, ainda fica aí um bocadinho.

Sim...

- Então antes de ir dormir, tira a prótese e lava...

É assim, não acabo de jantar e vou logo. Mas depois, quando vou para a cama, é tudo. (...) Sou mandriona e não gosto de andar nos médicos.

- Então antes de ir para a cama, lava a prótese?

Lavo e ponho dentro de um copo.

- Lava com pasta e escova.

Com pasta e escova.

- E depois mete dentro de um copo com água?

Só com água. Está bem ou acha que..?

- Acha que deveria fazer mais?

Não sei.

- Acha que é suficiente aquilo que faz?

Sinto que fica lavada.

- Faz efeito a lavagem que faz?

Acho que sim.

- Utiliza fio dental?

Não

- E elixir?

Não.

- É só pasta e a escova?

Sim.

- E pasta para as próteses? Para conservar...

Não. Nunca me disseram.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Ia muito ao dentista quando estava empregada. Aqui não.

- E aqui, actualmente?

Fui uma vez. Estava a comer e senti que faltava um dente na prótese. Disse “Ah, engoli um dente!”. Depois tive que ir pôr um dente cá. Não gostei muito da maneira dele tratar porque nós, as despesas que fazemos com remédios, tratamentos, vem numa tira com o preço. E ele veio ter comigo, fez negócio ali e não me deu papel. Não achei muito sério.

- Quando é que foi a última vez que visitou o dentista?

Há muitos anos.

- Então, não costuma visitar de ano a ano?

Não, porque não estou incomodada. Lavo os dentes. Não foi há muito tempo, por causa da prótese de baixo estar má. Fui a Belém. Disse-me que tinha as gengivas de baixo muito mirradas e devia dar resultado fazer outra dentadura.

- Então não costuma ir muitas vezes ao dentista?

Não, agora não vou.

- Acha que não vale a pena?

Fazer o quê? Tenho os dentes. O que eu preciso é lavá-los.

- E a sua alimentação? Como é a sua alimentação?

A minha alimentação é péssima.

- Evita algum tipo de alimento? Ou come de tudo?

Não devia comer.

- Porquê?

Mas aqui vem tudo.

- Evita algum tipo de alimento que poderia fazer mal aos dentes?

Aos dentes não.

- Estava-me a falar à bocadinho das nozes e amêndoas.

Não posso comer isso.

- Porquê? Por causa das gengivas de baixo?

Sim, não consigo comer.

- E mais algum alimento que tenha que evitar?

Uns pastéis que eles fazem, que metem no forno, parecidos com rissóis e assim. Ontem fiz assim com a faca e parecia uma pedra.

- Então evita alimentos que sejam duros?

Sim, evito.

- E doces?

Eu tenho um bocadinho de diabetes. Eles dizem que não tem importância. Normalmente está entre 93 e 100, mas já passou. Disseram que não era alarmante.

- Por exemplo, chocolates?

Os meus intestinos não aguentam.

- Então é mais por causa dos intestinos. Mas costuma comer doces.

Sim, de vez em quando.

- Acha que não faz mal aos dentes?

Não os tenho.

- À prótese?

Acho que não. Acha que faz mal?

- O que é que a senhora acha?

Não sei.

- Não tem feito até agora?

Não tenho notado.

- E bebidas gasosas. Bebe?

Não. Costumo beber (...)

- Então não restringe muito a alimentação?

Não. Agora desde que estou aqui. Porque se não como todos os dias, não me aguento. Ninguém pode viver sem comer. O meu filho compra-me umas torradas que ponho na sopa.

- E essas torradas, sem serem molhadas, come?

Não.

- Porquê?

Porque as gengivas não dão.

- Ficam molhadas e moles e já dá?

Sim, ficam moles.

- Evita sempre comer alimentos duros?

Sim.

- Acha que poderia fazer mais daquilo que faz de higiene oral?

Não ligo muito. Se ficar sem dentes, é lavar.

- Acha que faz o suficiente?

Acho que devia ter tido mais cuidado quando era novinha.

- E o que actualmente, é suficiente?

Acho que sim.

SO6

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Muita.

-Em que medida? Porquê?

Porque a gente deve cheirar bem. Não deve andar a cheirar mal.

- Da boca?

De tudo.

- Acha que, se não fizermos a higiene oral, o que é que poderá acontecer?

Cheirar mal.

- E mais? Mais alguma coisa?

Pode ganhar uma infecção.

- Infecção, e depois?

Pode aparecer doenças.

- Pode fazer mal ao resto do organismo?

Sim.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todos os dias.

- Durante o dia, quando é que faz?

Várias vezes, 4 vezes.

- De manhã, faz quando?

De manhã, à tarde... Não tem hora certa. À noite tem de ser e de manhã também.

- Por exemplo, de manhã quando acorda.

Vou para a casa de banho. É a primeira coisa.

- Como é que faz?

Bochecho.

- Com quê?

Com água.

- Só com água?

Só com água.

- Elixir, não?

Não. Não tenho lá nada.

- E à tarde?

É sempre a mesma coisa.

- É água depois do almoço?

Sim.

- E durante a tarde, depois do lanche?

É água também.

- E à noite?

É a mesma coisa.

- E só água da torneira?

É só água da torneira. Faço assim... no lavatório.

- Não utiliza nenhum instrumento?

Não. Tenho lá mas não serve para nada.

- Não tem dente nenhum...?

Não.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Agora não. Agora já não vou.

- Não necessita?

Não. Não é preciso.

- Como é a sua alimentação?

É sempre a mesma coisa: uma sopa passada e uma maçã cozida.

- Por causa da boca?

Sim. Não poder comer. E não poder passar da garganta, porque tenho um tumor. Por isso, é que tenho expectoração.

- Isso teve a ver com a perda de dentes ou não?

Não. Antes já tinha um bocado, as agora está pior.

- Há quanto tempo é que não tem dentes?

Há 2 ou 3 anos.

- Já tinha o tumor, ou foi depois?

O tumor não é derivado dos dentes.

- A sua alimentação é mole...

A maçã vem cozida e mesmo assim tenho que fazer papa para poder comer. E é o iogurte. À noite, é o leite com flocos. Dão-me o leite quente e ponho lá para ficarem moles.

- A sua comida é mole porque não consegue mastigar?

Exactamente.

- Come todo o tipo de comida ou só...?

É só aquela. Não posso. É receita mesmo rigorosa do médico.

- Não come outro tipo de comida que também seja mole?

Não, é aquela.

- Daquilo que faz da sua higiene oral, acha que poderia fazer mais sem ser só lavar com água?

Agora não.

- Acha que é suficiente?

Pode não ser, mas não tenho possibilidades de mais nada.

- Então, acha que poderia fazer mais, mas não consegue?

Não posso fazer mais nada.

- Porque é que não pode fazer mais?

Porque não consigo. Porque se comer alguma coisinha, posso ter alguma coisa na gengiva e partir o resto do osso. Está tudo a desfazer-se.

- Da higiene oral que faz, só com água, acha que poderia utilizar outra coisa?

Não, porque se pudesse, tinha.

- Por exemplo, elixir?

O médico nunca me passou. Não me faz diferença.

- Acha que é suficiente?

Acho que sim. Desde que não fique com comida na boca.

SO7

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É muito.

- Porquê?

Eu tomo banho dia sim, dia não.

- Sim... e a higiene oral?

Os dentes? 2 vezes por dia. De manhã e à tarde.

- E por que é que é importante fazer a higiene oral?

Por causa da limpeza.

- Dos dentes?

Dos dentes e do resto.

- Aqui é só dos dentes. Por que é que é importante fazer a limpeza dos dentes?

Para estarem limpos.

- Se não fizer essa lavagem, o que é que poderá acontecer?

Fica sujo e até podem apodrecer.

- E mais? Pode acontecer mais alguma coisa?

Sujam-se e podem apodrecer por causa da porcaria de não limpar.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

2 vezes por dia. De manhã e à noite.

- De manhã ao levantar?

Sim.

- Como é que lava?

Com pasta e escova.

- E à noite, é a mesma coisa?

É igual.

- Antes de ir para a cama?

Sim.

- Utiliza a pasta e a escova?

Sim.

- Utiliza mais alguma coisa?

Não.

- Elixir para bochechar a boca?

Não é preciso.

- Fio dental?

Não.

- Durante a tarde, não limpa?

Não. À noite janto, depois vou logo lavar.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Que me lembre, nunca visitei o dentista.

- Nunca foi ao dentista?

Que me lembre, não.

- Como é que conseguiu esses dentes?

Nasci com eles.

- Como é que se mantiveram assim?

Porque se mantém.

- Teve cuidado com eles?

O cuidado é só a limpeza.

- Acha que não é necessário ir ao dentista?

Não. Se os tenho bons, não é preciso ir ao dentista.

- E a alimentação? Tenta evitar alimentos que podem ser maus para os dentes?

A minha alimentação é a que se come aqui. É boa.

- Evita algum alimento?

Não, porque nenhum deles tem isso. Toda a comida que a gente come é boa.

- Por exemplo, doces?

Não. Não gosto. Põem fruta e comida.

- Por exemplo, alimentos que podem ser duros para os dentes. Come ou tenta evitar?

Não, porque todos os alimentos que dão aqui são cozidos. É fruta, carne cozida, é sopa.

- Não evita nada?

Não, não é necessário.

- Não há problema nenhum com os seus dentes?

Não, não há. Para mim e para todos.

- Da higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais ou faz o suficiente?

Acho que faço o suficiente.

- Acha que não é preciso fazer mais?

Não. Lavo os dentes de manhã e à noite antes de ir para a cama, depois de jantar. Por que é que hei-de fazer mais?

- Tem tido bons resultados? Os dentes têm ficado bons?

Tenho.

SO8

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Tem muita importância, porque não só do ponto de vista individual, pessoal, mas também do ponto de vista do nosso relacionamento. Porque se a gente tem uma higiene oral deficiente, basta o simples odor, para importunar as pessoas que estão a falar connosco. Independentemente disso, temos o problema da nossa saúde, porque ou os dentes apodrecem ou a boca tem infecções. Isso não é bom para a saúde. Para mim, é muito importante a Saúde Oral.

- Se não cuidar da sua Saúde Oral, o que é que poderá acontecer?

Dentes podres, mau hálito e outras infecções que nos perturbam a boca.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Normalmente, em casa, a cada refeição lavo os dentes com escova.

- A cada refeição?

Pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar. Com a pasta lavo uma vez, de manhã, depois do pequeno-almoço. Mas depois das outras é apenas água e palito. A todas as refeições que faça ou se houver alguma extraordinária, procuro não ficar com vestígios alimentares.

- Então, de manhã depois do pequeno-almoço utiliza a pasta e a escova.

Sim.

- Depois no almoço, lanche e jantar utiliza a escova com água.

Exacto. Quando há algum problema na boca em que não me sinta bem, utilizo o Hextril, normalmente para desinfecção.

- Quantas vezes?

Uso o tempo necessário quando há problemas.

- Então utiliza a pasta, a escova e por vezes, quando precisa, Hextril. E fio dental?

Não. Mais nada. E o palito. Há pessoas que utilizam o fio dental, mas não me dou bem.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Neste momento, não tenho data marcada, mas é uma vez por ano. Desde que não tenha nenhum problema, é uma vez por ano.

- Se tiver algum problema, vais mais vezes?

Exacto.

- Mas no mínimo, é uma vez por ano?

Sim.

- Acha que é suficiente?

Para mim tem sido.

- Como é a sua alimentação? Tenta evitar alimentos que seja abrasivos para os seus dentes?

O meu princípio é comer um bocadinho de tudo. Depois, evitar as carnes, as gorduras, os doces. A minha preocupação é que o meu organismo se habitue a tudo. Já passei uma fase muito difícil e se não fosse esse tipo de orientação que imponho a mim mesmo, talvez tivesse muitos dos problemas dos meus camaradas (prisão Tarrafal). A minha orientação é: como um bocadinho de tudo. E aqui onde estou, como a maior parte das coisas. Como não é por que gosto, mas porque tenho que comer.

- E em relação aos seus dentes? Não evita doces, salgados, bebidas gasosas?

Não, como um bocadinho de cada. Os dentes que faltam, tenho a convicção de que, efectivamente, se tivesse uma alimentação boa quando estive preso, dos 20 aos 34 anos, não comia fruta nem vegetais, ou seja, era uma alimentação fraca em vitaminas e minerais, eu não teria talvez a necessidade de ter uma prótese com estes dentes. Porque a minha dentadura, apesar de tudo, não era má. Isso motivou a falta dos meus 8 dentes, a minha estada no Tarrafal.

- Actualmente, come de tudo. Por exemplo, estava a falar do bife de novilho que é duro.

Não como. É um prato que ponho sempre de lado agora. Não vale a pena. Não sou capaz de roer aquilo.

- Dos comportamentos de higiene que faz, acha que poderia fazer mais?

Não, para mim chega.

-É suficiente?

É.

SO9

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É muito.

- Porquê?

É a lavagem, a limpeza, sentimo-nos outras. Gosto imenso da limpeza. Então a oral! Como digo, todas as refeições lavo a boca.

- Então é importante para si?

É.

- Se não fizer, o que é que poderá acontecer?

Pode aparecer alguma infecção, surgir problemas.

- Que tipo de problemas?

Infecções.

- Mais alguma coisa?

O que é que há-de surgir mais?

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todas as refeições. Só se não estiver num lugar onde possa lavar logo. Mas se estiver... mesmo lá em baixo vou à casa de banho, parece que não me sinto bem ir até ao bar sem dar uma lavagenzinha à boca. Embora não seja com escova, bochecho a boca. Sinto-me bem, sinto-me diferente, sinto-me outra, sinto-me fresca. Parece que nem me dá jeito para falar, para tudo. É claro, a placa mete sempre comida para baixo. É então para ficar com a boca limpinha, fresquinha.

- Então lava depois do pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar.

Sim. E à noite ao deitar também.

-Então é 5 vezes por dia. Que instrumentos é que costuma utilizar? Por exemplo, de manhã, que instrumentos costuma utilizar?

De manhã, é a escova e pasta.

- Mais alguma coisa?

Mais nada.

- Tira as próteses...

E lavo à mão e bochecho a boca.

- Bochecha a boca com quê?

Com água e com o resto da pasta. De tempos a tempos, gosto de bochechar com Oratol.

- É um elixir. De vez em quando?

Sim. Nem sempre.

- A seguir ao almoço é a mesma coisa, escova e pasta?

Isso já não. Às vezes não estou no quarto. É só bochechar. É mais à noite, com escova e pasta.

- Então, a seguir ao almoço, lanche e jantar é só bochechar com água?

Sim.

- E depois do pequeno-almoço e antes de ir deitar, é com pasta e escova?

Sim.

- E por vezes utiliza o elixir.

Às vezes, não é sempre. Às vezes sinto uma impressão, ou dói um bocadinho e bochecho com desinfetante.

- Utiliza mais alguma coisa, por exemplo fio dental?

Não conheço.

- Escovilhão?

Não. É tudo muito simples.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Agora não vou. Só fui há mais de um ano, porque me caiu um dente ao comer um figo ou qualquer coisa que tinha uma grainha grande. Então fui ao mecânico para me pôr o dente. De resto, nunca mais fui.

- Isso foi há quanto tempo?

Há mais de um ano que isso aconteceu. Nunca mais fui ao dentista. Desde que pus esta placa, e já estou aqui há muitos anos. Já estou aqui há 5 anos e já a tinha.

- Então não sente necessidade de ir ao dentista?

Não, nada.

- E a sua alimentação? Estava-me a dizer à bocado que tenta mastigar devagar, não come alimentos duros.

Evito.

- E doces?

Às vezes, mas nem sempre. Por causa do meu colesterol. Como mais fruta. Mas os doces enjoam-me, aqueles com cremes. Não abuso. Hoje comi o bolo de bolacha.

- Então doces, só de vez em quando?

Muito pouco.

- E bebidas gasosas?

Gasosas, é também muito raro. Ali às vezes bebia laranjada, as não gostava.

- E alimentos duros, como frutos secos?

Gosto, mas não posso comer. As nozes, ainda vai. A amêndoa demora tempo, raspando, por causa da placa. Se fosse dentes meus, ia mais rápido. Mas assim não. Levava o seu tempo.

- Então tem cuidado com alimentos que podem...

Partir a placa. Evito. Tenho cuidado, mas às vezes não deixo de comer. O meu filho já me trouxe figos inchados, mas não podia comer com a placa, porque as grainhas metiam-se dentro da placa e aí dói. Fui para a casa de banho e comi os figos sem placa. Não podia ser à frente das outras pessoas. A gente chega a uma certa idade, já não é a mesma coisa. Eu tinha dentes tão bons, mas agora já não tenho. Paciência.

- Dos comportamentos de higiene que faz, acha que poderia fazer mais ou é o suficiente?

É o suficiente. Não sinto necessidade. Ainda ninguém se queixou que eu cheirava mal da boca. Por isso, acho que deve ser o suficiente.

SO10

-Para si, qual a importância da higiene oral?

Desinfecção da boca, gengivas, garganta, a parte oral toda. É dali que começa.

- Acha que é importante fazer a higiene oral?

Acho que sim. Muito importante. Por isso, faço durante todo o dia depois das refeições. É à noite e de manhã a lavagem dos dentes. Pode-me faltar tempo para tudo, mas para isso não me falta. Lavar a boca e depois bochechar.

- Porque acha que é importante?

Acho importante para conservar a boca límpida de qualquer germe que me pode prejudicar. Na alimentação pode haver algum germe que me pode prejudicar a boca.

- O que é que poderá acontecer se não fizer a limpeza?

Pode provocar uma inflamação mal tratada, que pode ir a uma infecção, que eu gostaria muito de evitar. É o que penso que se deve fazer. Primeiro, a higiene não faz mal a nada. E na boca acho primordial. Por muito bem que comamos, há sempre coisas que ficam. Venho para aqui ler, escrever e ficar com germes na boca que só me prejudicam.

- O que é que poderá fazer?

Com a continuação, pode provocar-me gengivite ou outra doença mais grave.

- Qualquer doença oral.

Exacto.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todos os dias. É de manhã, depois do pequeno-almoço, depois do almoço e depois do jantar. E quando vou lanchar, chego aqui e bochecho sempre a boca e dou uma lavagem.

- Então é depois de acordar...

Quando acordo faço assim: abro a cama para cima, tiro a camisa aqui e vou logo para a casa de banho. Vou para dentro do banheiro e bochecho logo. Mesmo de noite, se vou a à casa de banho, eu tenho que lavar a boca. E depois de manhã faço a mesma coisa. Venho para a cama e depois quando me levanto, vou para o banho, tenho que fazer a lavagem toda. Quando venho do pequeno-almoço, torno a fazer o mesmo. E do almoço faço a mesma coisa.

- E do lanche?

Sempre que como, faço aqui. E quando venho do jantar, quando me deito à noite, tiro os dentes. Nunca me deito com eles. Deito-os num copo bem lavadinhos.

- Não dorme com as próteses?

Não. Falei com o médico e tenho receio de, ao virar-me, ir para a garganta. Também acho que é melhor, pois assim fico mais à vontade. Lavo e fica num copo com água.

- Só com água?

Só com água. De manhã, lavo, bochecho com Tantum, passo por água e ponho na boca. Quando venho para cima, faço o mesmo serviço. E depois das refeições, venho para o quarto e faço. Só se não estiver no quarto, é que vou à casa de banho lá em baixo e bochecho com água. A boca fica lavada.

- Acha que fica suficientemente lavada?

Acho que aqui fica melhor, mas na impossibilidade de vir ao quarto. Posso não ficar totalmente satisfeita, gostaria de fazer como faço aqui, mas temos que nos cingir às possibilidades.

- Quando lava os dentes, que instrumentos é que utiliza?

Escova de dentes e pasta. E Tantum para bochechar.

- Utiliza Tantum todos os dias?

Todos os dias. Ao almoço e jantar, lavo e bochecho.

- De manhã, que instrumentos é que utiliza?

Escova e pasta. Apesar de as próteses terem ficado em água durante a noite, dou sempre uma escovadela. Mas de manhã não ponho a pasta. Isso faço à noite.

- De manhã é só com escova e água.

Sim.

- E o resto dos dentes?

Nos dentes faço com pasta e bochecho com água.

- E utiliza Tantum de manhã?

Não.

- E depois do almoço?

Dou uma esfregadela nos dentes e bochecho com Tantum. E À noite, sempre. Pelo menos, 3 vezes por dia.

- A seguir ao almoço utiliza pasta?

Sim. A comida é mais... porque o lanche, muitas vezes, é uma chávena de leite com mel.

- Então é pasta e Tantum. No lanche é só...?

Lavar com escova e água. Muitas vezes nem ponho pasta.

- E depois do jantar, utiliza pasta?

Um bocadinho, não muito.

- E utiliza elixir?

Só à noite, para ficar desinfectado. E de manhã torno a utilizar.

- Não utiliza outros instrumentos, como o fio dental?

Não. Já experimentei, mas não gosto.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Sei lá. Passa-se muito tempo. Agora já não vou lá há algum tempo.

- Não tem precisado de ir lá?

Não, não tenho. Quando pus a placa, fui lá e disse o que me incomodava. Ele mandou-me ao mecânico e disse que não era nada.

- Então, só vai ao dentista quando tem algum problema?

Certo, quando tenho alguma coisa que me incomoda, ou que sinto que não está bem. Caso contrário, não. Porque tenho que me convencer que a minha dentição é de velhota. Já não posso estar à espera de ter uns dentinhos bons.

- Acha que não pode fazer mais?

Não. Já vou para os 96 anos. Por isso, não tenho de que me queixar.

- As vezes que visita o dentista, acha suficiente? Só vai quando precisa mesmo?

Eu vou lá quando vejo que preciso. De vez em quando vou lá mostrar. Tenho ido lá mostrar.

- Então, não vai ao dentista há quanto tempo?

Há uns meses grandes, 8 ou 9 meses.

- Era frequente ir todos os anos?

Antigamente, ia mais vezes ao dentista com a minha filha. Queria que ela fosse acompanhada.

- E em relação a si?

Quando ia com ela, fazia quase sempre uma vistoria. Depois não. Nunca senti nada de especial. Ultimamente não.

- Num tempo próximo, acha que vai?

Agora não. Se sentir alguma dor, ardor, dorido ou inflamação, vou lá. Caso contrário, não.

- Como é que é a sua alimentação? Disse-me há pouco que não come carne.

Como pouca carne.

- Porquê?

Não gosto muito de carne. E a carne daqui é muito dura e já tenho muita falta de dentes.

- Acha que faz mal aos dentes?

Não sei se faz mal. Começa por eu não gostar muito de carne e o facto de ser dura, também não me seduz. No entanto, como um bocadinho. Como almôndegas, guisado...

- Desde que seja mais mole...

Sim, desde que esteja cozida. Os bifes mais grossos e muito duros, isso não.

- Acha que não consegue por causa dos dentes?

Estou ali a ralar e não sou capaz de engolir a comida mal mastigada. O meu mal é esse: mal mastigado não sou capaz.

- O que é que faz nessas alturas?

Quando vejo que tento mastigar e não engulo devidamente, não apetece engolir e evito que aquilo aconteça. Não como mais disso. Eu também não como muito.

- Evita outros alimentos que possam fazer mal aos seus dentes? Doces...

Doces como. Por exemplo, nozes, amêndoas. Aqueles queques que têm noz, eu tiro-a logo. Para que é que hei-de martirizar os dentes e as gengivas, quando já não tenho dentes para mastigar.

- Então, esses frutos secos não...

Não. Só pequeninos e esborrachados. Mas a noz e amêndoas de casca nunca mais comi. As frutas como e, até gosto.

- Então evita alimentos duros?

Sim, evito. Como tenho falta de dentes e depois dói-me a gengiva.

- E doces?

Como, mas não muito. Leite creme e como fruta, cozida ou crua. Bolos com cremes não gosto. É mais os secos.

- Então os alimentos que mais evita e que podem fazer mal aos seus dentes são alimentos duros.

Exactamente. Carnes rijas e frutos secos.

- Há mais algum? Salgados, bebidas gasosas?

Não. Não gosto de gasosas. Em casa, fazia sumo de laranja. Não gosto do sumo de laranja daqui. Aqui é só água ou chá. Café tem de ser fraco, porque sou hipertensa. E leite, mas a bebida que mais gosto é a água.

- Então, o que mais come, e que pode fazer pior aos dentes, são os doces.

Sim. Numa festa, comi 2 salgados, 2 bolinhos e o bolo de aniversário. Champanhe não bebo, nem em dia de aniversário.

- Dos comportamentos de higiene que faz, acha que poderia fazer mais ou acha que são suficientes?

Acho que sim. A minha boca não me sabe mal. Sinto só um bocadinho a boca seca.

- Porque é que acha que sente a boca seca?

Quando estou a falar muito tempo e não bebo água.

-Tem falta de saliva?

Sim.

- Acha que o que faz é suficiente?

Acho que sim.

- Acha que não deve ir mais vezes ao dentista?

Não. Por enquanto, da maneira que me sinto, não tenho necessidade.

SO11

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É uma das coisas principais.

- Porquê?

Porque a gente tem de cuidar dos dentes diariamente.

- Se não o fizer, o que é que poderá acontecer?

Poderá ter graves problemas.

- Como por exemplo?

Dores e quando for ao dentista, já não poderá ter solução.

- O que é que poderá acontecer mais?

Um estado de mau estar.

- Mais alguma coisa?

Acho que as dores e o mau estar é o principal.

- Então para si, é importante fazer a higiene oral?

A higiene oral é bastante importante.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Diariamente, mais do que uma vez.

- Por exemplo, quando é que costuma fazer?

De manhã quando me levanto, quando acabo de comer o almoço, o lanche e o jantar. E ter cuidado com as pastas dentífricas que usa.

- Porquê?

Porque algumas contribuem para se ter uma higiene oral melhor.

- Algumas pastas são melhores que outras?

Exacto.

- Então faz a sua higiene oral 4 vezes por dia.

Sim. Às vezes também faço antes de ir deitar.

- E que instrumentos é que costuma utilizar?

Utilizo uma escova, que não utilizo muito mais do que um mês. E pasta.

- Utiliza mais alguma coisa?

Utilizo os líquidos para bochechar.

- O elixir.

Sim.

- Utiliza todos os dias ou só algumas vezes?

Utilizo quase todos os dias.

- Utiliza a escova e pasta todas as vezes que lava os dentes.

Exactamente. Sempre.

- Tira a prótese durante a noite ou deixa na boca?

Deixo ficar. Lavo-a e volto a colocar. Lavo-a com elixir, limpo e torno a colocar.

- Não utiliza mais nenhum instrumento, como o fio dental?

Não.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Visito de 2 em 2 meses. Todos os anos.

- Mesmo que não sinta nada?

Mesmo que não sinta nada. Mesmo que não tenha dores, não sinta nada, vou lá mostrar.

- Acha que é suficiente?

Acho que sim.

- Como é que é a sua alimentação? Evita algum tipo de alimento que possa fazer mal aos dentes?

Evito alguns alimentos duros.

- Como por exemplo?

Pão duro e as carnes quando estão mal cozidas ou mal passadas.

- E mais algum alimento, como doces ou bebidas gasosas?

Evito alguns doces e bolos.

- Por exemplo, gasosas?

Não posso beber bebidas gasosas. Só posso beber chá de limão que é digestivo.

- Daquilo que faz, dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não, acho que faço o melhor possível. Aqui, não há possibilidade de fazer mais nada.

SO12

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É fundamental.

- Porquê?

Pode provocar, entre outras coisas, mau hálito e mau aspecto.

- Que outras coisas é que poderá causar?

Sinceramente, só vejo mau hálito e talvez bactérias.

- Essas bactérias poderão causar o quê?

Transtornos. As bactérias vão depois para o estômago e podem causar outros problemas. Para além disso, um certo desconforto se não se lavar as próteses regularmente, enfim, de manhã, ao deitar, após as refeições.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

De manhã, depois do almoço, depois do lanche, depois do jantar e à noite. À noite, coloco a placa debaixo num copo e fico só com a de cima.

- E o copo é só com água?

Só com água.

- Todos os dias?

Exacto. Tenho pastilhas para desinfectar se for preciso. Ocasionalmente, ponho aquelas pastilhas. É só de vez em quando, porque escovo com uma escova de dentes dura, e de vez em quando coloco-as de molho com pastilhas.

- De manhã, que instrumentos é que utiliza?

A escova.

- E pasta?

Não, não vale a pena. A pasta é para limpar os buracos dos dentes. Eu não tenho dentes, tenho placa completa, portanto limpo muito só com água. E fica limpo.

- Fica satisfeita?

Fico.

- Utiliza mais alguma coisa, por exemplo, elixir?

Não. Às vezes, quando a placa roça, tenho um gel, tiro a placa, dou uma esfregadela e passa. E quando é preciso, quando uma incomodidade maior, uso as almofadas dentífricas e resolve o problema.

- Então só utiliza a escova e por vezes pastilha para desinfectar.

Chega perfeitamente.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

No ano passado, fui uma vez. Estou cá há 4 anos, acho que fui ao dentista uma vez, por causa do ciso que apareceu e estava-me a doer. Se fui mais vezes, não me lembro. Graças a Deus, não preciso.

- Acha que, por não sentir dores, não ter nenhum problema, não vai.

Às vezes, tenho essa incomodidade que passa. Ocasionalmente, parece que sinto que tenho dentes. Tenho umas dores no maxilar, mas só ocasionalmente. Deve ser algum problema nervoso. Mas é tão raro, que é quase inexistente. Até pode ser da prótese, mas não é significativo.

- Então, não vai ao dentista, porque não sente dores, não sente necessidade.

Não. A não ser que o meu ciso se lembre de pregar uma partida.

- Só vai ao dentista se tiver algum problema, fora isso não.

Certo.

- Acha que não vale a pena?

Ir ao dentista, não.

- Como é a sua alimentação? Costuma evitar alimentos que possam incomodar ou fazer mal às próteses?

Tudo o que tende a infiltrar-se dentro das placas, principalmente a de baixo como está mais solta, às vezes metem-se grainhas. Por exemplo, se comer kiwi, tenho que vir a correr limpar a placa. Como tenho um problema de espasmos do esófago, tenho que mastigar a comida muito mais do que o normal. Porque se não vai bem mastigada, tenho um espasmo e tenho que interromper a refeição, ir à casa de banho, levar os dedos à boca até sair. Já fui ao hospital para levar uma injeção. Normalmente passa. Quando tinha vida social, era mais embaraçoso.

- Então não evita alimentos...

Não tem a ver com os dentes. É com o esófago. Por exemplo, não posso comer um bife duro.

- Porquê?

Porque se não o parto bem, acaba por prender. Isso não tem nada a ver com os dentes.

- Então, não evita qualquer alimento?

Não. Tirando os kiwis, as uvas e os figos. Tudo o que tenha grainhas não dá. As sementes enfiam-se debaixo da placa de baixo.

- Como ou não come?

Por acaso, ontem comi 3 rodela ao jantar, mas não gosto de kiwis e de figos também. Figos nem como, kiwis é só ocasionalmente. E uvas não posso comer, porque às vezes tenho o açúcar elevado.

- E alimentos duros que possam fazer mal à prótese?

Não faz mal à prótese, faz mal ao esófago. Tudo o que é duro, tem que ser muito bem mastigado e mesmo assim pode falhar.

- E doces, salgados?

Não posso comer doces por causa do açúcar, lamentavelmente. Sou muito doceira e chocolateira.

- Então, não evita nada por causa dos dentes?

Não.

- Dos comportamentos de higiene que faz, acha que é suficiente ou poderia fazer mais?

É suficiente.

SO13

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É importante, porque comemos, falamos, entram as impurezas que andam no ar e podem afectar qualquer coisa, que depois vai para dentro.

- O organismo, para outros órgãos?

Exactamente. Por isso, é sempre bom no fim de comer, lavar. Se não se estiver num sítio onde se possa exercer, mas lavar e desinfectar até com um copinho. Se é à noite, então com pasta e escova é indispensável. Se a boca tiver sintomas de alguma dor, utiliza-se um desinfectante.

- O que é que poderá causar, se não fizer essa higiene?

Mau estar, incomoda. Não consigo dormir.

- O que é que sente?

Sinto-me incomodada, dorida. Às vezes, até parece que vai para a garganta. Ultimamente, tem-me acontecido muito. Era preguiçosa, principalmente fora de casa. Agora, tenho necessidade disso.

- Incomoda-a não fazer a higiene?

É.

- O que é que sente na boca?

Incomodada, dorida.

- Mau hálito?

Também. Mas agora não tenho tido tanto. Isso revela que é também dos intestinos. Às vezes, é um dente para ser substituído.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Diária.

- Em que alturas do dia?

À noite e de manhã. O resto é uma coisa mais rápida. Então de manhã, faço ou antes ou depois do banho. Uso pasta e escova. Se houver qualquer coisa que sinta que a boca não está bem, que está dorida, desinfecto com estes desinfectantes próprios.

- Aqueles líquidos para bochechar a boca?

Sim. Quanto à pasta, dou-me muito bem com a Sensodyne.

- De manhã, utiliza pasta e escova.

E à noite também.

- O elixir não utiliza todos os dias?

Não. É quando sinto que é necessário.

- E durante o dia, faz alguma lavagem?

Sim. Quando desconfio que a minha boca não está em condições, às vezes quando estamos a comer, topa uma espinha e fere o maxilar ou a língua, pode provocar uma infecção na boca. Tenho muito medo.

- Então, a seguir do almoço, faz alguma lavagem?

Sim faço sempre. Passo a boca por água. A não ser que tenha alguma coisa que me chame a atenção.

- E a seguir do lanche?

Lavo a prótese. É a mesma coisa. Se não estiver em casa, não posso fazer isso.

- E a seguir ao jantar?

A seguir do jantar e de manhã é mais minucioso.

- Como é que faz com a prótese?

Lavo, e às vezes até escovo, e coloco num recipiente. Embora digam que não é preciso.

- Coloca todas as noites?

Todas as noites faço isso, coloco num copo com água.

- Os instrumentos que utiliza então, é a pasta e escova e, por vezes, quando necessário, o elixir.

Sim.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Quando preciso. Não faço ideia.

- Quando não precisa, não vai?

Não, não vou.

- Acha suficiente?

Acho. Já quando estava casada, fui tirar o dente do ciso.

- Quando é que foi a última vez que foi ao dentista?

O mês passado. Fui lá por causa da prótese.

- Como é a sua alimentação? Evita alimentos que possam fazer mal aos seus dentes?

Aos meus dentes, não. Agora, por causa dos intestinos e das gorduras. Estas casas grandes, apesar de serem muitas pessoas e, compreendo, mas dão comida salgada. Não deviam dar comida salgada, o pão salgado. Ouve-se tantas vezes na televisão, até os médicos a chamarem a atenção do excesso de sal no pão. Ninguém se preocupa com isso. Acho muito estranho, porque isso faz muito mal. Vêem-se pessoas obesas e continuam a incentivar as pessoas e a mostrar-lhes os bolos. Até aqui.

- Em relação aos seus dentes, tenta evitar, por exemplo, doces...

Sobretudo, coisas que me molestem os dentes, como nozes, amêndoas. Tudo o que é duro, evito.

- Alimentos duros, então. E doces?

Não. Como, mas reduzido. Mas gosto dos doces especiais ou as miniaturas com chá. Cai-me muito bem.

- E salgados?

Pouco. Até porque me faz mal à vesícula. Até evito os enlatados.

- E bebidas gasosas?

Também não me faz bem. Água pura.

- Os alimentos que evita e que poderão fazer mal aos dentes são alimentos duros.

Nozes, amêndoas, amendoins. Grão-de-bico também me faz mal, assim como o tomate, por causa do ácido.

- Daquilo que faz, acha que poderia fazer mais?

Não, é o suficiente. Eu faço porque tenho experiência, não vou em conversas. Desde que tenho este conceito de vida, este cuidado que começa desde logo que se começa a ser adulta, começa a sentir-se bem com aquela higiene, limpeza da boca e outras coisas. Claro que a pessoa gosta de se sentir bem. Mas eu não bebia muito. A minha família era só quando tinha convidados.

- Então, acha que faz o suficiente, para manter uma higiene oral saudável?

Sim. Podia fazer outras coisas.

- Que tipo de coisas poderia fazer?

Podia substituir os dentes por uns bonitos e fixá-los. Mas o que interessa é tê-los limpos, cuidados.

SO14

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Fundamental.

- Porque é que é fundamental?

É fundamental, porque está comida que já não está em condição agarrada à dentadura. Nunca estive numa casa onde não se lavasse os dentes 2 vezes ou mais por dia. É uma higiene normal.

- Se não fizer essa higiene, o que acha que poderá acontecer?

Quer dizer, sou uma grande porca. Faço higiene oral assim como tomo banho. Tenho muito cuidado em lavar a dentadura.

- Se não fizer isso, o que é que poderá acontecer à boca?

Cheirar mal da boca, que espero que nunca aconteça. E esta placa nem é de tirar.

- Acha que poderá acontecer mais alguma coisa, para além do mau hálito?

Não posso morder nos outros.

- Estou a ver que é fundamental, então?

Com certeza, como os outros.

- Com que frequência realiza a higiene oral?

Todos os dias.

- E durante um dia, quantas vezes?

Depois das refeições. Se for passear, claro que não lavo. Lavo depois do pequeno-almoço, almoço e jantar.

- E lanche?

Hoje já não devo lavar. Mas como só tenho esta placa, bochecho um bocado, porque não passa para dentro. Por isso, não há perigo de contaminação.

- Então, lava a seguir ao pequeno-almoço, almoço e jantar.

Mas agora sou capaz de ir ali e passar com a escova porque me apetece.

- Quando lava os dentes, que instrumentos utiliza?

A escova.

- E pasta?

Exacto.

- Utiliza mais alguma coisa?

Não. Bochecho.

- Com o quê?

Água da torneira.

- Usa elixir, aqueles produtos para bochechar a boca?

Não.

- E fio dental?

Não.

- É sempre escova e pasta?

Sempre.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Poucas, porque agora não tenho nada para mostrar, pois agora é tudo placa.

- Vai quando vê que necessita, quando tem algum problema?

Mas não tenho. Já uso estas placas há anos.

- Nunca mais foi?

Não. Foram muito bem feitas, mas não foi aqui.

- Nos últimos anos foi ao dentista?

Fui na Amadora. E aqui também já fui umas vezes.

- Quando é que foi a última vez?

Não me lembro.

- Como é a sua alimentação? Evita algum alimento que possa fazer mal à prótese?

Isso é subjectivo. Se for comer castanhas ou coisas rijas, a prótese vai à vida.

- Então, tenta evitar alimentos que sejam duros?

Sim, claro. Uma pessoa com placa não pode lidar com ela como se tivesse os dentes naturais. Claro que não estou disposta a comer castanhas para ficar com a prótese estragada.

- E doces, salgados?

Isso não tem problema.

- Come à vontade?

À vontade. Como pouco porque preciso de emagrecer.

- Acha que pode ter algum efeito nos dentes?

Não. Ponho Pasta dentífrica.

- Mal come doces, vai logo lavar os dentes?

Vou. Se estiver nalguma sessão de cinema, não vou logo lavar os dentes. Eu também tenho cuidado.

Não vou morder nada que, eu sei à partida, vai partir a placa.

- Evita os alimentos que possam prejudicar a prótese.

Claro.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não.

- Acha que é suficiente?

Acho que sim. Uso bons produtos dentífricos, a escova de dentes é impecável, lavo os dentes depois do pequeno-almoço, almoço e jantar e, à noite.

SO15

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Tem uma importância fundamental.

- Porquê?

Porque a boca é a entrada de tudo o que existe, dos alimentos... Portanto, tem que estar o mais limpa possível.

- Caso não esteja limpa, o que é que poderá acontecer?

Entram bactérias, que se formam nos dentes, vírus. Podem afectar a saúde em geral. A falta de higiene oral é muito perigosa.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Não com muita frequência. De manhã e à noite.

- E durante o dia?

Durante o dia nem sempre. Tenho o fio dental que utilizo muita vez. Às vezes, ainda me socorro dos palitos, porque tenho os dentes afastados, pois faltam-me muitos dentes. Também tenho um escovilhão. Uso o escovilhão após as refeições.

- Então, quando é que faz a higiene oral? A seguir do pequeno-almoço?

Sim e a seguir ao almoço. E depois do jantar lavo os dentes.

- Então é 3 vezes.

Sim, e quando acordo para tomar banho também lavo os dentes. São 4 vezes. E trago comigo o escovilhão. Realmente, ficam coisas entre os dentes e é desagradável.

- De manhã, que instrumentos é que utiliza?

Pasta e escova de dentes.

- E a seguir ao almoço?

O fio dental ou escovilhão.

- E a seguir ao jantar?

A pasta e escova.

- Utiliza elixir?

Às vezes. E um gel para as gengivas. Mas só utilizei uma ou duas vezes.

- Utiliza muita coisa, isso é bom.

Sim.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Muitas. Quando tenho alguma obturação a fazer, visito muitas vezes. Estou sempre a ir lá e estão sempre a descobrir coisas para fazer na boca.

- Então, vai lá mesmo quando não necessita?

Não. Quando sinto que tenho alguma cárie. Sei lá, 3 vezes por ano, de 4 em 4 meses.

- Acha suficiente?

É, até porque vamos uma vez e depois vamos mais vezes até obter tudo.

- Como é a sua alimentação?

É uma desgraça. Como muito pouco, mas não consigo resistir aos doces e sou diabética. Hoje comi arroz doce, não resisti.

- Então, não evita alimentos que possam fazer mal aos dentes ou tenta evitar?

Nem penso nos dentes. Penso que faz mal é ao pâncreas. Em vez de comer mais, como menos ou em vez de comer tantas vezes, como menos vezes. Agora, nem penso nos dentes. Se penso nisso, lavo-os a seguir.

- Então come, mas depois compensa, lavando-os?

Sim.

- E salgados, bebidas gasosas, ou alimentos duros?

Não. Muito poucos. Uma amêndoa, um bocadinho de chocolate, mas poucos.

- Porquê? Por causa dos dentes?

Não me apetece. Nós aqui, estamos sempre a comer, já nem há espaço para comer essas coisas.

- Bebidas gasosas?

Água das pedras. Bebo muita água das pedras. Não sei se fará bem ou mal. Fui habituada com água das pedras para ajudar na digestão.

- E come todo o tipo de alimentos?

Todos.

- Não há restrição?

Não. Não como tantos doces como gostaria de poder comer.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Podia. A minha vida podia ser mais saudável, mas não teria graça nenhuma.

- O que é que poderia fazer mais?

Uma dieta rigorosa.

- Que objectivo teria essa dieta?

Abater uns quilinhos, mas se calhar ficava com peles penduradas.

- E da lavagem dos dentes, dos cuidados que tem, acha que poderia fazer mais ou faz o suficiente?

Julgo que faço o suficiente.

SO16

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É bastante. É uma coisa que se deve ter atenção. E devemos fazer a higiene diária, pelo menos 3 vezes por dia.

- E porque é que é importante?

É importante por todos os aspectos. Sentimo-nos melhor e é uma coisa que se deve fazer mesmo.

- Se não fizer, o que é que acha que poderá acontecer? Se não fizer a higiene, como é que se sente?

Não me sinto bem. E nem me sinto bem-estar a falar com outras pessoas, pois estive a comer.

- É o mau hálito, então?

Por exemplo.

- E mais?

Quando a gente não se sente bem ao pé das outras pessoas.

- Não se sente bem consigo e não se sente bem ao pé das outras pessoas.

Exacto.

- Para além do mau hálito, acha que pode levar a mais o quê? Acha que pode levar a mais problemas?

Se tivermos o cuidado de fazermos a higiene como deve ser, sentimo-nos bem e sentimo-nos bem ao pé das outras pessoas.

- Acha que poderá ter outras consequências no corpo?

Talvez, mas não sei.

- O principal é o mau hálito?

Sim.

- Acha que fazer a higiene oral é tão importante como ter atenção com as outras partes do corpo?

Sim. Exactamente. Transpiro muito e tomo 3 banhos por dia, porque é de muito incómodo. Isso é uma coisa que me preocupa muito.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Normalmente, 3 vezes por dia.

- Em que alturas do dia?

Depois do pequeno-almoço, depois do almoço. Se andar com a boca inflamada, como já tem acontecido, bochecho com aquele líquido e água. Mas é só às vezes, conforme sinto a boca. Às vezes, dói-me, por isso tenho que bochechar mesmo.

- E depois, a seguir do jantar?

Sim.

- São 3 vezes.

Às vezes, se como alguma coisa depois do jantar, bochecho só.

- E à tarde, depois do lanche?

Depois do lanche, não. Não quer dizer que não faça, mas não é como nas refeições.

- Quando lava os dentes, que instrumentos é que utiliza?

Escova.

- E pasta?

Umás vezes lavo com pasta e, outras vezes com sabão azul e branco. Tiro a placa e lavo.

- E, por vezes, também utiliza o elixir?

Não. É quase sempre, mas é às refeições.

- Então também utiliza o elixir 3 vezes por dia?

Duas a três vezes. Se nado com a boca inflamada, faço 3 ou 4 vezes, se for preciso. Se não, é só às refeições.

- E utiliza mais alguma coisa?

Não. Já tenho posto um bocadinho de Betadine de lado.

- E usa pasta para as próteses?

Sim, tenho. Tenho também para fixar.

- E de noite, retira as próteses?

Não.

- Só tira se magoar?

Sim. E normalmente é a de baixo.

- E utiliza mais alguma coisa, como o fio dental?

Não.

- Então é pasta, escova, elixir e pasta para as próteses?

Sim.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Só quando me dói. Agora é o mecânico, não vou ao dentista. Foi o médico que me receitou aquele líquido para bochechar.

- Então, não tem visitado o dentista?

Agora não tenho nada no dentista. O médico não disse nada. Não tenho dente nenhum.

- Quando é que foi a última vez ao dentista?

Já foi há muito tempo.

- Quando ia, quantas vezes ia?

Quando andava em tratamento, ia muitas vezes. Quando comecei, aos 18/19 anos, frequentava constantemente.

- Só vai ao mecânico. E só vai ao dentista se tiver alguma dor ou inflamação?

Não. Tenho feito o tratamento com o que tenho.

- Com é a sua alimentação? Come de tudo? Evita certo tipo de alimentos?

Não. Só algum que não me satisfaça ou que seja mais rijo, ou que não seja capaz.

- Então, evita certos alimentos que possam fazer mal aos dentes?

Sim. Tenho preferência, por exemplo, em outras coisas, para evitar partir a placa.

- Essencialmente, alimentos duros.

Sim.

- Como, por exemplo?

Por exemplo, nozes. Coisas assim, rijas. Carne não me faz diferença. Como mais frango ou peru. Aprecio mais peixe.

- E doces?

Como doces. Mas não gosto muito. Bebo o café, chá e leite sem açúcar. E bolos pouco doces. Nunca fui muito de doces.

- E salgados ou bebidas gasosas?

Bebidas gasosas, não.

- E salgados?

Agora, nenhuns. Se fosse em minha casa, sim. Costumo pedir só um, porque não faço refeição à noite, é só sopa e fruta.

- Então, os únicos alimentos que evita, que podem fazer mal aos dentes, são alimentos duros?

Sim e, aqueles que se metem na placa.

- Há alguma fruta que evita, que tenha grainhas?

Por exemplo, o kiwi e o figo. Mas se estão na salada de fruta, como. Se ficar algo, levanto a placa, passo a língua e fica limpo. Até as grainhas de pêra. Mas depois lava-se.

- Mas não evita comê-los?

Não. Se for fruta madura, como.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que podei fazer mais?

Não, não sinto necessidade de fazer mais. Se a boca me inflamar mais, tenho que ter outro cuidado. Ponho Betadine. Às refeições lavo e bochecho com líquido.

- E faz efeito?

Faz.

SO17

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Para mim, a higiene oral tem que ser feita.

- Porque é que acha que é importante?

Porque é uma limpeza.

- Caso não faça essa limpeza, o que é que acha que poderá acontecer?

Essa limpeza tem que ser feita para proporcionar um bem-estar.

- Essa limpeza poderá evitar o quê?

Previne mau hálito.

- E outras doenças na boca?

Sim, doenças que podem surgir com a falta de limpeza. Tanto nos dentes como no corpo.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todos os dias.

- Num dia, realiza quantas vezes?

4 vezes.

- Em que alturas do dia?

De manhã e à noite com pasta. E durante as outras horas lavo só com água.

- Bochecha com água?

E também com Tantum verde.

- Bochecha todos os dias?

Todos os dias. Principalmente agora, que ando a tratar da boca. Antigamente não, era do vez em quando.

- De manhã, lava com pasta e escova?

Sim. À noite é com também com escova e pasta. A seguir do almoço e a seguir do jantar é com escova e água.

- E o elixir, também é de manhã e à noite?

Sim.

- Durante o dia é só água?

E com escova.

- Então utiliza escova, pasta e elixir. Utiliza mais alguma coisa, como fio dental ou escovilhão?

Não.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Este ano, tem sido muitas vezes. Todas as semanas. Este ano tem sido uma, duas vezes. E nos outros anos, raramente.

- Nesta altura vai mais, porque precisa?

Sim, porque preciso.

- Nos outros anos não ia tanto porque não precisava?

Pois, não precisava. Só fazia a minha limpeza e mais nada.

- Acha que não precisava de ao dentista?

Quando tenho uma dor no dente, vou ver o que é.

- Só ia ao dentista, quando via que precisava?

Sim.

- Acha suficiente?

Acho sim.

- Como é a sua alimentação? Evita algum tipo de alimentos...?

Agora evito todos, porque não posso.

- Então o que é que come?

Como peixe. Carne nunca mais comi.

- Porque é dura?

Pois. Salada nunca mais comi. Não consigo comer salada. Como sopa e parto o pão aos bocadinhos. Quando tenho brócolos, desfaço com o garfo. Agora, fora este período, como tudo.

- Agora é que tem sido mais difícil?

Agora tem sido difícil. De resto, como tudo.

- E comes doces?

Às vezes tenho que comer por causa da diabetes, quando baixa.

- Como de vez em quando, quando necessita?

Sim. Caso contrário, tenho medo por causa da diabetes, porque vontade tinha eu. Os doces são tão bons. Mas também prejudica muito os dentes. Mas não ligo a isso. É mais por causa da diabetes.

- E outro tipo de alimentos que evita, por exemplo, bebidas gasosas ou salgados?

Bebidas só bebo água.

- E carnes?

Como.

- E alimentos duros?

Agora não.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais ou faz o suficiente?

Acho que faço o suficiente.

- É o ideal?

Pois.

SO18

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É boa. Tem que ser uma higiene boa. Tem que se cuidar dos dentes porque se fica sem nenhum.

- O que é que poderá acontecer se não lavar os dentes?

Podem cariar, furar. Há muitas doenças dos dentes que a gente nem conhece.

- E mau hálito?

Piorreia, por exemplo.

- Acha que poderá acontecer mais alguma coisa, caso não seja feita a lavagem dos dentes?

Não sei.

- Então acha que é, essencialmente, doenças, cárie e mau hálito.

Sim, é.

- Então acha que é importante fazer a higiene oral?

Sim, é. E limpá-los mesmo com fio dental ou palitos para tirar as coisas que estão entaladas. Então ainda mais quando se come os bifés daqui.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todos os dias.

- E durante o dia, quantas vezes?

3 vezes por dia.

- Em que alturas do dia?

Ao pequeno-almoço, ao almoço e jantar.

- E que instrumentos é que utiliza?

Escova e pasta.

- Utiliza mais alguma coisa?

Às vezes, fio dental quando tenho alguma coisa entalada entre os dentes. É mais quando como carne ou bacalhau.

- Utiliza elixir?

Uso Tantum verde.

- Utiliza todos os dias?

Não. De vez em quando.

- Utiliza escovilhão?

Nem sei o que é.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Só vou ao dentista quando me dói os dentes.

- Só quando tem algum problema é que vai?

Sim. Mas uma vez por ano é o aconselhável.

- É o aconselhável, mas vai?

Umaz vezes vou, outras não. Conforme. Se me sinto mal, vou. Se não me sinto, deixo andar.

- A última vez que foi, foi há um mês, como já disse.

Sim, foi em Abril. Mas já tinha ido em Setembro do ano passado.

- Foi por causa do dente?

Não. Fui lá para me fazer uma limpeza à boca.

- As visitas que faz, acha suficiente?

Acho que sim.

- Como é a sua alimentação? Evita algum alimento que possa fazer mal aos seus dentes ou come tudo?

Como de tudo. Só os bifes de cá, não posso comer, porque são muito duros.

- Mais alguma coisa, como por exemplo, doces?

Não me fale em doces, sou muito gulosa.

- Come, não evita?

Tenho que evitar porque tenho diabetes.

- O motivo principal para não comer tantos é a diabetes?

É.

- Com os dentes não há problemas?

Não. É só a diabetes.

- Então é mais os alimentos duros. E amêndoas ou nozes?

Raramente como. Mas como.

- Não há problemas?

Não.

- Então o maior problema é a carne?

Sim, aqui. A carne daqui é de cabeça de touro.

- É mais a carne?

Sim e às vezes o bacalhau também se mete nos dentes. De resto, não evito nada, como tudo.

- Bebidas gasosas ou salgados?

Não posso comer salgados por causa da tensão. A minha tensão tem a tendência a subir, não posso comer salgados. Agora doces, de vez em quando, vai um docinho.

- Então, as únicas coisas que evita são carne dura...

Sim. Até tenho a impressão que este dente partiu quando comi um bife muito duro. Agora, gasosas nem gosto. A única coisa que bebo, de vez em quando, é Ice Tea ou então sumo natural. Agora, bebidas gasosas, não.

- O principal é água?

E vinho tinto.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Acho que não.

- É o suficiente?

Acho que é o suficiente.

SO19

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Boa. Muito importante.

- Porquê?

Limpeza. Evitar doenças. A higiene é essencial para a saúde da pessoa.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que poderá acontecer?

Doenças. Sarna, doenças de pele.

- Higiene oral.

Infecções na boca.

- Pode levar a doenças. E mais?

Comigo não, mas já tenho visto noutras pessoas.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Diariamente.

- Durante o dia, quantas vezes?

Quando como, passo a escova pela boca.

- Sempre que come, lava?

Sim. A seguir ao pequeno-almoço, almoço e jantar.

- E ao lanche?

A seguir ao lanche normalmente bochecho. Tiro as placas para fora.

- Com o quê?

Com água.

- E nas outras alturas, o que é que utiliza?

Pasta.

- E escova?

Sim.

- Mais alguma coisa?

Não.

- E elixir?

Não.

- Fio dental?

Não. É dessas pastas que se compram.

- Então, é só pasta e escova?

Sim, dessas que se compram na farmácia.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Nunca visito. Só quando tenho algum problema, que parta a placa ou qualquer coisa. Vou normalmente, fazer todos os anos uma limpeza à boca, por questão de precaução.

- Então, vai, pelo menos, uma vez por ano para fazer limpeza?

Sim, passar uma revista à boca.

- E vai mais vezes se tiver algum problema?

Sim, vou logo.

- Acha suficiente?

Acho que sim. Para mim, é.

- Como é a sua alimentação? Tenta evitar alimentos que possam fazer mal aos seus dentes?

Açúcares.

- Mas é em relação à diabetes?

Sim.

- E em relação aos dentes, evita alguma coisa ou come tudo?

Como de tudo.

- Por exemplo, alimentos duros?

Não. Fujo de alimentos doces, por causa da diabetes.

- Então, em relação aos dentes, como de tudo?

Sim.

- Por exemplo, amêndoas?

Raramente.

- Porquê?

Porque é doce.

- E evita alimentos duros?

Não. Como só uma ou duas amêndoas, por causa da diabetes.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Julgo que faço o suficiente.

SO20

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Acho que se deve fazer, para ir conservando os dentes que temos.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que poderá acontecer?

Pode haver qualquer infecção, não sei.

- Acha que poderá acontecer mais alguma coisa?

Doer as gengivas. Não sei de mais nada.

- Pode levar a mau hálito?

Sim. Eu penso que não tenho. Pelo menos, não tenho nenhum dente podre. Há quem tenha mau hálito e não é da boca. Mas acho que não tenho, pelo que noto ou alguém me tenha dito, não.

- Então é importante a higiene oral?

É importante.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

À noite antes de me deitar, sempre. Às vezes, se é preciso, sou capaz, quando venho, principalmente estes que não estão presos, esses não tiro com frequência, mas os de baixo tiro com facilidade, se sinto alguma coisa que me incomoda ou que não está bem, tiro e lavo.

- Então faz a lavagem mais à noite?

A lavagem melhor é à noite.

- E durante o dia, faz?

Sim. Se tenho alguma coisa que me incomoda, faço.

- Se não houver nada que a incomoda, não faz?

De uma maneira geral, os de baixo tiro com mais facilidade e dou uma lavadela na torneira, quando fica alguma coisa agarrada da comida.

- Então, durante o dia, limpa só com água?

Pois, durante o dia, de uma maneira geral, é só com água.

- E à noite, é com o quê?

Com pasta.

- E escova?

Sim.

- Utiliza mais alguma coisa?

Não.

- Utiliza escova e pasta. Mais alguma coisa?

Às vezes utilizo um líquido verde, quando sinto que a boca não está tão bem. É uma garrafa verde com copinho.

- É um elixir.

Bochecho com aquilo. Não posso dizer que é todos os dias.

- O que faz todos os dias é a escovagem à noite?

A escovagem faço todos os dias. Agora, isto só quando sinto alguma inflamação, ou quando me dói. Durante o dia não costumo.

- Utiliza alguma pasta para as próteses?

Não. Lavo só com a pasta.

- À noite, costuma tirar a prótese?

Sim. Coloco num copo com água. Agora é só com água. Às vezes é com umas pastilhas.

- Tira-as todos os dias?

Tiro.

- Utiliza mais alguma coisa, como fio dental?

Não, nunca usei.

- E escovilhão?

Não. É só com escova normal e pasta.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Este ano, visitei uma vez. O ano passado, parece que fui para tirar um dente.

- Então é uma vez por ano?

É assim, se vir que me dói alguma coisa ou que me incomoda, senão sou capaz de deixar andar.

- Então só vai quando tem algum problema?

Sim.

- Acha suficiente?

Por enquanto, acho suficiente.

- Como é a sua alimentação? Que tipo de alimentos come? Come de tudo ou evita algum alimento?

Evito quando não gosto.

- E evita alimentos duros que possam fazer mal aos dentes?

A carne e o polvo pouco cozido. Também tenho receio das espinhas por se enfiarem nos dentes.

- Há mais algum alimento que tenta evitar, por exemplo, fruta que tenha sementes?

Não gosto de kiwi. Evito a banana por causa dos intestinos. Quando a pele das uvas é dura não como, mas às vezes como.

- Mais algum alimento que evita?

Sopa de tomate porque é azeda. Não me sabe tão bem.

- Mais algum alimento que evita que tenha dificuldade em comer?

Não sendo a carne ou peixe duro, como de tudo.

- Também come fruta?

Não como quando não gosto, ou não tenho paciência para comer. Evito a laranja por causa do ácido.

- E doces?

Gosto muito. Talvez exagere um bocadinho.

- E salgados?

Não gosto muito.

- Bebidas gasosas?

É raramente. Dão sumos, mas só bebo água.

- Então como mais doces. E depois de comer os doces, o que faz?

Se vejo que é necessário, lavo. Tiro só as de baixo e bochecho bem a boca.

- Quando come chocolate, lava?

Umás vezes lavo, outras vezes fico com o sabor do doce.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Poderia tirar a prótese de cima mais vezes.

- Lavar a prótese de cima?

Pois. Aborrece-me tirar aquilo e ter de pôr a pasta.

- Acha que poderia fazer mais alguma coisa?

Acho que faço o suficiente.

- O que a impede de tirar a prótese de cima?

Falta de paciência.

SO21

- Para si, qual a importância da higiene oral?

No princípio, quando pus a prótese, lavava com pasta medicinal. Mas ele (dentista) disse para lavar com sabão azul e branco e, é isso que eu faço. Tomo o pequeno-almoço, venho cá a cima e lavo. Depois dou uma volta, almoço, chego a casa e faço exactamente a mesma coisa. Vou jantar, é igual. Como sou diabética, antes de ir deitar, às vezes como qualquer coisa, claro que tenho de ir novamente lavar. Mas isso não me importa, não é trabalho nenhum. Tenho o máximo cuidado.

- Então lava os dentes...?

Com sabão azul e branco.

- E escova?

Sim. Lavo a todas as refeições.

- E ao lanche?

Ao lanche também. Mas às vezes não lancho.

- Quando lancha lava?

Se lanchar, lavo todas as vezes.

- Lava a seguir do pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar?

Sim.

- E utiliza pasta e sabão azul e branco?

Sim.

- Utiliza mais alguma coisa?

Mais nada.

- E à noite, retira a prótese?

Não tiro. Ele recomendou-me não tirar. Esta foi só colocá-la e nunca mais lá fui.

- Então só vai ao dentista que lhe dói?

Não me dói nada. Colocou-me e nunca precisei de lá ir.

- Então nunca mais foi ao dentista?

Não. Há 4 anos e tal.

- Acha que não precisa?

Não. Só se amanhã tiver que fazer uma prótese.

- Só vai se necessita?

Sim, pode-se partir.

- Acha suficiente?

Acho que sim, porque não tenho nada que me apoquente.

- E utiliza mais alguma coisa para além da pasta e do sabão?

Mais nada.

- Elixir para bochechar?

Nada. Se precisar de bochechar, compro na farmácia. Mas não tenho precisado.

- Como disse no início, acha que é importante fazer a higiene oral?

Acho que sim. Acho que nem as pessoas se sentem bem. Eu não sou capaz. Quando vou às consultas, levo uma escova porque às vezes como lá, vou à casa de banho, tiro a prótese e lavo muito bem.

- Então acha que é bastante importante?

É uma coisa que faz falta a toda a gente. A higiene é bem para toda a gente.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que acha que poderá acontecer?

Infecção e mau hálito.

- Como é a sua alimentação?

Ao pequeno-almoço, bebo uma chávena de café e pão torrado integral e no meio da manhã, como uma peça de fruta.

- Em relação aos dentes, evita algum alimento que possa fazer mal aos dentes?

Talvez uma coisa rija pode fazer mal.

- Evita alimentos duros. Por exemplo?

Há fruta que é muito rija. Lavo-a, descasco-a e parto-a aos bocadinhos.

- E por exemplo, bifes?

Aqui é muito raro calhar um bife tenro. Quando quero um bife bom, vou lá fora.

- Tenta evitar alimentos rijos.

Aqui há muita comida. Mas a gente tem que compreender que, aqui fazem comida para centenas de pessoas. Tem que ser mesmo diferente.

- Há mais algum alimento que evita por causa dos dentes?

Há 3 pratos. Escolho aquilo que vejo que me faz melhor.

- Por causa da diabetes?

Sim.

- E come doces?

Às vezes. A fim de semana.

- A seguir lava os dentes?

Sim, é depois do almoço e jantar.

- Come os doces nas horas das refeições e depois lava logo a seguir?

Sim.

- Evita mais algum alimento?

Os doces por causa da diabetes.

- Restringe mais algum alimento?

Não.

- É mais os alimentos duros?

Sim.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Desde que como tenho que fazer.

- Mas da lavagem que faz à prótese, acha que poderia fazer mais ou faz o suficiente?

Acho que sim. Acho que não é preciso.

- Então faz o suficiente?

Acho que sim.

SO22

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Muita. Contribui para o bem-estar da saúde em geral e evita as infecções.

- Infecções a que nível?

Da respiração, da boca e o aspecto físico. Ao não cuidar da higiene bucal podemos ter infecções ao nível das gengivas, da laringe, os dentes começam a deteriorar-se mais, as bactérias permanecem em contacto com as gengivas e dentes. Aí criam-se doenças terríveis como a piorreia. E mau estar geral e dores.

- Cáries?

Exactamente.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Ao levantar. Após lavar a boca, lavo também a placa. Bebo sempre em jejum um copo de água por causa dos rins. A pessoa acorda com sensação de secura, então tenho necessidade de lavar a boca e beber um copo de água.

- Lava quando acorda?

Depois do pequeno-almoço lavo novamente a placa e dentes. Depois do almoço. Depois das principais refeições. Ao deitar também.

- E a seguir do lanche?

Lavo.

- E do jantar e antes de ir para a cama?

Aí tiro a prótese e lavo a boca. Quando tenho alguma infecção ou sinto mau estar, bochecho.

- Bochecha com elixir.

Exactamente.

- Então faz a sua higiene 6 vezes por dia.

Sim.

- Tira a prótese à noite?

Tiro. Coloco num copo com água. Por exemplo, aplico uma substância para branquear.

- É uma pastilha?

Sim.

- Que instrumentos é que utiliza quando lavo os dentes?

Escova.

- E pasta?

Nem sempre. Quando vejo que a prótese está mais suja, limpo com pasta. Quando posso estar sem placa, fico porque isso cansa e até me dificulta a respiração.

- Utiliza elixir, pasta para a prótese, pasta e escova para os dentes. E os dentes naturais é com água.

Sim, tenho muito cuidado para não ferir a gengiva. Este dente dá uma protecção à placa, segura melhor.

- Utiliza mais alguma coisa?

Não.

- Fio dental?

Não, porque não tenho dentes.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Só quando estou mesmo...

- Só quando tem algum problema?

Sim.

- Por exemplo, quando tem dores?

Sim ou quando o dente está a ficar cariado. Agora estou a precisar porque ela (prótese) já caiu.

- Acha que é suficiente?

Talvez não seja. Devemos prevenir. Mas quando precisei não tive hipótese de me preparar antecipadamente. Estive em África, onde tive dificuldade em encontrar um bom dentista.

- Então acha que devia ir mais vezes ao dentista, até por causa da prevenção?

Mais, exactamente.

- Como é a sua alimentação? Tenta evitar algum alimento que possa fazer mal à prótese?

Não. Tenho dificuldade em mastigar certos alimentos.

- Por exemplo?

A carne quando está rijá, não mastigo bem. Para ingerir assim também não faz bem ao estômago. Assim, evito.

- Então evita alimentos duros?

Sim e ácidos, por causa do rim. Fruta pouco madura não como, então vou para a cozida que não é tão boa por causa das vitaminas.

- Evita mais algum alimento que possa prejudicar os dentes?

Pão duro. Evito tudo o que seja rijo. Devia evitar doces.

- E evita?

Às vezes evito.

- Acha que deveria evitar mais?

Se calhar.

- Come doces. Lava os dentes a seguir?

Lavo. Se tiver uma casa de banho próxima, lavo. Até porque fica a boca suja. A placa deve ser mesmo retirada e limpa sempre após as refeições, porque infiltra-se sempre qualquer coisa entre a placa e o céu-da-boca. São corpos estranhos. E a fixação da placa já não é tão perfeita.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não sei se haveria outros a fazer. Talvez ir mais vezes ao dentista.

- E da lavagem diária que faz, acha que é suficiente?

Acho.

- E dos alimentos que evita?

Sim, porque incorre-se até de partir a placa. Se triturar alimentos duros, sai do lugar e pode partir. E já parti uma vez. Tiro a uva a grainha e a pele.

- Mais alguma fruta?

Não. Gosto da maçã, mas como tenho dificuldade em mastigá-la.

- O kiwi?

Às vezes também incomoda.

- Morangos?

Na salada, às vezes sim, mas de resto não por causa dos rins.

- Acha que faz tudo o que é necessário?

Se calhar devia ter mais cuidados, ir mais vezes ao dentista.

- O que é que a impede?

Ou falta de tempo ou a demora na espera da consulta.

SO23

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Muito positiva.

- É importante?

Muito importante.

- Porquê?

Por causa da minha dentição. Se não tivesse tanto cuidado, não teria nenhum. Tenho muito cuidado com a minha higiene oral.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que poderá acontecer?

Não fico bem-disposto, não fico bem comigo mesmo.

- Sente mau estar?

Mau estar, sinto a boca com...

- Mau hálito?

Sim.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que poderá causar mais?

Problemas de estômago. Se fizer a minha higiene oral, o meu estômago beneficia com isso.

- Acha que poderá ter uma influência no estômago?

Penso que sim. Não tenho a certeza, só o médico.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todos os dias, 3 vezes por dia.

- Em que alturas?

A seguir ao pequeno-almoço, almoço e jantar. E no intervalo, se sinto mau hálito, não é lavar, mas limpo a boca com a escova.

- E que instrumentos utiliza?

Escova, pasta e umas escovinhas que meto entre a dentição, porque tenho os dentes um bocadinho afastados.

- São escovilhões?

Penso que sim. Assim completo a lavagem.

- Utiliza mais alguma coisa, como elixir?

Não. Só se tenho alguma afta.

- Se não tiver, é só pasta, escova e escovilhão?

Sim.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Nunca vou. Só vou quando há necessidade disso.

- Só quando tem algum problema é que vai?

Exactamente.

- Que tipo de problemas? Dores?

Claro, se me dói um dente tenho que ir ao dentista para me dizer se é tratável ou para extrair.

- Acha suficiente?

Acho que sim. Se tenho tanto cuidado com a boca, acho suficiente.

- Como é a sua alimentação? Tenta evitar algum alimento que possa fazer mal aos dentes?

Que faça mal aos dentes, não. Evito que faça mal ao estômago, muitas gorduras, até por causa da diabetes e doença do coração.

- Em relação aos dentes?

Não.

- Come de tudo?

Sim.

- E quando é bife muito duro?

Quando é bife duro, tenho dificuldade em mastigar. Tenho de o migar com a faca.

- E sente dificuldade com alguma fruta, por causa das grainhas?

Não.

- E come doces?

Não, por causa da diabetes. Não é pelos dentes. Mas como arroz doce.

- E amêndoas ou nozes?

Não, como.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não.

- Faz o suficiente?

Acho que sim. Talvez até seja um bocadinho exagerado.

SO24

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Lavo a boca todos os dias.

- E acha que é importante fazer a higiene oral, dos dentes, e gengivas?

É sim.

- Porquê?

Com a dentadura lavada sente-se melhor.

- Evita o mau estar?

Exacto.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que acha que poderá acontecer?

Sou prejudicial para as outras pessoas, deito mau cheiro.

- Mas se não fizer a higiene oral, poderá levar a mau hálito?

Pois.

- Mais alguma coisa?

Não. A primeira coisa que faço, depois de comer, é lavar a dentadura. Não gosto de estar com ela suja.

É prejudicial para a minha saúde e para os outros.

- É prejudicial para a sua saúde porquê?

Por ficar com resíduos de comida.

- Em que sentido?

Lavando a boca, fica mais agradável.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todos os dias.

- Em que alturas?

Assim que acabo de comer.

- A seguir a todas as refeições?

Todas.

- Pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar.

À noite até faço o seguinte: tiro-a. A seguir às refeições, lavo-a e torno-a a pôr.

- Lava com quê?

Água, uma escova e sabão azul e branco.

- Então utiliza sabão e escova.

Exacto.

- Não utiliza mais nada?

Nada.

- E à noite?

Tiro a prótese, coloco num copo com água e uma gota de lixívia.

- E de manhã?

De manhã tiro-a e passo sabão com a escova.

- Não usa pasta dentífrica?

Não.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Desde que pus a dentadura, nunca mais lá fui.

- Há quanto tempo?

Esta dentadura já tem 10 anos.

- E durante estes 10 anos tem ido ao dentista?

Não. Tenho andado bem. Às vezes salta-me para fora e aleija-me. Tenho ali um líquido, bochecho e passa. Não vou ao dentista por causa disso.

- Não precisa de ir ao dentista?

Não.

- Como é a sua alimentação?

É normal.

- Evita algum alimento que possa fazer mal à sua prótese?

Carne dura. É a única comida que não como, porque é muito rijá.

- Tem dificuldade?

Pois. Mas de resto como tudo.

- E fruta que tem grainhas?

Como tudo.

- E por exemplo, amêndoas ou nozes?

Só partindo e depois como. Como tudo.

- E doces?

Evito.

- Porquê?

Sou médico de mim mesmo. Nunca fumei, nunca bebi vinho. Às vezes vejo na televisão que o excesso de açúcar faz mal. Há pessoas que não fazem isso e continuam a comer o que faz mal.

- Mas evita os doces porquê?

Por causa da diabetes.

- Então o que mais evita e que pode fazer mal à sua prótese são os alimentos duros?

É. O bife é que não como. Os outros (amêndoas, nozes) como com um bocadinho de dificuldade.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não sei o que poderia ser mais.

- Acha que é suficiente?

Faço tudo.

SO25

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Eu acho que a higiene oral é não ter mau hálito e ter boa mastigação, porque se tiver dentes podres não mastiga em condições e dá cabo do estômago.

- É importante então?

É importantíssimo.

- Tal como a higiene no resto do corpo?

Exactamente. É igual.

- Se não fizer a lavagem oral, o que é que acha que poderá acontecer?

É feio. Aquelas porcarias agarram-se e cheira mal.

- Acha que poderá levar a mais alguma coisa? O mau hálito é o principal?

Acho que sim e o estômago. O estômago sofre com a falta de higiene na boca.

- Acha que também pode ter influência no resto do corpo?

Acho que sim.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Depois das refeições. De manhã, depois do pequeno-almoço, almoço, se lancho, é depois do lanche, e depois do jantar. De noite não.

- E que instrumentos utiliza?

Escova, pasta e escovilhão.

- E elixir?

Se tiver uma afta, porque de resto não.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Só visitei o dentista porque tive este problema. Há 2 meses que pus estes dentes. De resto, nunca tinha dores de dentes.

- Quando não tinha, não ia?

Não ia, porque os dentes estavam bons.

- Se sentia alguma dor ou problema é que ia?

Pois. Quando comecei a sentir a dor é que fui.

- Acha suficiente?

Acho que sim. Dizem que devemos ir de vez em quando, mas como temos tantos cuidados, acho que não tive necessidade.

- Como é a sua alimentação?

É normal.

- Tenta evitar algum alimento que possa fazer mal aos seus dentes?

Não, nada.

- Por exemplo, alimentos duros?

Não. Como de tudo.

- Doces?

Como.

- E salgados?

Gosto muito.

- Sempre que come, lava os dentes?

Sempre que como, lavo os dentes.

- E bebidas gasosas?

Não gosto. Não aprecio.

- Mas come doces, amêndoas, nozes, ou fruta com grainhas?

Como tudo, não tenho problemas. Como a seguir vou lavar, se houver uma grainha que se meta debaixo da placa, aí também pouco se mete. Geralmente não acontece. Se acontecer, tira-se. Até sem ser em casa, vai-se a uma casa de banho e lava-se com água. Já tenho visto muita gente fazer isso. Até porque uma grainha pode ferir.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não.

- Faz o suficiente?

Faço o suficiente.

SO26

- Para si, qual a importância da higiene oral?

Eu acho fundamental.

- Porquê?

Está tudo dito.

- Se não fizer a higiene oral, quais poderão ser as consequências?

Não sei. Desde que me conheço que é assim.

- Se não fizer a lavagem dos dentes, poderá levar a quê?

Acho isso horrível.

- Pode levar a quê?

Sei lá. Não conheço uma situação dessas.

- Não tem uma ideia do que é que poderá acontecer se não fizer a lavagem?

Não faço a mínima ideia. Acho isso horrível.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Normalmente são 3 vezes. Às vezes, a seguir do almoço passa. É de manhã antes do pequeno-almoço, depois do almoço e jantar. E antes de deitar.

- Então são 4 vezes. E que instrumentos utiliza?

Pasta e escova. Mais nada.

- À noite costuma tirar a prótese?

Sim.

- Todos os dias?

Todos os dias.

- E coloca onde?

Num copo com água.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Não posso dizer. Sei lá. Muito poucas vezes.

- Vai apenas quando necessita?

Pois.

- Acha suficiente?

Para mim tem sido.

- Como é a sua alimentação? Come de tudo ou evita algum alimento?

Não evito. A não ser que não goste.

- Evita algum alimento que possa ser prejudicial aos dentes?

Não.

- E alimentos duros?

Não.

- Por exemplo, bifes duros?

Isso claro, nem ponho no prato.

- Por exemplo, amêndoas, nozes, ou seja, frutos secos que sejam rijos?

Não aprecio.

- E doces?

Já sou mais gulosa.

- Quando come, costuma lavar os dentes a seguir?

Normalmente não como fora das refeições.

- E outros alimentos, como salgados?

Não.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não.

- Acha que faz o suficiente?

Acho que faço o suficiente.

- Dos instrumentos que utiliza, é só escova e pasta. Utiliza elixir para bochechar?

Às vezes sim, o Tantum verde.

- E pastilhas para desinfectar as próteses?

Não.

SO27

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É muito grande.

- Porquê?

Devemos ter muito cuidado com a boca, para não ter infecções e para não cheirar mal da boca.

- Mau hálito então. E com que frequência realiza a sua higiene oral?

De manhã e à noite.

- De manhã em que altura?

Quando me estou a preparar.

- Antes do pequeno-almoço?

Sim.

- E depois do pequeno-almoço?

Venho cá acima e lavo.

- E a seguir do almoço?

Também. Lavo mal mas lavo.

- E a seguir do lanche?

Às vezes não.

- E a seguir do jantar?

Lavo sempre.

- E antes de ir para a cama?

Não. Ponho num copo com água.

- Tira a prótese todos os dias?

Todos os dias.

- Que instrumentos é que utiliza?

Um bocadinho de pasta, escova e às vezes, como ganham um bocadinho de pedra, coloco num líquido com água e umas gotas de vinagre. E no outro dia lavo com sabão azul e branco.

- Quando se levanta, lava com pasta?

Sim.

- E a seguir do pequeno-almoço?

Se lavei de manhã, já não uso pasta antes do almoço. É só com água e escova.

- A seguir do lanche?

Também, só água e escova.

- E a seguir do jantar?

Já é com pasta e escova.

- Utiliza mais alguma coisa?

Quando tenho a boca inflamada, utilizo Betadine.

- Costuma bochechar a boca?

Com Betadine.

- Utiliza algum elixir para bochechar?

Nada, só isso.

- Utiliza alguma pasta para as próteses?

Não, porque o vinagre tira tudo.

- Coloca vinagre todas as noites?

Não, só quando vejo que ganhou aquele calcário.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Nenhum. Só quando preciso, quando estou aflita ou esteja a magoar.

- Por exemplo, quando tem dores?

Sim. Agora também já me habituei a ela (prótese). Agora já não cai tanto.

- Como é a sua alimentação? Come todo o tipo de alimentos ou evita?

Evito muito.

- Que tipo de alimentos?

Porco, certos peixes.

- Evita algum alimento que possa prejudicar a sua prótese?

Sim, se for muito duro, não como.

- Por exemplo, bife?

Se for duro não como.

- Mais algum alimento que evita devido às próteses?

Não. Sendo coisas duras, evito tudo.

- E por exemplo, amêndoas ou nozes?

Como mas com muito cuidado.

- E doces?

Isso como todos. Há uns que evito, os duros, porque começo a pensar nas dores depois.

- Evita doces que sejam duros. Mais algum alimento que evita?

Não.

- Bebidas gasosas?

Não.

- E salgados?

Não posso, só tenho 1 rim.

- Evita mais algum alimento que possa prejudicar os seus dentes?

Não, só coisas duras.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não, chega.

- Faz o suficiente?

O suficiente.

SO28

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É todos os dias.

- E importante fazer?

É.

- Porquê?

Porque acho que é útil fazermos a nossa limpeza, porque é próprio da nossa vida.

- Então é importante fazer a higiene oral?

É.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que acha que poderá acontecer?

As pessoas não se sentem bem perante nós.

- As noutras pessoas não se sentem bem connosco?

Exacto.

- E se nós não fizermos, sentimo-nos bem?

Acho que não.

- Se não lavar os dentes, a prótese?

Não. Todos os dias o faço e sinto-me bem a falar com qualquer pessoa.

- Então se não o fizesse sentia-se mal?

Exactamente. Mas como o faço não me sinto mal.

- Se não lavar os dentes, acha que poderá ter alguma consequência na nossa saúde?

Acho que sim. Não sou capaz de me deitar sem lavar a boca e tirar a prótese.

- E se não fizer, quais é que poderão ser as consequências?

Mais tarde, mesmo com aqueles que ainda restam, as pessoas sentirem-se mal ao pé de nós por causa do mau hálito. Não me sinto mal com a minha boca.

- Acha que poderá acontecer mais alguma coisa?

Não.

- E essencialmente o mau hálito e o mau estar.

Sim.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Todos os dias.

- Em que alturas do dia?

De manhã, depois de me levantar e vou para baixo tomar o pequeno-almoço.

- E a seguir do pequeno-almoço, lava os dentes?

Não.

- E a seguir do almoço?

Também não. Só à noite antes de me deitar, lavo a boca.

- Então só lava os dentes uma vez por dia?

Sim. De manhã, se como alguma coisa e tenho alguma grainha, lavo.

- Isso é durante o dia. E de manhã quando acorda?

Não. Nunca. Como lavo à noite, de manhã não os lavo.

- Então só lava à noite.

Bem, se sinto alguma coisa na prótese, tiro, ou mesmo depois do almoço, vou à casa de banho e lavo na torneira.

- À noite, o que é que utiliza?

Pasta, escova e elixir que deito na água.

- Utiliza mais alguma coisa?

Só isso.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Só quando preciso. Agora, preciso de ir lá para fazer um tratamento.

- Em que situações, por exemplo?

Agora preciso de lá ir para fazer um tratamento, porque as gengivas andam um bocado...

- Tem algum problema nas gengivas?

Não. Antigamente, usavam pontas de fogo. Agora lavo com elixir e chega.

- Só vai quando precisa. Caso contrário não vai?

Não.

- Acha suficiente?

Não. Devíamos ir mais vezes. Mas é o desleixo.

- Porque é que não vai?

Sei lá. Porque marcamos as consultas e esquecemos, ou a consulta demora.

- Tem medo de ir ao dentista?

Tenho medo.

- Então é o medo, a demora, o desleixo, a paciência.

É tudo junto.

- Então acha que devia ir mais vezes ao dentista?

Mas marcamos uma consulta e esquecemo-nos, e eles custam caro.

- Como é a sua alimentação? Evita algum alimento que possa fazer mal aos seus dentes, prótese?

Não. Desvio-me da carne, porque aqui é rija.

- Então tenta evitar carne dura. E, por exemplo, nozes ou amêndoas?

Como tudo.

- E frutas?

Nem tudo. Não gosto de algumas.

- E aquelas que têm grainhas?

Isso custa, por causa da prótese. Metem-se dentro da prótese.

- Mas come?

Como. Depois, se for necessário, vou à casa de banho lavar a boca.

- E costuma comer doces?

Aqui enjoei dos doces. Como poucos.

- Se come doces, lava a boca a seguir?

Não. Só se for nozes. A prótese também está boa.

-E salgados ou bebidas gasosas?

Gosto.

- E a seguir lava os dentes?

Não, porque não me sinto mal.

- E bebidas gasosas?

Aprecio pouco.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não, lavo a boca de manhã. Caso tenha algum problema na prótese, vou à casa de banho e lavo.

- Acha que era necessário ir mais vezes ao dentista. É a única coisa?

É.

- E da lavagem diária que faz, acha suficiente?

Pelo menos, acho que sim. Depois do almoço, como não me sinto mal, deixo nadar. À noite, antes de me deitar, lavo a boca.

- E à noite, tira a prótese?

Nem sempre.

- Quando tira, onde a coloca?

Num copo com água e um bocadinho de elixir.

SO29

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É importantíssima, não só pelo asseio mas também pela conservação dos dentes.

- Se não fizer a lavagem dos dentes, o que é que poderá acontecer?

Cáries, os dentes caem, infecções orais. A higiene deve ser feita. É Obrigatória.

- É importantíssima?

É. Porque, de facto, uma pessoa estar a falar com outra e sentir um hálito desagradável, para mim não é agradável. Às vezes até pode ser deficiência de saúde, mas também falta de higiene oral.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Diária.

- Em que alturas do dia?

De manhã. Vario, porque conforme uso a placa, ou seja, de manhã está tão bem posta que vou tomar o pequeno-almoço, então só lavo a seguir do pequeno-almoço. Antigamente, lavava antes do pequeno-almoço. E a seguir ao almoço também. A seguir ao jantar tenho que passar a boca por água, porque fica muita comida entre a placa e o dente. Por isso, tenho que passar a boca por água, especialmente com a carne.

- A seguir ao jantar é só com água?

Ao almoço e ao jantar, tanto faz.

- E no pequeno-almoço, lava com quê?

Não utilizo a escova porque enrija com a pasta da placa. Arranjei uma escova de unhas porque assim sai melhor e lava melhor, quando não saía com a escova pequena.

- E a seguir do almoço e do jantar?

É só bochechar com água.

- Utiliza mais alguma coisa?

Só a pasta dentífrica. Também tenho as pastilhas para pôr à noite nas placas. E às vezes, o mecânico aconselhou-me a pôr a placa em lixívia durante a noite. Para além de retirar mais facilmente a pasta da placa, era uma limpeza radical. Ou ponho a pastilha ou a lixívia.

- Tira a placa todas as noites?

Não. A não ficar, é uma vez por semana. Não faço todos os dias essa desinfecção. Sensivelmente, é uma vez por semana.

- Então, utiliza a escova, a pasta, a pastilha para desinfectar. E elixir?

Em tempos usava muito. Agora como tenho que tirar a pomada com aquela escova deixei de usar o elixir. Ainda agora gostaria de usar. Felizmente não tenho hálito na boca.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Muito poucas. Durante o ano, talvez nenhuma. Só quando tenho algum problema.

- Por exemplo, quando tem dores?

Dores não. Estou aqui há 2 anos e só bochechei com aguardente umas 2 vezes. Só vou ao dentista quando estou aflito com as placas.

- Acha suficiente?

Não. Devia ir mais vezes.

- Porquê?

A pessoa mais velha é que pode avaliar os dentes como quando era novo, que não ligava tanto como agora ou quando os dentes começaram a doer e a cair. A partir daí, é que se vai ao dentista. Até as placas, com falta de higiene, ganham aquela capa branca.

- Tártaro.

Sim. Acho que é a falta de higiene. Se se fizesse a higiene e fosse ao dentista de vez em quando, talvez isso evitasse o que se sucedesse tal como aconteceu comigo.

- Ou seja, prevenção.

Prevenir para que os dentes se conservem.

- Como é a sua alimentação?

Muito variável. Como de tudo.

- Evita algum alimento que possa fazer mal à prótese?

Não, embora saiba que, perante certas comidas tenho dificuldade em mastigar.

- Mas come?

Como na mesma.

- Por exemplo, nozes ou amêndoas?

As nozes evito, porque os granitos metem-se na placa. As amêndoas dissolvem-se por elas próprias. E figos por causa das grainhas.

- Então evita alimentos duros e que tenham grainhas.

Sim.

- E doces?

Como.

- E a seguir lava os dentes?

Não, só a seguir das refeições. Também não costumo comê-los fora das refeições. E não é sempre.

- E salgados ou bebidas gasosas?

Com as bebidas gasosas tenho tendência para a 7up, assim como a cerveja, Coca-Cola. Mas também evito porque dizem que têm aqueles químicos. Durante a refeição prefiro vinho. O café só após as refeições.

- Há pouco disse que devia ir mais vezes ao dentista. O que é que o impede de ir mais vezes?

Desleixo. Desinteressado. Como não me dói o dente, não vou ao dentista.

- Como não sente nada, não vai.

Exacto, é essa a razão. Desleixo, despreocupação.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Acho.

- O quê?

O tempo que estou a bochechar só com água, devia lavar com a escova.

- O que é que o impede de fazer isso?

Malandrice.

- Podia explicar um pouco melhor?

Desleixo.

- Porque é que se desleixa?

Por ser uma pessoa despreocupada.

SO30

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É muito.

- Porquê?

Lavo os dentes sempre a seguir às refeições, de manhã e à noite. Até tenho uma escovinha na mala para ir à casa de banho e lavar.

- Então se não fizer a lavagem, o que é que acha que poderá acontecer?

Ainda tenho 4 dentes. Pode haver uma doença na gengiva e tinha que tirar os dentes.

- Poderá levar a mais alguma consequência?

Que eu saiba, não. Talvez os alimentos não saibam tão bem se tiver a boca suja. Por isso, acho que é importante.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Pelo menos 3 vezes por dia.

- Em que alturas do dia?

Ao levantar. Ao pequeno-almoço como pão torrado. Como ficam aquelas coisinhas, lavo outra vez. Só com água e escova. Depois do almoço, se venho para o quarto, lavo como de manhã, com pasta. Se fico lá em baixo, é só com água, não ando com a pasta na mala. Depois à noite, lavo bem outra vez.

- E ao lanche?

Não lavo.

- A seguir ao jantar?

Lavo sempre.

- Lava com pasta?

Sim. Às vezes, às 23 h como qualquer coisa, só bochecho com Oral-B.

- Elixir?

Sim.

- Só utiliza elixir à noite caso coma alguma coisa?

Sim.

- E de manhã?

Costumo lavar logo bem com pasta, porque seca-me muito a boca de noite, ando sempre a beber golos de água.

- Utiliza pasta, escova e elixir à noite?

Sim.

- Utiliza mais alguma coisa?

Mais nada.

- Estava a falar numa escova. É um escovilhão?

Não, é uma escovinha pequenina igual às outras.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Um ou duas vezes. Fui à primeira há pouco tempo.

- Porque é que foi?

Como os dentes estavam a abanar, fui à médica para me pôr estes na placa. Mas disse que não, porque ainda estão bem presos.

- Acha suficiente?

Acho que na minha idade, 2 vezes por ano está bem.

- Como é a sua alimentação? Come de tudo ou evita algum alimento?

Sou má de boca. Não como pratos que devia comer, como os legumes, porque não gosto dos daqui.

- Evita algum alimento que poderá fazer mal aos seus dentes?

Não, como de tudo.

- E frutas que tenham grainhas?

Não como nada disso.

- Porquê?

Faz-me mal aos dentes. Não sou capaz de trincar.

- Ficam presas na prótese?

Sim.

- E alimentos duros?

Não como.

- Por exemplo, os bifés?

Aqui, como são duros, mando picar.

- E amêndoas ou nozes, aqueles frutos secos que são duros?

Trinco, gosto muito.

- Então o que evita é fruta que tenha grainhas e bife duro.

Pois. Como as amêndoas e nozes, mas deito fora quase no fim, para que as coisinhas pequeninas não fiquem presas. E depois sinto-me mal.

- Evita mais algum alimento? Doces?

Como, mas só de vez em quando.

- Come pouco porquê?

Faz mal aos dentes, e também porque tenho ácido úrico e colesterol, por isso faz mal.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Acho que será o suficiente.

SO31

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É de grande importância, necessária mesmo.

- Porquê?

Temos que manter o corpo limpo e são.

- Especificamente em relação à boca.

É importante não deixar estragar. Tratar do que for preciso.

- Se não fizer a higiene oral, o que é que acha que poderá acontecer?

Vai-se estragando. Começa a desgastar. Pelo tempo da nossa vida já desgasta, se não houver cuidado pior será.

- Acha que poderá levar a alguma consequência em específico?

Vai-se deteriorando, porque a porcaria nunca fez bem a ninguém.

- Poderá levar a mau hálito?

Sim.

- E mais?

Cáries, infecções, inflamações.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

Sempre após as refeições e ao deitar. A seguir do pequeno-almoço, almoço e jantar.

- E do lanche?

Também.

- A seguir do jantar?

Sim.

- E antes de ir para a cama?

Não, porque já não como mais nada.

- O que é que utiliza durante as lavagens?

Utilizo, pasta e escova.

- Utiliza mais alguma coisa?

Vulgarmente, às vezes tenho um elixir para pôr na água. Mas é raro. Não tenho tido necessidade.

- E à noite tira a prótese?

Tiro.

- Coloca onde?

Dentro de água. Às vezes não tiro. Lavo-a e durmo com ela. Normalmente não. Raramente. Esta prótese já é tão usada que nem penso nesses problemas.

- Tiras mais vez do que deixa estar?

Ultimamente nem tiro muito. Às vezes tirava. Até me esqueço que a tenho.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Só quando me dói qualquer coisa.

- Só vai se tiver dor, algum problema ou parte.

Exactamente. Tive problemas com o siso. Mas aí é que sofri.

- Acha suficiente?

Sim. Qualquer que seja, resolvem o problema.

- Como é a sua alimentação? Tenta evitar algum alimento que possa...?

Evito aqueles que não gosto. Comidas pesadas ou condimentadas. Como alimentos mais saudáveis, como frutas, legumes, saladas e sopa. Também não gosto de guisados. Fritos também não como muito.

- Evita algum alimento que possa fazer mal aos dentes?

Daquilo que como, não sinto isso.

- E alimentos duros?

Grão não como, também não me cai bem. Como mais verduras e peixe cozido.

- Evita os alimentos que não gosta?

Sim e que não fazem bem. Há pessoas que comem e que não fazem bem. Eu não. Mas também fiz uma operação à vesícula.

- E doces?

Gosto, mas também quando são muito doces, não gosto. Um bolo simples com chá.

- E nozes ou amêndoas, come ou tem dificuldade?

Não tenho dificuldade nenhuma. Até gosto, mas poucas.

- Não tem dificuldade em comer nenhum alimento?

Não. Posso é não gostar.

- E salgados ou bebidas gasosas?

Também não gosto.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Lavo os dentes, não tenho problemas.

- Acha que faz o suficiente?

Acho. Podia pôr elixir. Mas como lavo os dentes, fica bem.

- Acha que devia utilizar o elixir mais vezes?

Seria bom que me lembrasse depois de lavar os dentes, bochechar com elixir.

- O que é que a impede de fazer isso?

Como já estou lavada, já não ligo. Já não é importante.

- Mas quando é necessário, utiliza o elixir?

Tenho que utilizar.

SO32

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É lavar os dentes bem. Se houver placa, lavar bem a placa.

- Em que medida é importante essa lavagem?

Quando se levanta, após as refeições e à noite.

- É importante?

Acho que é. Sempre.

- Porquê?

Para ficarmos com uma higiene oral perfeita.

- Se não fizer essa higiene, o que é que acha que poderá acontecer?

Pode ficar com mau hálito.

- Para além do mau hálito, acha que poderá levar a mais consequências?

Não sei. Se vou almoçar, não vou levar a escova para lavar os dentes. Lavo em casa.

- Então acha que a principal consequência é o mau hálito?

Sim. Mau hálito para as outras pessoas e mau sabor para nós.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

De manhã ao levantar, depois do almoço e depois do jantar. Venho para cima do jantar, descanso um pouco, como uma bolacha, tiro a placa, lavo-a muito bem, lavo os meus dentes muito bem e coloco a placa numa caixinha.

- Põe a placa num copo com água?

Não. Muitas vezes ponho para limpar. Mas no geral, lavo com escova e ponho numa caixa. No outro dia, lavo os dentes, ponho um bocado de cola, Polident, e coloco a placa.

- Que instrumentos utiliza quando lava os dentes?

Uma escova, pasta e às vezes uso Oratol.

- Um elixir para bochechar?

Sim.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Não sei. No ano passado tive lá 3 vezes. Quando é preciso.

- Vai ao dentista quando é necessário?

Quando é necessário, sim. Caso não seja, não vou.

- Em que alturas é necessário?

Quando me dói o dente. Ou outro problema qualquer.

- Acha suficiente?

Acho que sim. Quando as crianças são pequenas é que temos de ir ao dentista de vez em quando e até nós. Mas depois de velhas, acho que já não é preciso. Só quando há qualquer problema.

- Como é a sua alimentação? Evita algum alimento que possa fazer mal aos dentes?

Não parto nada com os dentes, porque não consigo. Mas como de tudo.

- E alimentos duros, como amêndoas?

Não. Por enquanto, ainda tenho dentes para comer essas coisas todas. Quando não tiver, não como.

- Não evita nenhum alimento por causa disso?

Não, nem torradas.

- E doces?

Queria comer mais, mas não posso porque engordo.

- Esse é problema principal, e não os dentes?

Não.

- E salgados ou bebidas gasosas?

Não gosto. Ao almoço bebo vinho e ao jantar bebo água. Não gosto de sumos.

- E salgados?

Não como.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Não. Ia lavar os dentes durante a noite?

- Acha que faz o suficiente?

Acho que faço o que é devido. Não posso fazer mais.

SO33

- Para si, qual a importância da higiene oral?

É indispensável.

- Se não fizer a lavagem dos dentes, o que é que acha que poderão ser as consequências?

Dá origem às cáries.

- E mau hálito?

Também.

- Então acha que é importante?

Acho que sim.

- Com que frequência realiza a sua higiene oral?

3 vezes por dia.

- Em que alturas do dia?

De manhã, a seguir do almoço e do jantar.

- A seguir do pequeno-almoço ou logo que acorda?

Logo que acordo.

- E faz a seguir do pequeno-almoço?

Só limpeza com a escova e água.

- E a seguir do almoço?

Escova e pasta.

- E do jantar?

Também.

- Utiliza mais alguma coisa?

Utilizo para a placa.

- Utiliza um produto para limpar a prótese?

Umas pastilhas.

- Faz isso com que frequência?

2 vezes por mês.

- Tira a prótese de noite?

Não.

- Então utiliza pasta, escova e pastilhas para a prótese. Utiliza mais alguma coisa?

Só se tiver a boca inflamada.

- O que é que utiliza nessa altura?

É um líquido para desinfetar a boca.

- Num ano, quantas vezes visita o dentista?

Só quando tenho algum problema.

- Por exemplo, que tipo de problema?

Se parto a placa.

- E dores?

Não. Mas se como uma amêndoa e parto a placa, tenho de ir arranjà-la.

- Acha suficiente?

Acho. Pelo menos tem sido.

- Como é a sua alimentação? Evita algum alimento que possa fazer mal à prótese?

Como de tudo.

- Estava a falar das amêndoas.

Só como na Páscoa.

- Por exemplo, nozes?

Parto com o quebra-nozes.

- Evita mais algum alimento duro?

Não.

- E doces?

Não evito, mas também não como muitos.

- E a seguir de comer, lava os dentes?

Lavo só nas vezes que já disse. Não ando sempre a lavar os dentes.

- E bifes duros?

Não como.

- Então evita alimentos duros que tem mais dificuldade em mastigar?

Sim ou só se não gosto.

- Dos comportamentos de higiene oral que faz, acha que poderia fazer mais?

Acho que não.

- Faz o suficiente?
Conhece mais algum?