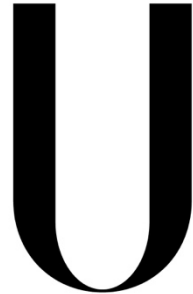


Universidade de Lisboa  
Faculdade de Medicina Dentária



**LISBOA**

---

UNIVERSIDADE  
DE LISBOA

**Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral  
na População de 18 anos da Região de Lisboa e  
Vale do Tejo**

**Joana Ferreira da Costa**

Orientadores:  
Professora Doutora Sónia Mendes  
Professor Doutor Mário Bernardo

Dissertação  
Mestrado Integrado em Medicina Dentária  
2019



*“Dificuldades preparam pessoas comuns  
para destinos extraordinários”*

C.S Lewis

# Agradecimentos

Este trabalho representa o culminar de uma etapa árdua e difícil mas muito prazerosa. Ao longo destes cinco anos de curso, tive o prazer de conhecer pessoas incríveis que muito contribuíram para o meu enriquecimento quer a nível pessoal quer profissional, e que sem o seu apoio a realização deste trabalho não teria sido possível, quero por isso deixar o meu sincero agradecimento:

À Professora Doutora Sónia Mendes, Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária, que sempre se demonstrou disponível para qualquer dúvida que eu tivesse na realização desta dissertação, apoiando e incentivando cada fase da elaboração deste trabalho.

Ao Professor Doutor Mário Bernardo, pela sua orientação científica, pela sua pronta disponibilidade na revisão desta dissertação e pelo seu incentivo.

À DGS, pela gentileza e prontidão na cedência dos dados para a realização desta dissertação.

Às minhas amigas desta faculdade Sónia, Rita e Diana por todos os momentos vividos, pelos incentivos para continuar e não desistir.

Aos meus amigos de longa data Marta, Carina e Rui, por estarem presentes em todas as etapas da minha vida, e por me fazerem distanciar um pouco do trabalho árduo da faculdade e vivenciar experiências ótimas.

Ao meu amigo Renato, pelas ótimas experiências vividas, por me ajudar a esquecer-me dos livros e pelas suas sábias palavras que me ajudam a continuar o meu percurso profissional e académico.

Aos meus pais, fundamentais para a concretização e conclusão deste curso, por sempre me terem apoiado e encorajado nos momentos mais difíceis, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida e não me deixarem desamparada.



# Resumo

Os objetivos deste estudo foram: a) relacionar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral com o estado real de saúde oral e os comportamentos relacionados com a saúde oral ; b) relacionar a autopercepção do estado de saúde oral com o estado real de saúde oral e com os comportamentos relacionados com a saúde oral.

Foi utilizada informação previamente recolhida do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, realizado em 2013. A amostra foi constituída por 157 indivíduos com 18 anos de idade pertencentes à região de Lisboa e Vale do Tejo. A recolha dos dados foi realizada através de um questionário, que recolheu informações acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral e acerca da autopercepção da saúde oral; e através de uma observação intraoral, que registou informação sobre a cárie dentária (ICDAS II) e a presença de hemorragia gengival (IPC modificado). Foi realizada a análise descritiva dos dados e utilizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis ( $p=0,05$ ).

A prevalência de cárie foi de 54,8%, sendo a média do  $C_{5-6}POD$  de 1,96 ( $dp=2,88$ ). A maioria dos participantes apresentaram comportamentos de saúde oral adequados, com 79% a referir escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia. No que se refere à qualidade de vida relacionada com a saúde oral, esta demonstrou ser pior no sexo feminino, em indivíduos com presença de cárie, com um nível de escolaridade mais baixo, que não visitavam o profissional de saúde oral e que tinham presença de hemorragia gengival. Demonstrou-se uma melhor autopercepção da saúde oral para os indivíduos que escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, cujas mães tinham um nível de escolaridade superior, que nunca fumaram, sem presença de cárie e sem hemorragia gengival.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, saúde oral, adolescentes, higiene oral, cárie dentária

# Abstract

The objectives of this study were: a) to relate the oral health related quality of life to with the actual state of oral health and behaviors associated with oral health; b) to relate the self-perception of oral health status to the actual oral health status and oral health related behaviors.

Previously collected information from the 2013 *III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais* was used. The sample consisted of 157 individuals with 18 years of age from the region of *Lisboa e Vale do Tejo*. The data were collected through a questionnaire, which collected information about oral health related quality of life and self-perception of oral health; and through an intraoral observation, which recorded information on dental caries (ICDAS II) and the presence of gingival bleeding (modified CPI). A descriptive data analysis was performed, and the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used ( $p=0.05$ ).

The prevalence of caries was 54.8%, with a  $C_{5-6}POD$  mean of 1.96 ( $dp=2.88$ ). Most of the participants presented adequate oral health behaviors, with 79% brushing their teeth at least twice a day. Regarding oral health related quality of life, it was found to be worse in the female gender, in individuals with caries, with a lower educational level, who did not visit the oral health professional and who had presence of gingival bleeding. Better self-perception of oral health was demonstrated for individuals who brush their teeth at least twice a day, whose mothers had a higher level of education, who never smoked, had no caries, and no gum bleeding.

**Key words:** quality of life, oral health, adolescents, oral hygiene, dental caries

# Índice

ABREVIATURAS.....	XII
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. RELAÇÃO ENTRE A SAÚDE GERAL E A SAÚDE ORAL.....	1
2. A SAÚDE ORAL NOS ADOLESCENTES.....	2
3. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL.....	4
4. AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL.....	6
II. FINALIDADE E OBJETIVOS.....	7
III. MATERIAIS E MÉTODOS.....	8
1. POPULAÇÃO-ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO.....	8
2. ORIGEM E PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DOS DADOS UTILIZADOS.....	8
2.1. <i>Recolha dos dados do questionário</i> .....	8
2.2. <i>Recolha dos dados da observação intraoral</i> .....	9
3. DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	10
4. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.....	11
5. ASPETOS ÉTICOS.....	11
IV. RESULTADOS.....	12
1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA.....	12
2. CARACTERIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS RELACIONADOS COM A SAÚDE ORAL.....	12
3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ORAL.....	12
4. AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ORAL.....	13
5. QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL.....	13
6. FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE ORAL.....	14
7. FATORES ASSOCIADOS À AUTOPERCEÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE ORAL.....	23
V. DISCUSSÃO.....	24
VI. CONCLUSÕES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

## Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Autopercepção do estado de saúde oral.....	13
---	----

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1:</b> Variáveis do Estudo.....	10
<b>Tabela 2:</b> Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.....	12
<b>Tabela 3:</b> Distribuição da amostra segundo os comportamentos relacionados com a saúde oral.....	13
<b>Tabela 4:</b> Distribuição da amostra segundo as questões sobre a “Qualidade de vida relacionada com a saúde oral”.....	14
<b>Tabela 5:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QV1).....	15
<b>Tabela 6:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QV2).....	16
<b>Tabela 7:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QV3).....	17
<b>Tabela 8:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionda com a saúde oral (QV4).....	18
<b>Tabela 9:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QV5).....	19
<b>Tabela 10:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QV6).....	20
<b>Tabela 11:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QV7).....	21
<b>Tabela 12:</b> Fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde ora (QV8).....	22
<b>Tabela 13:</b> Fatores associados à autopercepção do estado de saúde oral.....	23



# Abreviaturas

<b>CPOD</b>	Dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>FDI</b>	Federação Dentária Internacional
<b>ICDAS II</b>	International Caries Detection and Assessment System
<b>III ENPDO</b>	III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais
<b>IPC</b>	Índice Periodontal Comunitário
<b>OHIP</b>	<i>Oral Health Impact Profile</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>QdV</b>	Qualidade de Vida
<b>QdVRSO</b>	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral



# I. Introdução

A saúde foi durante muito tempo definida através de termos negativos, denominando-se saúde “a ausência de doenças e deficiências”, no entanto não se deve definir a saúde como a mera ausência de doença.<sup>(1)</sup> Na sequência desta mudança de paradigma, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, definiu saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou enfermidades”.<sup>(2)</sup>

Buss, no ano 2000, referiu a saúde como um estado não estático, biologicamente definido, mas sim um estado dinâmico e socialmente produzido.<sup>(3)</sup> De acordo com as definições mais recentes, a saúde é vista como algo que pode ser promovido, alcançado e aperfeiçoado, a partir de um diálogo entre o paciente e o cuidador.<sup>(4)</sup> Assim, a saúde é considerada um construto multifatorial cujos determinantes incluem não só a idade, o sexo, os fatores hereditários, o estilo de vida, mas também as influências sociais e comunitárias, as condições de habitação e trabalho, bem como as condições socioeconómicas, culturais e ambientais.<sup>(5)</sup> É, por esta razão, um conceito sociológico e psicológico, que se aplica às pessoas e às populações, e não deve ser avaliada apenas por indicadores somáticos, mas deve incluir também indicadores do estado físico e psicológico e da forma de como as pessoas se relacionam entre si nas suas rotinas diárias.<sup>(6)</sup> Este conceito abrangente leva ao desenvolvimento de métodos de medição das percepções, dos sentimentos e dos comportamentos na avaliação da saúde individual e das populações.<sup>(7)</sup>

## 1. Relação entre a Saúde Geral e a Saúde Oral

Nenhum indivíduo pode ser considerado completamente saudável se tiver qualquer doença presente na boca, pois a saúde oral é considerada uma parte integrante da saúde geral. Este é um princípio fundamental que comanda os esforços da medicina dentária moderna na prevenção das doenças orais.<sup>(8)</sup> A saúde oral é definida pela OMS, como sendo a ausência de dor crónica facial e na boca, de cancro oral e da garganta, de feridas orais e de distúrbios que limitem a capacidade do indivíduo de morder, mastigar, sorrir, falar, bem de como o seu bem-estar psicossocial.<sup>(9)</sup> Em 2016, a Federação Dentária

Internacional (FDI) apresenta uma definição de saúde oral mais atual e completa, na qual a saúde oral é vista como parte fundamental da saúde geral e do bem-estar físico e mental, refletindo os atributos psicológicos e sociais que são essenciais à qualidade de vida, de acordo com a qual esta “é multifacetada e inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e de transmitir um sem número de emoções através de expressões faciais com confiança e sem dor, nem desconforto, bem como sem doenças do complexo craniofacial”.<sup>(10)</sup>

Tal como evidenciado nas definições mais contemporâneas da saúde, a saúde oral não pode ser considerada uma entidade independente da saúde geral, não sendo por isso um indivíduo considerado saudável se não tiver saúde oral. Os efeitos das doenças orais para o organismo não são limitados à cavidade oral. As doenças orais podem atuar como focos de disseminação de microrganismos patogénicos, desta forma o impacto das doenças orais na saúde geral evidencia a importância do atendimento integral dos pacientes na consulta de medicina dentária.<sup>(7)</sup> As doenças dentárias têm assim um impacto significativo na saúde em geral, uma vez que contribuem para a diminuição das funções biológicas (mastigação) e sociais (falar, sorrir, comunicar), interferindo também nas relações sociais quotidianas. A cavidade oral tem, portanto, uma grande influência na qualidade de vida dos indivíduos, tanto a nível biológico, como também a nível psicológico e social, através da função, autoestima, autoexpressão, comunicação e estética facial.<sup>(11)</sup>

## **2. A saúde oral nos adolescentes**

O período da adolescência é definido como a fase de transição entre a infância e a idade adulta, compreendendo um período que vai desde os 10 anos de idade aos 19 anos, segundo a OMS.<sup>(12)</sup>

As doenças orais mais frequentes na adolescência são a cárie dentária e a doença periodontal.<sup>(13)</sup> Pela sua elevada prevalência, as doenças orais são consideradas um dos principais problemas de saúde da população juvenil. No entanto, se as doenças orais forem adequadamente prevenidas e precocemente tratadas, ocorre uma melhoria da saúde e uma redução dos custos envolvidos no seu tratamento.<sup>(14)</sup>

A cárie dentária é considerada um dos maiores problemas de saúde pública, afetando a maior parte dos países industrializados, cerca de 60-90% das crianças em idade escolar e a grande maioria dos adultos.<sup>(8)</sup> Apesar de ter uma baixa gravidade do ponto de vista de perigo de vida, a cárie é uma doença que pode debilitar o indivíduo, uma vez que vai ter implicações na função mastigatória, na fonética e noutras funções orais. Pode também provocar dor e levar a complicações sistémicas.<sup>(15)</sup> Para a sua prevenção é importante a implementação precoce de comportamentos saudáveis, tais como, a escovagem bidária com pasta fluoretada, a utilização do fio dentário, a realização de uma dieta variada, equilibrada e pobre em alimentos com elevado teor de açúcar. É também importante a consulta regular a um profissional de saúde oral, de modo a ser avaliado o risco individual de cárie dentária e o aconselhamento profissional de medidas preventivas.<sup>(16)</sup>

Para a análise comparativa da prevalência de cárie, a OMS recomenda a realização de estudos epidemiológicos frequentes com a utilização do índice CPO (Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados).<sup>(17)</sup> Seguindo estas recomendações, em Portugal têm sido realizados estudos epidemiológicos periódicos com o objetivo de monitorizar os principais indicadores de saúde oral, comparando-os ao longo do tempo, de modo a implementar medidas de promoção de saúde oral. O primeiro estudo da responsabilidade da Direção-Geral da Saúde (DGS) foi realizado em 2000, denominando-se “Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada”, seguiu-se o “Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais”, realizado em 2005 e publicado em 2008 e, mais recentemente, em 2013, o “III Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Orais”, publicado em 2015. Este último foi o primeiro a englobar a idade dos 18 anos, pois nos restantes apenas se recolheram dados aos 6, 12 e 15 anos de idade.<sup>(13,18,19)</sup>

Fazendo uma análise comparativa dos três estudos da DGS, verifica-se que ao longo do tempo houve uma redução do índice de CPOD aos 12 anos. No ano 2000 era de 2,95, passando para 1,48 em 2005 e, finalmente, para 1,18 no estudo de 2013. Neste último estudo, os indivíduos de 18 anos apresentavam um CPOD de 2,51.<sup>(13,18,19)</sup>

Outra doença oral muito comum é a doença periodontal, sendo a forma mais comum desta doença, nos adolescentes, a gengivite. A gengivite é uma forma reversível da doença periodontal, que afeta a gengiva e é caracterizada pela presença de uma coloração avermelhada e aspecto edemaciado das gengivas, não havendo perda do tecido de suporte

do dente.<sup>(20)</sup> O principal fator etiológico da gengivite é o biofilme dentário. Sabe-se ainda que a presença de certas espécies bacterianas, como o *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, refletem diretamente a condição periodontal e a participação destes microrganismos favorece a instalação e progressão da doença periodontal.<sup>(21)</sup> As medidas associadas à prevenção da gengivite são direcionadas para o controlo do biofilme dentário, de forma a possibilitar a sua desorganização, uma vez que este é o principal fator etiológico desta doença. Deste modo, é importante o controlo mecânico do biofilme através da escovagem bidirária, em associação de um método de higiene interdentário, podendo ainda associar-se à remoção mecânica um método químico como coadjuvante para ajudar no controlo da placa bacteriana.<sup>(22)</sup>

Para avaliar a condição periodontal das populações em estudos epidemiológicos a OMS preconiza a utilização do Índice Periodontal Comunitário (IPC), este índice contempla três indicadores da condição periodontal: a presença de hemorragia gengival, presença de cálculo e bolsas periodontais.<sup>(23)</sup> Em Portugal, os estudos nacionais, já referidos anteriormente, têm utilizado este índice aplicando apenas o componente da hemorragia gengival, tendo-se verificado um aumento da percentagem de jovens com gengivas saudáveis. Aos 12 anos de idade a percentagem de indivíduos com gengivas saudáveis progrediu de 29%, em 2005, para 51,7%, em 2013. Aos 18 anos, em 2013, a percentagem de indivíduos sem hemorragia gengival correspondia a 41,8%.<sup>(13,19)</sup>

### 3. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

O termo Qualidade de Vida (QdV), remonta ao período após a II Guerra Mundial, tendo surgido associado à economia dos países desenvolvidos. Bech em 1993, considerou a QdV um conceito político, dado ter sido introduzido pelo presidente americano Lyndon B. Johnson, em 1964, durante um discurso realizado num evento político: *“Goals cannot be measured in the size of our bank balance. They can be measured in the quality of the lives that our people lead”*.<sup>(24)</sup> A QdV deve ser percebida como um objetivo social relevante, refletindo-se nos estudos epidemiológicos, nos ensaios clínicos e estudos da economia da saúde e não só como um objetivo individual.<sup>(25)</sup> Desta forma a OMS, define QdV 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 aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.<sup>(26)</sup>

A qualidade de vida dos indivíduos está fortemente influenciada pela sua condição de saúde, inclusive a saúde oral. Esta pode estar afetada por doenças dentárias, ósseas e dos tecidos moles; por traumatismos oro-dentários; por anomalias de desenvolvimento da região oral; por quistos odontogénicos; por tumores benignos ou neoplasias malignas da cabeça e do pescoço, entre outras. Estas condições podem induzir restrições físicas e psicológicas e podem influenciar a alimentação, a fala, a locomoção, o convívio social e a autoestima.<sup>(7,27,28)</sup>

Pode definir-se Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde oral (QdVRSO) como “a percepção do grau de satisfação que uma pessoa tem em relação à cavidade oral, em função da atividade quotidiana, tendo em conta as circunstâncias passadas e presentes, as suas implicações no cuidado, as suas expectativas, os seus paradigmas e, provavelmente, o sistema de valores que o seu sistema sociocultural lhe transmite”.<sup>(29)</sup>

Um dos indicadores internacionalmente mais utilizados para avaliar a QdVRSO é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (*Oral Health Impact Profile – OHIP*).<sup>(30)</sup> Trata-se de um instrumento que mede a percepção das pessoas acerca do efeito que as doenças orais têm sobre o seu bem-estar e nas atividades do quotidiano. Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas e permite a autopercepção das consequências inerentes às condições orais. Existe uma versão mais curta deste instrumento, também validada, o OHIP-14<sup>(30)</sup>, que inclui 14 questões em vez das 49 da versão original. Este instrumento baseia-se no “*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*” (ICIDH) desenvolvido pela OMS em 1980 e adaptado para a saúde oral por Locker. Permite, numa única aplicação, recolher informações relativas à gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos da saúde oral na QdVRSO.<sup>(31)</sup> O OHIP-14 é constituído por 14 questões divididas em 7 dimensões que incluem: a limitação funcional, o desconforto físico, o desconforto psicológico, a incapacidades física, a incapacidades psicológica, a incapacidade social e dificuldades.<sup>(30)</sup>

#### **4. Autoperceção da Saúde Oral**

A autoperceção da saúde é a interpretação que a pessoa faz acerca das suas experiências de saúde no seu dia-a-dia, sendo um conceito multidimensional.<sup>(32)</sup> Este conceito também pode ser aplicado à saúde oral. Assim, a autoperceção da saúde oral está relacionada com aspetos físicos e subjetivos referentes à cavidade oral, sendo também um conceito com carácter multidimensional e podendo ser influenciada por fatores sociais, económicos, sexo, idade e classe social.<sup>(32)</sup>

A autoperceção da saúde oral é uma variável normalmente obtida questionando o indivíduo como este classifica a sua saúde oral nos últimos dias, dando como opção de resposta cinco classificações, variando desde muito mau, mau, razoável, bom e muito bom.<sup>(33)</sup>

Estando a QdV relacionada com a saúde oral, é interessante também verificar de que forma esta se relaciona com a autoperceção da saúde oral, e de que modo a autoperceção da saúde oral está relacionada com o seu estado de saúde oral real.

## **II. Finalidade e Objetivos**

Este trabalho tem como finalidade estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) em jovens de 18 anos residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo, bem como os seus principais determinantes.

Os seus objetivos específicos são:

- Relacionar a QdVRSO com o estado real de saúde oral (cárie dentária e doença periodontal) e com comportamentos relacionados com a saúde oral (tabagismo, escovagem dos dentes e visita ao profissional de saúde);
- Relacionar a autoperceção do estado de saúde oral com o estado real de saúde oral (cárie dentária e doença periodontal) e com os comportamentos relacionados com a saúde oral (tabagismo, escovagem dos dentes e visita ao profissional de saúde).

## III. Materiais e Métodos

Para atingir os objetivos propostos, foi utilizada informação previamente recolhida no III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (III ENPDO).<sup>(19)</sup> Os dados foram cedidos pela Direção-Geral da Saúde, após apresentação do protocolo resumido do presente trabalho. De seguida serão descritos a metodologia e os principais procedimentos do III ENPDO, bem como as variáveis utilizadas no presente trabalho e a análise estatística realizada.

### 1. População-alvo e amostra do estudo

O III ENPDO incluiu uma amostra representativa dos jovens portugueses de 18 anos de idade. No presente trabalho foram utilizados os dados referentes a 157 indivíduos de 18 anos residentes na Região de Lisboa e Vale do Tejo, selecionados de entre os que, durante o ano de 2013, se dirigiram às bases militares da referida região (Alfente, Queluz, Monte Real e Santa Margarida) no âmbito do dia da defesa nacional.

### 2. Origem e procedimentos de recolha dos dados utilizados

No âmbito do III ENPDO, para a recolha de dados foi utilizado um questionário e realizada uma observação intraoral. Todos os dados recolhidos foram, sempre que possível, registados diretamente numa plataforma informática criada para o efeito. As equipas de campo eram constituídas por higienistas orais que registavam os dados do questionário e por médicos dentistas, que funcionavam em duplas, realizando um a observação intraoral e o outro a anotação do registo dentário. Todos os elementos das equipas de campo foram previamente treinados e calibrados.

#### 2.1. Recolha dos dados do questionário

O questionário aplicado recolheu informação sobre os dados sociodemográficos, sobre os comportamentos relacionados com a saúde oral, sobre a percepção do estado de saúde oral e sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Os dados sociodemográficos constantes no questionário foram: o sexo, a área de residência, o nível de escolaridade do próprio, o nível de escolaridade da mãe. Os

comportamentos de saúde oral recolhidos no questionário e utilizados neste trabalho foram: a frequência de escovagem, visita ao profissional de saúde oral, a realização da última consulta de saúde oral e os hábitos tabágicos. O questionário incluiu também uma questão sobre a autopercepção da saúde oral e oito questões relacionadas com a QdVRSO retiradas do OHIP-14<sup>(30)</sup>, sendo que uma delas foi adaptada à realidade dos adolescentes. Estas oito questões utilizadas abordam cinco das sete dimensões do OHIP-14: funcional, desconforto físico, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social. A composição do questionário será descrita mais pormenorizadamente adiante, na Tabela 1, onde são também descritas todas as variáveis utilizadas no estudo.

### 2.2. Recolha dos dados da observação intraoral

A observação intraoral permitiu recolher informação sobre o estado de saúde oral dos indivíduos, nomeadamente a cárie dentária e a hemorragia gengival. Para o diagnóstico e deteção da cárie dentária foram utilizados os critérios do *International Caries Detection and Assessment System II* (ICDAS-II).<sup>(34)</sup>

Para o cálculo da prevalência e gravidade de cárie foi utilizado o índice CPOD, obtido a partir dos critérios do ICDAS II. Este índice consiste no somatório do número de dentes cariados, perdidos e obturados por cárie, podendo assumir um valor de 0 a 32.<sup>(35)</sup> No III ENPDO, visto tratar-se de indivíduos com 18 anos, não foram considerados os terceiros molares para o cálculo do CPOD.

Embora a aplicação dos critérios ICDAS permita o diagnóstico de lesões iniciais para o estudo da qualidade de vida, estas lesões podem não ter grande impacto nas atividades quotidianas dos indivíduos. Por outro lado, a DGS decidiu, para efeitos de comparação com outros estudos, a linha de corte entre o código 4 e 5, embora esta decisão seja controversa. Assim, neste trabalho, para o cálculo da prevalência e gravidade de cárie, foram apenas considerados os valores 5 e 6 dos códigos de cárie do ICDAS II. O cálculo do C<sub>5-6</sub>POD (gravidade) incluiu os dentes com lesão de cárie atingindo claramente a dentina (códigos 5 e 6 do ICDAS II), dentes perdidos e dentes obturados. O cálculo da prevalência de cárie foi obtido através da percentagem de indivíduos que apresentavam um C<sub>5-6</sub>POD>0.

Para avaliar a presença ou ausência de hemorragia (saúde periodontal), foi utilizado o IPC.(17) Não foi realizada a medição de bolsas por a sua prevalência ser muito baixa em indivíduos de 18 anos.<sup>(36,37)</sup>

### 3. Descrição das variáveis

As variáveis utilizadas no presente trabalho encontram-se descritas na Tabela 1.

<b>Tabela 1: Variáveis do Estudo.</b>			
<b>Grupo</b>	<b>Designação</b>	<b>Descrição e categorias</b>	<b>Tipo</b>
<b>Caracterização geral da amostra</b>	Sexo	Feminino ou Masculino	Nominal
	Área de residência	Predominantemente urbana; Medianamente urbana; Predominantemente rural.	Nominal
	Nível de escolaridade	Básico (até ao 9ºano); Secundário (entre 10º e 12º ano).	Ordinal
	Nível de escolaridade da mãe	Nunca foi à escola; Básico (até ao 9º ano); Secundário (entre 10º e 12º ano); Ensino superior.	Ordinal
<b>Comportamentos relacionados com a saúde oral</b>	Frequência de escovagem dos dentes	Menos de 1 vez ao dia; 1 vez ao dia; 2 vezes ou mais ao dia.	Ordinal
	Escovagem bidiária dos dentes	Não; Sim	Nominal
	Consulta ao profissional de saúde oral	Não; Sim	Nominal
	Última consulta de saúde oral	Menos de 1 ano; Mais de 1 ano e menos de 2; 2 a 5 anos; Mais de 5 anos	Ordinal
	Hábitos Tabágicos	Não fuma; Não fuma mas já fumou; Fuma	Nominal
<b>Estado de saúde oral</b>	Presença de Hemorragia	Hemorragia em pelo menos um dos dentes índice: Não; Sim	Nominal
	Presença de Cárie	C <sub>5-6</sub> POD>0: Não; Sim	Nominal
<b>Autoperceção</b>	Autoperceção do estado de saúde oral	Mau, Razoável; Bom; Muito Bom	Ordinal
<b>Qualidade de vida relacionada com a saúde oral</b>	QV1: Nos últimos 12 meses teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes? (Desconforto físico)	Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes	Ordinal
	QV2: Nos últimos 12 meses teve dificuldade em mastigar ou cortar comida devido a problemas na boca ou nos dentes? (Funcional)	Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes	Ordinal
	QV3: Nos últimos 12 meses teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca? (Desconforto físico)	Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes	Ordinal
	QV4: Nos últimos 12 meses sentiu-se tenso por causa de problemas na boca ou nos dentes (Desconforto psicológico)	Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes	Ordinal
	QV5: Nos últimos 12 meses sentiu-se embaraçado por causa da aparência dos seus dentes ou próteses? (Incapacidade psicológica)	Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes	Ordinal
	QV6: Nos últimos 12 meses evitou conversar por causa da aparência dos seus dentes ou prótese? (Incapacidade social)	Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes	Ordinal
	QV7: Nos últimos 12 meses reduziu a sua participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes? (Incapacidade social)	Nunca; Raramente; Às vezes; Muitas vezes	Ordinal
	QV8: Teve dificuldades em estudar ou fazer os TPC devido a problemas na boca ou nos dentes? (Incapacidade social)	Nunca; Raramente; Às vezes	Ordinal

#### **4. Tratamento e análise estatística dos dados**

Para a análise dos dados foi utilizado o software informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS*, versão 25 (IBM corp., 2017). Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis, sendo calculadas as frequências absolutas e relativas. No caso das variáveis de razão, foi também calculada a média, mediana, moda, o desvio-padrão, o valor máximo e mínimo. A normalidade foi testada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na estatística inferencial foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, com um nível de significância de 0,05.

#### **5. Aspetos Éticos**

Foi obtida autorização por parte da Direção-Geral da Saúde para a utilização dos dados do III ENPDO. A participação dos indivíduos no estudo foi voluntária e foi garantida a confidencialidade dos dados.

## IV. Resultados

### 1. Caracterização geral da amostra

A amostra foi constituída por 157 indivíduos de 18 anos de idade. A distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas é apresentada na Tabela 2.

<b>Tabela 2: Distribuição da amostra segundo as variáveis sociodemográficas.</b>		
	%	n
<b>Sexo (n=157)</b>		
Feminino	57,3	90
Masculino	42,7	67
<b>Área de residência (n=157)</b>		
Predominantemente urbana	83,4	131
Mediamente urbana	11,5	18
Predominantemente rural	5,1	8
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>		
Básico (até ao 9ºano)	22,1	34
Secundário (entre 10º e 12º ano)	77,9	120
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>		
Sem escolaridade ou Básico (até ao 9º ano)	37,5	54
Secundário (entre 10º e 12º ano)	36,1	52
Ensino Superior	26,4	38

### 2. Caracterização dos comportamentos relacionados com a saúde oral

Na Tabela 3 apresenta-se a distribuição da amostra relativamente aos comportamentos relacionados com a saúde oral. A grande maioria dos participantes efetuava a escovagem dos dentes duas ou mais vezes ao dia (79,0%); realizava consultas regulares ao médico dentista (96,8%) e referiu ter realizado a última consulta ao profissional de saúde oral há menos de um ano (64,9%). Relativamente aos hábitos tabágicos, apenas 42,9% dos participantes afirmou nunca ter fumado.

### 3. Caracterização do estado de saúde oral

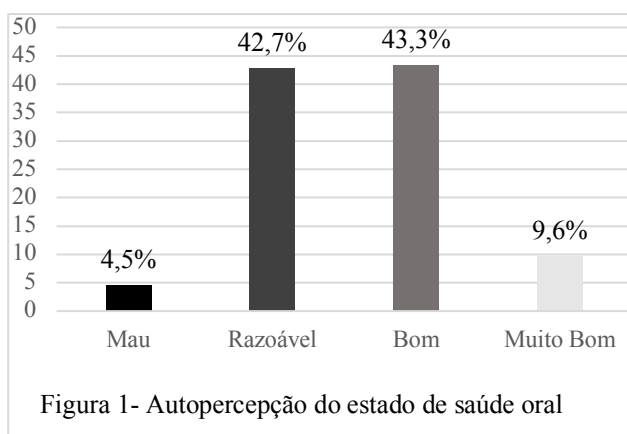
A prevalência de cárie foi de 54,8% e a média do C<sub>5-6</sub>POD foi de 1,96 (dp=2,888), sendo a mediana “1” e a moda “0”. O valor mínimo foi de “0” e máximo de “19”.

Relativamente à saúde periodontal, o valor médio do IPC foi de 0,13 (dp=0,258), sendo a mediana “0” e a moda “0”. Apenas 29,3% (n=46) da amostra apresentou hemorragia em pelo menos um dente.

**Tabela 3:** Distribuição da amostra segundo os comportamentos relacionados com a saúde oral.

	%	n
<b>Frequência de escovagem dos dentes (n=157)</b>		
Menos de 1 vez por dia	1,9	3
Uma vez por dia	19,1	30
Duas ou mais vezes ao dia	79,0	124
<b>Consulta ao profissional de saúde oral (n=157)</b>		
Não	3,2	5
Sim	96,8	152
<b>Última consulta de saúde oral (n=151)</b>		
Menos de um ano	65,0	98
Mais de um ano e menos de dois	22,5	34
Entre dois a cinco anos	7,9	12
Mais de cinco anos	4,6	7
<b>Hábitos Tabágicos (n=156)</b>		
Não fuma	43,0	67
Não fuma, mas já fumou	20,5	32
Fuma	36,5	57

#### 4. Autopercepção do estado de saúde oral



A grande maioria dos participantes considerou o seu estado de saúde da sua saúde oral “razoável” (42,7%) ou “bom” (43,3%) (Figura 1).

#### 5. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A distribuição das respostas às questões relacionadas com a QdVRSO é apresentada na Tabela 4. Pode verificar-se que, de um modo geral, os resultados foram bastante positivos,

pois a maioria dos indivíduos responde “nunca” às questões de QdVRSO. A questão na qual se verificaram piores resultados foi a QV3 “Nos últimos 12 meses teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca”, revelando um maior impacto da dimensão do desconforto físico nesta população.

**Tabela 4:** Distribuição da amostra segundo as questões sobre a "Qualidade de vida relacionada com a saúde oral".

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
QV1	64,3% (101)	13,4% (21)	18,5% (29)	3,8% (6)
QV2	68,2% (107)	14,0% (22)	15,3% (24)	2,5% (4)
QV3	38,5% (60)	28,8% (45)	27,6% (43)	5,1% (8)
QV4	77,1% (121)	14,0% (22)	6,4% (10)	2,5% (4)
QV5	81,5% (128)	7,0% (11)	8,3% (13)	3,2% (5)
QV6	96,8% (152)	2,5% (4)	0,6% (1)	0,0% (0)
QV7	97,5% (153)	1,9% (3)	0,6% (1)	0,0% (0)
QV8	91,1% (143)	3,2% (5)	5,7% (9)	0,0% (0)

Nota: O significado das siglas "QV1" a "QV8" encontra-se na Tabela 1

## 6. Fatores associados à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral

Nas Tabelas 5 a 12 apresentam-se os fatores associados a cada uma das questões relacionadas com a QdVRSO.

Na Tabela 5 pode verificar-se que os indivíduos do sexo feminino ( $p=0,025$ ), com um nível de escolaridade básico ( $p=0,047$ ) e com presença de cárie ( $p=0,018$ ) referiram com mais frequência, nos últimos 12 meses, dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes.

**Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população de 18 anos da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

*Joana Ferreira da Costa*

**Tabela 5:** Fatores associados com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV1).

	Nos últimos 12 meses teve dificuldade em comer devido a problemas na boca ou nos dentes?				Valor de <i>p</i>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	56,7% (51)	17,8% (16)	18,9% (17)	6,7% (6)	<b>p=0,025*</b>
Masculino	74,6% (50)	7,5% (5)	17,9% (12)	0,0% (0)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	67,9% (89)	13,0% (17)	16,0% (21)	3,1% (4)	<b>p=0,074**</b>
Medianamente urbana	50,0% (9)	5,6% (1)	33,3% (6)	11,1% (2)	
Predominantemente rural	37,5% (3)	37,5% (3)	25,0% (2)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	50,0% (17)	14,7% (5)	32,4% (11)	2,9% (1)	<b>p=0,047*</b>
Secundário	68,3% (82)	12,5% (15)	15,0% (18)	4,2% (5)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>					
Básico	55,6% (30)	16,7% (9)	22,2% (12)	5,6% (3)	<b>p=0,077**</b>
Secundário	63,5% (33)	15,4% (8)	17,3% (9)	3,8% (2)	
Ensino Superior	78,9% (30)	7,9% (3)	10,5% (4)	2,6% (1)	
<b>Escovagem dos dentes bidiária (n=157)</b>					
Não	57,6% (19)	6,1% (2)	36,4% (12)	0,0% (0)	<b>p=0,245*</b>
Sim	66,1% (82)	15,3% (19)	13,7% (17)	4,8% (6)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=157)</b>					
Não	40,0% (2)	0,0% (0)	60,0% (3)	0,0% (0)	<b>p=0,166*</b>
Sim	65,1% (99)	13,8% (21)	17,1% (26)	3,9% ((6)	
<b>Hábitos tabágicos (n=156)</b>					
Não	67,2% (45)	9,0% (6)	22,4% (15)	1,5% (1)	<b>p=0,593**</b>
Não fuma mas já fumou	68,8% (22)	12,5% (4)	12,5% (4)	6,3% (2)	
Sim	57,9% (33)	19,3% (11)	17,5% (10)	5,3% (3)	
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	64,9% (72)	12,6% (14)	18,9% (21)	3,6% (4)	<b>p=0,878*</b>
Sim	63,0% (29)	15,2% (7)	17,4% (8)	4,3% (2)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	74,6% (53)	8,5% (6)	15,5% (11)	1,4% (1)	<b>p=0,018*</b>
Sim	55,8% (48)	17,4% (15)	20,9% (18)	5,8% (5)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

Também se verificou que os indivíduos com presença de cárie relataram mais frequentemente que, nos últimos 12 meses, tiveram dificuldades em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes ( $p=0,008$ ) (Tabela 6).

**Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população de 18 anos da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

*Joana Ferreira da Costa*

**Tabela 6:** Fatores associados com a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV2).

	Nos últimos 12 meses teve dificuldades em mastigar ou cortar a comida com os dentes devido a problemas na boca ou nos dentes?				Valor de <i>p</i>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	62,2% (56)	17,8% (16)	16,7% (15)	3,3% (3)	p=0,085*
Masculino	76,1% (51)	9,0% (6)	13,4% (9)	1,5% (1)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	70,2% (92)	13,7% (18)	13,0% (17)	3,1% (4)	p=0,358**
Medianamente urbana	61,1% (11)	16,7% (3)	22,2% (4)	0,0% (0)	
Predominantemente rural	50,0% (4)	12,5% (1)	37,5% (3)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	58,8% (20)	14,7% (5)	26,5% (9)	0,0% (0)	p=0,183*
Secundário	70,8% (85)	13,3% (16)	12,5% (15)	3,3% (4)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>					
Básico	64,8% (35)	14,8% (8)	18,5% (10)	1,9% (1)	p=0,252**
Secundário	67,3% (35)	13,5% (7)	15,4% (8)	3,8% (2)	
Ensino Superior	78,9% (30)	13,2% (5)	7,9% (3)	0,0% (0)	
<b>Escovagem dos dentes bidiária (n=157)</b>					
Não	57,6% (19)	9,1% (3)	33,3% (11)	0,0% (0)	p=0,245
Sim	71,0% (88)	15,3% (19)	10,5% (13)	3,2% (4)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=157)</b>					
Não	40,0% (2)	0,0% (0)	60,0% (3)	0,0% (0)	p=0,095*
Sim	69,1% (105)	14,5% (22)	13,8% (21)	2,6% (4)	
<b>Hábitos Tabágicos (n=156)</b>					
Não	70,1% (47)	10,4% (7)	16,4% (11)	3,0% (2)	p=0,592**
Não fuma mas já fumou	71,9% (23)	18,8% (6)	6,3% (2)	3,1% (1)	
Sim	63,2% (36)	15,8% (9)	19,3% (11)	1,8% (1)	
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	68,5% (76)	15,3% (17)	14,4% (16)	1,8% (2)	p=0,723*
Sim	67,4% (31)	10,9% (5)	17,4% (8)	4,3% (2)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	77,5% (55)	15,5% (11)	5,6% (4)	1,4% (1)	p=0,008*
Sim	60,5% (52)	12,8% (11)	23,3% (20)	3,5% (3)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

Verificou-se também, no mesmo sentido já descrito, que o sexo feminino ( $p=0,048$ ) e a presença de cárie ( $p=0,012$ ) foram os fatores significativamente associados a maior frequência de dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca nos últimos 12 meses (Tabela 7).

**Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população de 18 anos da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

*Joana Ferreira da Costa*

**Tabela 7: Fatores associados à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV3).**

	Nos últimos 12 meses teve dores de dentes, gengivas doridas ou feridas na boca?				Valor de <i>p</i>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
<b>Sexo (n=156)</b>					
Feminino	33,3% (30)	27,8% (25)	32,2% (29)	6,7% (6)	<b>p=0,048*</b>
Masculino	45,5% (30)	30,3% (20)	21,2% (14)	3,0% (2)	
<b>Área de residência (n=156)</b>					
Predominantemente urbana	40,0% (52)	29,2% (38)	26,9% (35)	3,8% (5)	<b>p=0,434**</b>
Medianamente urbana	27,8% (5)	33,3% (6)	27,8% (5)	11,1% (2)	
Predominantemente rural	37,5% (3)	12,5% (1)	37,5% (3)	12,5% (1)	
<b>Nível de escolaridade (n=153)</b>					
Básico	29,4% (10)	41,2% (14)	20,6% (7)	8,8% (3)	<b>p=0,477*</b>
Secundário	41,2% (49)	26,1% (31)	28,6% (34)	4,2% (5)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=143)</b>					
Básico	33,3% (18)	27,8% (15)	27,8% (15)	11,1% (6)	<b>p=0,467**</b>
Secundário	38,5% (20)	30,8% (16)	28,8% (15)	1,9% (1)	
Ensino Superior	40,5% (15)	27,0% (10)	32,4% (12)	0,0% (0)	
<b>Escovagem dos dentes bidiária (n=156)</b>					
Não	40,6% (13)	31,3% (10)	21,9% (7)	6,3% (2)	<b>p=0,672*</b>
Sim	37,9% (47)	28,2% (35)	29,0% (36)	4,8% (6)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=156)</b>					
Não	60,0% (3)	20,0% (1)	20,0% (1)	0,0% (0)	<b>p=0,334*</b>
Sim	37,7% (57)	29,1% (44)	27,8% (42)	5,3% (8)	
<b>Hábitos tabágicos (n=155)</b>					
Não	40,3% (27)	29,9% (20)	26,9% (18)	3,0% (2)	<b>p=0,599**</b>
Não fuma mas já fumou	37,5% (12)	34,4% (11)	21,9% (7)	6,3% (2)	
Sim	35,7% (20)	25,0% (14)	32,1% (18)	7,1% (4)	
<b>Presença de hemorragia (n=156)</b>					
Não	41,8% (46)	27,3% (30)	25,5% (28)	5,5% (6)	<b>p=0,266*</b>
Sim	30,4% (14)	32,6% (15)	32,6% (15)	4,3% (2)	
<b>Presença de cárie (n=156)</b>					
Não	48,6% (34)	27,1% (19)	21,4% (15)	2,9% (2)	<b>p=0,012*</b>
Sim	30,2% (26)	30,2% (26)	32,6% (28)	7,0% (6)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

No que respeita à tensão causada devido a problemas na boca ou nos dentes, nos últimos 12 meses, apenas se verificou uma frequência estatisticamente maior no sexo feminino relativamente ao masculino ( $p=0,011$ ) (Tabela 8).

**Tabela 8:** Fatores associados à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV4).

	Nos últimos 12 meses sentiu-se tenso por causa de problemas na boca ou nos dentes?				Valor de <i>p</i>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	70,0% (63)	16,7% (15)	10,0% (9)	3,3% (3)	<b>p=0,011*</b>
Masculino	86,6% (58)	10,4% (7)	1,5% (1)	1,5% (1)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	75,6% (99)	16,0% (21)	6,9% (9)	1,5% (2)	p=0,434**
Medianamente urbana	88,9% (16)	5,6% (1)	5,6% (1)	0,0% (0)	
Predominantemente rural	75,0% (6)	0,0% (0)	0,0% (0)	25,0% (2)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	67,6% (23)	17,6% (6)	8,8% (3)	5,9% (2)	p=0,091*
Secundário	80,8% (97)	11,7% (14)	5,8% (7)	1,7% (2)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>					
Básico	75,9% (41)	13,0% (7)	5,6% (3)	5,6% (3)	p=0,779**
Secundário	76,9% (40)	17,3% (9)	5,8% (3)	0,0% (0)	
Ensino Superior	81,6% (31)	10,5% (4)	7,9% (3)	0,0% (0)	
<b>Escovagem dos dentes bidiária (n=157)</b>					
Não	84,8% (28)	9,1% (3)	3,0% (1)	3,0% (1)	p=0,247*
Sim	75,0% (93)	15,3% (19)	7,3% (9)	2,4% (3)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=157)</b>					
Não	60,0% (3)	20,0% (1)	20,0% (1)	0,0% (0)	p=0,348*
Sim	77,6% (118)	13,8% (21)	5,9% (9)	2,6% (4)	
<b>Hábitos tabágicos (n=156)</b>					
Não	80,6% (54)	13,4% (9)	4,5% (3)	1,5% (1)	p=0,292**
Não fuma mas já fumou	81,3% (26)	9,4% (3)	9,4% (3)	0,0% (0)	
Sim	70,2% (40)	17,5% (10)	7,0% (4)	5,3% (3)	
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	78,4% (87)	12,6% (14)	6,3% (7)	2,7% (3)	p=0,596*
Sim	73,9% (34)	17,4% (8)	6,5% (3)	2,2% (1)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	83,1% (59)	14,1% (10)	2,8% (2)	0,0% (0)	p=0,062*
Sim	72,1% (62)	14,0% (12)	9,3% (8)	4,7% (4)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

Na questão relacionada com a frequência, nos últimos 12 meses, de embaraço causado pela aparência dos dentes ou prótese, apenas se observou uma relação estatisticamente significativa para a presença de hemorragia ( $p=0,003$ ). Os indivíduos que tinham hemorragia gengival referiram um embaraço maior relativamente aos que não tinham hemorragia gengival (Tabela 9).

**Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população de 18 anos da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

*Joana Ferreira da Costa*

<b>Tabela 9: Fatores associados à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV5).</b>					
Nos últimos 12 meses sentiu-se embaraçado por causa da aparência dos seus dentes ou prótese?					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Valor de <i>p</i>
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	78,9% (71)	7,8% (7)	11,1% (10)	2,2% (2)	p=0,352*
Masculino	85,1% (57)	6,0% (4)	4,5% (3)	4,5% (3)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	83,2% (109)	6,9% (9)	7,6% (10)	2,3% (3)	p=0,273**
Medianamente urbana	77,8% (14)	5,6% (1)	11,1% (2)	5,6% (1)	
Predominantemente rural	62,5% (5)	12,5% (1)	12,5% (1)	12,5% (1)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	82,4% (28)	5,9% (2)	5,9% (2)	5,9% (2)	p=0,979*
Secundário	81,7% (98)	6,7% (8)	9,2% (11)	2,5% (3)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>					
Básico	74,1% (40)	11,1% (6)	11,1% (6)	3,7% (2)	p=0,050**
Secundário	80,8% (42)	7,7% (4)	11,5% (6)	0,0% (0)	
Ensino Superior	94,7% (36)	0,0% (0)	2,6% (1)	2,6% (1)	
<b>Escovagem dos dentes bidária (n=157)</b>					
Não	84,8% (28)	12,1% (4)	0,0% (0)	3,0% (1)	p=0,483*
Sim	80,6% (100)	5,6% (7)	10,5% (13)	3,2% (4)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=157)</b>					
Não	80,0% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	20,0% (1)	p=0,790*
Sim	81,6% (124)	7,2% (11)	8,6% (13)	2,6% (4)	
<b>Hábitos tabágicos (n=156)</b>					
Não	79,1% (53)	7,5% (5)	9,0% (6)	4,5% (3)	p=0,553**
Não fuma mas já fumou	87,5% (28)	6,3% (2)	6,3% (2)	0,0% (0)	
Sim	80,7% (46)	7,0% (4)	8,8% (5)	3,5% (2)	
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	87,4% (97)	5,4% (6)	4,5% (5)	2,7% (3)	p=0,003*
Sim	67,4% (31)	10,9% (5)	17,4% (8)	4,3% (2)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	81,7% (58)	8,5% (6)	5,6% (4)	4,2% (3)	p=0,938*
Sim	81,4% (70)	5,8% (5)	10,5% (9)	2,3% (2)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

Como se pode verificar na Tabela 10 a frequência de, nos últimos 12 meses, evitar conversar por causa da aparência dos dentes ou prótese foi maior para o nível de escolaridade mais baixo ( $p=0,037$ ) e para quem nunca visitou um profissional de saúde oral ( $p=0,031$ ).

**Tabela 10:** Fatores associados à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV6).

	Nos últimos 12 meses evitou conversar por causa da aparência dos seus dentes ou prótese?				Valor de <i>p</i>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	95,6% (86)	4,4% (4)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,310*
Masculino	98,5% (66)	0,0% (0)	1,5% (1)	0,0% (0)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	96,9% (127)	2,3% (3)	0,8% (1)	0,0% (0)	p=0,247**
Medianamente urbana	100,0% (18)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	
Predominantemente rural	87,5% (7)	12,5% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	91,2% (31)	5,9% (2)	2,9% (1)	0,0% (0)	p=0,037*
Secundário	98,3% (118)	1,7% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>					
Básico	96,3% (52)	1,9% (1)	1,9% (1)	0,0% (0)	p=0,481**
Secundário	96,2% (50)	3,8% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	
Ensino Superior	100,0% (38)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Escovagem dos dentes bidirária (n=157)</b>					
Não	97,0% (32)	3,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,949*
Sim	96,8% (120)	2,4% (3)	0,8% (1)	0,0% (0)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=157)</b>					
Não	80,0% (4)	20,0% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,031*
Sim	97,4% (148)	2,0% (3)	0,7% (1)	0,0% (0)	
<b>Hábitos tabágicos (n=156)</b>					
Não	97,0% (65)	3,0% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,396**
Não fuma mas já fumou	100,0% (32)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	
Sim	94,7% (54)	3,5% (2)	1,8% (1)	0,0% (0)	
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	97,3% (108)	2,7% (3)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,581*
Sim	95,7% (44)	2,2% (1)	2,2% (1)	0,0% (0)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	95,8% (68)	2,8% (2)	1,4% (1)	0,0% (0)	p=0,494*
Sim	97,7% (84)	2,3% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

Nenhum dos fatores estudados se relacionou de forma estatisticamente significativa com a questão QV7 “ Nos últimos 12 meses, reduziu a sua participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?” (Tabela 11).

**Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população de 18 anos da Região de Lisboa e Vale do Tejo**

*Joana Ferreira da Costa*

**Tabela 11: Fatores associados à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV7).**

	Nos últimos 12 meses reduziu a sua participação em atividades sociais devido a problemas na boca ou nos dentes?				Valor de p
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	96,7% (87)	2,2% (2)	1,1% (1)	0,0% (0)	p=0,467*
Masculino	98,5% (66)	1,5% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	96,9% (127)	2,3% (3)	0,8% (1)	0,0% (0)	p=0,667**
Medianamente urbana	100,0% (18)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	
Predominantemente rural	100,0% (8)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	94,1% (32)	2,9% (1)	2,9% (1)	0,0% (0)	p=0,169*
Secundário	98,3% (118)	1,7% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade da Mãe (n=144)</b>					
Básico	96,3% (52)	1,9% (1)	1,9% (1)	0,0% (0)	p=0,481**
Secundário	96,2% (50)	3,8% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	
Ensino Superior	100,0% (38)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Escovagem dos dentes bidiária (n=157)</b>					
Não	100,0% (33)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,298*
Sim	96,8% (120)	2,4% (3)	0,8% (1)	0,0% (0)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=157)</b>					
Não	100,0% (5)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,714*
Sim	97,4% (148)	1,9% (3)	0,6% (1)	0,0% (0)	
<b>Hábitos tabágicos (n=156)</b>					
Não	100,0% (67)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,178**
Não fuma mas já fumou	96,9% (31)	3,1% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	
Sim	94,7% (54)	3,5% (2)	1,8% (1)	0,0% (0)	
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	98,2% (109)	0,9% (1)	0,9% (1)	0,0% (0)	p=0,366*
Sim	95,7% (44)	4,3% (2)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	98,6% (70)	1,4% (1)	0,0% (0)	0,0% (0)	p=0,408*
Sim	96,5% (83)	2,3% (2)	1,2% (1)	0,0% (0)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

Por último, relativamente à frequência de ter dificuldades em estudar ou fazer os TPC's devido a problemas na boca ou nos dentes, verificou-se esta foi maior nos indivíduos que nunca visitaram um profissional de saúde oral (p=0,010) e naqueles com presença de cárie (p=0,015) (Tabela 12).

**Tabela 12:** Fatores associados à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QV8).

	Teve dificuldades em estudar ou fazer os TPC's devido a problemas na boca ou nos dentes?				Valor de <i>p</i>
	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	87,8% (79)	4,4% (4)	7,8% (7)	0,0% (0)	p=0,094*
Masculino	95,5% (64)	1,5% (1)	3,0% (2)	0,0% (0)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	91,6% (120)	3,1% (4)	5,3% (7)	0,0% (0)	p=0,341**
Medianamente urbana	83,3% (15)	5,6% (1)	11,1% (2)	0,0% (0)	
Predominantemente rural	100,0% (8)	0,0% (0)	0,0% (0)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	85,3% (29)	5,9% (2)	8,8% (3)	0,0% (0)	p=0,204*
Secundário	92,5% (111)	2,5% (3)	5,0% (6)	0,0% (0)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>					
Básico	88,9% (48)	3,7% (2)	7,4% (4)	0,0% (0)	p=0,490**
Secundário	94,2% (49)	1,9% (1)	3,8% (2)	0,0% (0)	
Ensino Superior	94,7% (36)	0,0% (0)	5,3% (2)	0,0% (0)	
<b>Escovagem dos dentes bidirária (n=157)</b>					
Não	90,9% (30)	6,1% (2)	3,0% (1)	0,0% (0)	p=0,986*
Sim	91,1% (113)	2,4% (3)	6,5% (8)	0,0% (0)	
<b>Visita ao profissional de saúde oral (n=157)</b>					
Não	60,0% (3)	0,0% (0)	40,0% (2)	0,0% (0)	p=0,010*
Sim	92,1% (140)	3,3% (5)	4,6% (7)	0,0% (0)	
<b>Hábitos tabágicos (n=156)</b>					
Não	94,0% (63)	3,0% (2)	3,0% (2)	0,0% (0)	p=0,229**
Não fuma mas já fumou	93,8% (30)	3,1% (1)	3,1% (1)	0,0% (0)	
Sim	86,0% (49)	3,5% (2)	10,5% (6)	0,0% (0)	
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	91,0% (101)	4,5% (5)	4,5% (5)	0,0% (0)	p=0,988*
Sim	91,3% (42)	0,0% (0)	8,7% (4)	0,0% (0)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	97,2% (69)	1,4% (1)	1,4% (1)	0,0% (0)	p=0,015*
Sim	86,0% (74)	4,7% (4)	9,3% (8)	0,0% (0)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

## 7. Fatores associados à Autoperceção do estado de saúde oral

Na Tabela 13 apresentam-se os fatores associados à autoperceção do estado de saúde oral. Verificou-se uma melhor autoperceção nos indivíduos cujas mães tinham um nível mais elevado de escolaridade ( $p < 0,001$ ), que realizavam escovagem bidiária ( $p = 0,007$ ), que nunca fumaram ( $p = 0,022$ ), sem presença de hemorragia ( $p < 0,001$ ) e sem presença de cárie ( $p = 0,008$ ).

**Tabela 13:** Fatores associados à autoperceção do estado de saúde oral.

	Autoperceção do estado de saúde oral				Valor de <i>p</i>
	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom	
<b>Sexo (n=157)</b>					
Feminino	5,6% (5)	43,3% (39)	44,4% (40)	6,7% (6)	p=0,331*
Masculino	3% (2)	41,8% (28)	41,8% (28)	13,4% (9)	
<b>Área de residência (n=157)</b>					
Predominantemente urbana	3,8% (5)	40,5% (53)	46,6% (61)	9,2% (12)	p=0,395**
Medianamente urbana	5,6% (1)	55,6% (10)	27,8% (5)	11,1% (2)	
Predominantemente rural	12,5% (1)	50,0% (4)	25,0% (2)	12,5% (1)	
<b>Nível de escolaridade (n=154)</b>					
Básico	5,9% (2)	55,9% (19)	23,5% (8)	14,7% (5)	p=0,222*
Secundário	4,2% (5)	40,0% (48)	47,5% (57)	8,3% (10)	
<b>Nível de escolaridade da mãe (n=144)</b>					
Básico	9,3% (5)	57,4% (31)	27,8% (15)	5,6% (3)	a
Secundário	1,9% (1)	40,4% (21)	50,0% (26)	7,7% (4)	b
Ensino Superior	0,0% (0)	21,1% (8)	63,2% (24)	15,8% (6)	b
<b>Escovagem dos dentes bidiária (n=157)</b>					
Não	6,1% (2)	63,6% (21)	24,2% (8)	6,1% (2)	p=0,007*
Sim	4,0% (5)	37,1% (46)	48,4% (60)	10,5% (13)	
<b>Visita ao profissional de saúde (n=157)</b>					
Não	20,0% (1)	40,0% (2)	20,0% (1)	20,0% (1)	p=0,582*
Sim	3,9% (6)	42,8% (65)	44,1% (67)	9,2% (14)	
<b>Hábitos tabágicos (n=156)</b>					
Não	3,0% (2)	35,8% (24)	50,7% (34)	10,4% (7)	a
Não fuma mas já fumou	3,1% (1)	37,5% (12)	43,8% (14)	15,6% (5)	ab
Sim	7,0% (4)	54,4% (31)	33,3% (19)	5,3% (3)	b
<b>Presença de hemorragia (n=157)</b>					
Não	2,7% (3)	33,3% (37)	52,3% (58)	11,7% (13)	p<0,001*
Sim	8,7% (4)	65,2% (30)	21,7% (10)	4,3% (2)	
<b>Presença de cárie (n=157)</b>					
Não	0,0% (0)	38,0% (27)	47,9% (34)	14,1% (10)	p=0,008*
Sim	8,1% (7)	46,5% (40)	39,5% (34)	5,8% (5)	

\*Teste Mann-Whitney; \*\* Teste Kruskal-Wallis

Nota: As categorias que apresentam a mesma letra não diferem estatisticamente entre si.

## V. Discussão

Os problemas relacionados com a saúde oral têm demonstrado ser um dos principais causadores de um impacto negativo nas atividades diárias, provocando dor, sofrimento, constrangimentos psicológicos e privações sociais, podendo desta forma influenciar negativamente a qualidade de vida.<sup>(4)</sup>

Deste modo, o que se pretendeu com o presente trabalho foi evidenciar de que forma os problemas de saúde oral e os comportamentos relacionados com a saúde oral podem ter impacto sobre a QdVRSO e sobre a forma como os indivíduos autopercecionam a sua saúde oral.

A amostra foi constituída por indivíduos com 18 anos, pertencentes à região de Lisboa e Vale do Tejo, que se dirigiram às bases militares desta região no âmbito do Dia da Defesa Nacional. O facto de a amostra ser constituída apenas por indivíduos de 18 anos foi essencial para o estudo da autopercepção da saúde oral e da sua qualidade de vida, pois é uma das idades índice preconizadas pela OMS para os estudos epidemiológicos da saúde oral.<sup>(17)</sup> As características da amostra do III ENPDO permite que os resultados do presente trabalho possam ser extrapoladas para a população-alvo.

Na generalidade, pode dizer-se que a população estudada apresentou comportamentos de saúde oral bem implementados. Relativamente à frequência de escovagem cerca de 79% referiram escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia, sendo esta a frequência de escovagem recomendada para uma correta higiene oral, devendo ser realizada à noite antes de deitar e após as refeições.<sup>(16,38)</sup> Comparando com outros estudos da DGS, o realizado em 2008, apresentava uma menor frequência de escovagem de pelo menos duas vezes por dia (69%).<sup>(13)</sup> Outro estudo realizado em Portugal, em 2013, no qual se observaram os comportamentos de saúde oral em adolescentes portugueses, demonstrou também uma percentagem ligeiramente menor de escovagem bidária (74,4%) em comparação com os resultados obtidos neste trabalho.<sup>(39)</sup> Pode verificar-se uma tendência de melhoria relativamente a este comportamento ao longo dos anos, sendo este uma das principais medidas para prevenir a cárie dentária e a doença periodontal, as quais são as doenças mais prevalentes nos adolescentes.

Relativamente à consulta ao profissional de saúde oral, a maioria dos participantes (96,8%) referiram já ter visitado o médico dentista, sendo que a maioria referiu ter realizada a sua última consulta a este profissional há menos de um ano (65%). Contudo, os dados obtidos verificaram-se inferiores comparativamente aos observados no estudo nacional da DGS, publicado em 2008, no qual cerca de 85% dos adolescentes aos 12 e aos 15 anos consultaram um profissional de saúde oral nos últimos 12 meses.<sup>(13)</sup> Assim, cerca de 35% dos adolescentes que participaram no III ENPDO não realizaram qualquer consulta de saúde oral no último ano, sendo esta essencial para a prevenção e, especialmente, para a detecção precoce das doenças orais.

No que se refere aos hábitos tabágicos, uma grande parte da amostra referiu não fumar (63,5%), embora 20,5% dos participantes referiram já ter tido alguma experiência associada a hábitos tabágicos. Este comportamento é normalmente descrito como sendo iniciado mais frequentemente durante o período da adolescência.<sup>(40)</sup> Os hábitos tabágicos têm sérias implicações, não só para a saúde geral, mas também para a saúde oral, tais como o aumento do risco de desenvolvimento de cancro oral, de lesões da mucosa oral e de doença periodontal, podendo por isso afetar também a qualidade de vida dos indivíduos.<sup>(41)</sup> O profissional de saúde oral pode ter um papel de elevada importância na transmissão de informação acerca dos malefícios do tabaco relacionados com a saúde oral e na implementação de medidas de cessação tabágica na sua consulta. Um estudo realizado na Coreia sobre os hábitos tabágicos de adolescentes demonstrou que, ao longo dos anos, a tendência para adquirir este hábito tem vindo a aumentar.<sup>(42)</sup> Em 1994, verificava-se uma percentagem de 21,1% de adolescentes com hábitos tabágicos, tendo aumentado cerca de 6,8% em 2007 (27,9%), sendo um hábito mais prevalente no sexo masculino.<sup>(42)</sup> Estes resultados encontram-se em concordância com os resultados obtidos neste trabalho, no qual 36,5% dos adolescentes referiram ser fumadores.

Relativamente ao estado de saúde oral dos participantes, verificou-se uma prevalência de cárie de 54,8% e um C<sub>5-6</sub>POD médio de 1,96 (dp=2,888). Estes resultados demonstram uma tendência na melhoria do estado de saúde oral, visto o número de indivíduos isentos de cárie ter vindo a aumentar nos estudos realizados em Portugal. No primeiro estudo realizado pela DGS, em 2000<sup>(18)</sup>, a prevalência de cárie foi de 74% nos jovens adolescentes com 15 anos para a região de Lisboa e Vale do Tejo; já no estudo publicado

em 2008 <sup>(13)</sup>, observou-se uma diminuição da prevalência de cárie, com uma percentagem de 51,5% para a população adolescente com 15 anos da região de Lisboa e Vale do Tejo. O número de indivíduos isentos de cárie para a população adolescente portuguesa, cerca de 45,2% demonstra ser superior a países como a Lituânia, onde em 2016, se verificavam que apenas cerca de 21,7% dos adolescentes eram isentos de cárie.<sup>(43)</sup>

No que se refere ao estado de saúde periodontal, o valor médio do IPC foi de 0,13 (dp=0,258), apresentando cerca de 70,7% dos participantes ausência de hemorragia gengival. A amostra apresentou um nível superior de saúde periodontal, relativamente ao estudo publicado em 2008 pela DGS, onde aos 15 anos a percentagem de indivíduos sem hemorragia na região de Lisboa e Vale do Tejo foi apenas de 32%.<sup>(13)</sup> Esta diferença entre ambos os estudos poderá ser devida às diferentes faixas etárias estudadas, uma vez que os dados apresentados neste trabalho referem-se a uma população com 18 anos de idade, que já terá ultrapassado completamente a fase da puberdade, na qual existem inúmeras alterações hormonais que estão frequentemente associadas ao processo de inflamação periodontal.<sup>(44,45)</sup>

De um modo geral, constatou-se que os fatores estatisticamente associados à QdVRSO, no presente estudo, foram a presença de cárie, o sexo, o nível de escolaridade, a visita ao profissional de saúde oral e a presença de hemorragia.

Verificou-se que presença de cárie está associada a um pior resultado no que se refere à QdVRSO nas dimensões de desconforto físico, limitação funcional e incapacidade social. O facto de os indivíduos com presença de cárie terem piores resultados de QdVRSO vem ao encontro dos resultados obtidos num estudo em jovens estudantes Japoneses.<sup>(46)</sup> Apesar dos mecanismos subjacentes à relação entre a presença de cárie e a QdVRSO não serem claros, sabe-se que a dimensão do OHIP-14 mais frequentemente associada à cárie é o desconforto físico, estando este associado à presença de dor na cavidade oral. Esta dimensão associa-se à dor e a limitações funcionais, tais como dificuldade em cortar alimentos ou mastigar.<sup>(47)</sup> Os resultados encontrados demonstram um impacto negativo da presença de cárie sobre a qualidade de vida dos indivíduos, interferindo com o seu bem-estar emocional, podendo levar a limitações funcionais como a diminuição da capacidade mastigatória, e estando associada a experiências significativamente dolorosas. É por isso importante prevenir e intervir na fase inicial das lesões de cárie dentária,

evitando dificuldades funcionais, alterações emocionais e até sociais. As medidas de saúde pública, assim como os cuidados de saúde dentária, devem focar-se na prevenção das doenças dentárias de forma a melhorarem a QdVRSO.<sup>(47)</sup>

Este trabalho verificou também que o sexo feminino apresentou piores resultados da QdVRSO, nomeadamente nas dimensões de desconforto físico e desconforto psicológico. Estes resultados estão em concordância com o estudo de Palma, de 2013.<sup>(48)</sup> Este resultado pode ser explicado pelo facto das mulheres estarem mais atentas e preocupadas com a saúde oral e, ainda, devido ao facto de apresentarem maior experiência de sensibilidade à dor, referindo normalmente níveis de dor mais elevados e também episódios dolorosos mais frequentes e duradouros.<sup>(49,50)</sup> Além do que foi referido anteriormente, de um modo geral, as mulheres preocupam-se mais com a sua aparência do que os homens, apresentando por isso um maior desconforto psicológico do que o sexo masculino.<sup>(47)</sup>

No que se refere à associação da QdVRSO com o nível de escolaridade, neste trabalho verificou-se que uma associação entre um nível de escolaridade mais baixo e uma pior QdVRSO, particularmente na dimensão de desconforto físico e incapacidade social. Este resultado é semelhante ao de Papaioannau<sup>(51)</sup>, que verificou que à medida que a escolaridade aumentava, diminuía as pontuações obtidas na incapacidade social. Outro estudo de Baldani, de 2002, referiu que indivíduos com um nível de escolaridade superior tinham tendência para melhores comportamentos de saúde oral, como a escovagem dentária bidirária, estando estes comportamentos de saúde associados a conhecimentos mais aprofundados das doenças orais e da sua prevenção e, conseqüentemente, a uma melhor QdVRSO.<sup>(52)</sup>

No presente trabalho, os indivíduos que visitaram o profissional de saúde oral apresentaram melhores resultados de QdVRSO, em especial na dimensão de incapacidade social. Este resultado é concordante com outro estudo no qual se verificou que os indivíduos que nunca recorreram a uma consulta de saúde oral ou que não recorreram frequentemente a esta consulta (há mais de 3 anos), apresentaram pontuações mais elevadas no OHIP-14, logo uma pior QdVRSO.<sup>(53)</sup>

Outro fator associado a uma pior QdVRSO foi a presença de hemorragia gengival, essencialmente relacionada com a dimensão de incapacidade psicológica. Este critério clínico pode ser indicativo de doença periodontal, na forma de gengivite, onde as gengivas podem adquirir um aspecto mais edemaciado e avermelhado, podendo ter um impacto significativo na estética do sorriso, logo facilmente associado a um maior embaraço relacionado com a saúde oral.<sup>(54)</sup> Também o estudo de Afonso e colaboradores, publicado em 2015, concluiu que as doenças periodontais estão associadas a uma QdVRSO comprometida.<sup>(53)</sup>

A autoavaliação da saúde oral por parte dos participantes deste estudo verificou-se bastante satisfatória, com a vasta maioria (95,5%) a considerar o seu estado de saúde oral positivo (razoável/bom/muito bom), sendo que destes, 52,9% consideravam o seu estado como “bom” ou “muito bom”. No estudo nacional de 2008 da DGS a maioria dos jovens de 12 anos também consideraram o seu estado de saúde oral como positivo 93,8% (razoável/bom/muito bom), sendo que destes 44,8% consideravam o seu estado como “bom” ou “muito bom”.<sup>(13)</sup>

Verificou-se que os indivíduos com mães com nível de escolaridade superior, que realizavam escovagem bidiária, que nunca fumaram, sem hemorragia e sem cárie apresentaram uma melhor autoperceção do estado de saúde oral.

As crianças cujas mães apresentam um nível de escolaridade superior têm tendência a adotar melhores comportamentos de saúde oral, menor tendência para apresentarem doenças orais e, conseqüentemente, melhor autoperceção da sua saúde oral.<sup>(55)</sup> Por outro lado, a escovagem bidiária representa uma das principais medidas preventivas de doenças orais como a cárie dentária e a doença periodontal, se efetuada corretamente (à noite antes de se deitar e após as refeições).<sup>(16,38)</sup>

Tal como já referido, os hábitos tabágicos têm um grande impacto negativo na cavidade oral, sendo um fator de risco para uma pobre saúde oral e para a ocorrência de doenças orais e, portanto, está descrito na literatura que indivíduos que nunca fumaram têm níveis superiores de saúde oral e dentária, e, conseqüentemente, de autoperceção do estado de saúde oral.<sup>(56,57)</sup>

A presença de hemorragia e a experiência de cárie representam duas das doenças mais frequentes na adolescência, a evidência científica sugere que níveis elevados de CPOD e a presença de hemorragia gengival estão diretamente associados a uma pior autoperceção da saúde oral. Isto poderá ser explicado por estas condições estarem associadas a desconforto para o paciente, como a diminuição da capacidade mastigatória ou a capacidade de falar, e comprometerem a estética e conseqüentemente o sorriso.<sup>(58)</sup> Desta forma, indivíduos que não apresentaram nenhuma destas doenças têm níveis superiores de saúde oral e portanto apresentam uma melhor autoperceção do seu estado de saúde oral.

## VI. Conclusões

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, referente aos indivíduos de 18 anos de idade pertencentes à região de Lisboa e Vale do Tejo, podemos tirar as seguintes conclusões:

- Os participantes apresentavam bons comportamentos de saúde oral relativamente à escovagem dentária, onde a maioria efetuava a escovagem bidária e não fumava. Apesar da maioria dos participantes referir realizar consultas regulares ao médico dentista, cerca de um terço dos participantes não realizaram consultas no último ano.
- A qualidade de vida relacionada com a saúde oral verificou-se pior em indivíduos do sexo feminino, com um nível de escolaridade mais baixo, com cárie, com presença de hemorragia e que nunca tinham consultado o profissional de saúde oral.
- Uma melhor autoperceção de saúde oral foi observada em indivíduos cujas mães tinham um nível de escolaridade superior, que realizavam escovagem dos dentes bidária, que nunca fumaram, sem experiência de cárie e sem presença de hemorragia.

## Referencias Bibliográficas

1. Sala EC, García PB. Odontología preventiva y comunitária- Principios, métodos y aplicaciones. 4ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
2. World Health Organization. About World Health Organization [internet]; 2019 [cited 2019 Feb 25] . Available from: <https://www.who.int/about/whi-we-are/constitution>.
3. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-77
4. Pinto P. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em idosos: um estudo exploratório. Dissertação [mestrado em Psicologia]. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências Sociais da Educação da Universidade de Lisboa; 2009.
5. Trindade I, Teixeira JAC. *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. 2 edição. Forte da Casa: Climepsi Editores; 2007.
6. Cerveira JA. Influência da qualidade de vida na ocorrência da doença cárie em pré-escolares. Dissertação [mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2003.
7. Alves DS, Gonçalves A. Impacto da saúde oral na qualidade de vida de jovens entre os 11 e os 14 anos de idade. Dissertação [mestrado em Medicina Dentária]. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009.
8. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003- Continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century- the approach of the WHO Global Oral Health Programme. World Health Organization Geneva, Switzerland, 2003.
9. World Health Organization. Oral Health [internet]; 2018 [cited 2019 Jun 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
10. FDI World Dental Federation. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal*. 2016; 66:322–4.
11. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(4):1015-24.

12. World Health Organization. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.
13. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Estudo nacional de prevalência das doenças orais. Lisboa: DGS 2008. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx>.
14. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Circular Normativa n.o 01/DSE de 18/01/05. Lisboa: DGS 2005.
15. Dias J. Hábitos, Conhecimentos e Atitudes de Saúde Oral dos estudantes da escola secundária Alves Martins. Dissertação [mestrado em Medicina Dentária] Viseu: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2015.
16. Macedo CR. Cuidados gerais e higiene oral para prevenção de cáries em crianças. *Diagn Tratamento*. 2010; 15(4), 191–3.
17. World Health Organization. Oral Health Surveys-Basic Methods. 5ª ed. France:World Health Organization; 2013.
18. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Estudo Nacional de prevalência da cárie dentária na população escolarizada. Lisboa: DGS 2000.
19. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de promoção da Saúde Oral- III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6,12,18, 35-44 e 65-74. Lisboa: DGS 2015.
20. Nanaiah KP, Nagarathna DV, Manjunath N. Prevalence of periodontitis among the adolescents aged 15-18 years in Mangalore city: An epidemiological and microbiological study. *J Indian Soc Periodontol*. 2013;17:784–9.
21. Kachlany SC. Aggregatibacter actinomycetemcomitans Leukotoxin: from threat to therapy. *J Dent Res*. 2010; 89(6):561-70.
22. Seixas AR. Prevenção e Tratamento da Gengivite na Prática do Técnico em Saúde Bucal. *Revista Gestão & Saúde*. 2010; 1(2):37-41.
23. Chalub LLF, Péret ACA. Desempenho do Índice Periodonyal Comunitário (CPI) na determinação da condição periodontal: enfoque no exame parcial. *Arqu Bras odontol*. 2010; 6(3):155-62.
24. Snoek FJ. Quality of Life:A closer look at measuring patients'well-being. *Diabetes Spectrum*. 2000; volume 13, page 24.
25. Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups

- worldwide. [Comparative Study, Multicenter Study]. *Health Psychol.*1999; 18(5), 495-505.
26. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc.Sci.Med.*1995; 41(10): 1403-9.
  27. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001; 29(3), 195-203.
  28. Silva I, Meneses RF, Silveira A. Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.* 2007; 4, 264 - 74.
  29. Martín JM. Calidad de vida oral en población genreal. Dissertação [doutoramento em Medicina Dentária]. Granada: Facultad de Odontología, Universidad de Granada; 2006.
  30. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25:284-90.
  31. Afonso A, Silva I, Meneses R, Bulhosa JF. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação portuguesa de OHIP-14. *Psicologia, Saúde e Doenças.* 2017;18(2):374-88.
  32. Reis SCGB, Marcelo VC. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia,2005. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2006;11(1):191-9.
  33. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde : um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo.*Rev Med (São Paulo).* 2007; 86 (1): 28-38.
  34. Dikmen B. ICDAS II criteria (international caries detection and assessment system). *J Istanbul Univ Fac Dent.* 2015; 49(3):63-72.
  35. World Health Organization. Expert Committee on Dental Health. Standartization of reporting of dental diseases and conditions: report of an Expert Committee on Dental Health. Geneva: World Health Organization; 1962.
  36. Pilot T, Barmes DE, Leclercq MH, McCombie BJ, Sardo Infirri J. Periodontal conditions in adolescents, 15-19 years of age: na overview of CPITN data in the WHO Global Oral Data Bank. *Community Dent Oral Epidemiol* 1987; 15: 336-8
  37. Ericsson J. Periodontal health among Swedish adolescents: Clinical, phycosocial and behavioral perspectives. Tese – University of Guthenburg – Institute of Odontology; 2013

38. Regra DGS. Promoção da saúde oral: uma experiência de prevenção de cárie num concelho rural. Dissertação [mestrado em Saúde Comunitária] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas; 2011.
39. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2013; 54 (1):27-32.
40. Fraga S, Ramos E, Barros H. Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(4): XX-XX.
41. Johnson GK, Guthmiller JM. The impact of cigarette smoking on periodontal disease and treatment. *Periodontology.* 2007; 44:178–194
42. Park S. Smoking and adolescent health. *Korean J Pediatr.* 2011; 54(10):401-404.
43. Zemaitiene M, Grigalauskiene R, Vasiliauskiene I, Saldunaite K, Razmiene J, Slabsinskiene E. Prevalence and severity of dental caries among 18-year-old Lithuanian adolescents. *Medicina* 52. 2016; 54-60
44. Jenkins WMM, Papanou PN. Epidemiology of periodontal disease in children and adolescents. *Periodontology 2000.* 2001;26:16-32.
45. Spezzia S. Alterações periodontais na adolescência. *Braz J Periodontol.* 2008;28(1):43-47.
46. Takeuchi MY, Ekuni D, Mizutani S, Kataoka K, Tabata AT, Azuma T, Furuta M, Tomofuji T, Iwasaki Y, Morita M. Associations among oral health-related quality of life, subjective symptoms, clinical status, and self-rated oral health in Japanese university students: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2016;16:127.
47. Drachev SN, Brenn T, Trovik TA. Oral health-related quality of life in young adults: a survey of Russian undergraduate students. *International journal of environmental research and public health.* 2018;15:719.
48. Palma PV, Caetano PL, Leite IC. Impact of periodontal diseases on Health-related quality of life of users of the Brazilian unified health system. *International Journal of Dentistry.* 2013;1-6
49. Borrell C, Artazcoz L. Inequalities gender on health: challenges for the future. *Revista Espanola de Salud Pública.* 2008;82:245-9.
50. Lira MOSC, Carvalho MFAA. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. *Rev Rene.* 2013;14(1):71-81.
51. Papaioannou W, Oulis C, Latsou D, Yfantopoulos J. Oral health-related quality of life of Greek adults: a cross-sectional study. *International Journal of Dentistry.* 2011;360292.

52. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JL. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Caderno de Saúde Pública*. 2002;18:755-763.
53. Afonso AC, Silva I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral e variáveis associadas: revisão integrativa. *Psicologia, saúde e doenças* . 2015;16(3):311-30.
54. Monteiro A. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral em pacientes com diabetes tipo 2: relação com variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Dissertação [mestrado em Saúde Pública] Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde pública; 2018.
55. Lapresa LB, Barbero BS, Arizaleta LH. Prevalencia de hábitos bucodentales saludables em la poblacion infanto-juvenil residente em Espana. *Na Pediatr (Barc)*. 2012;76(3): 140-47.
56. Beaglehole RH, Benzian HM. Tobacco or oral health: an advocacy guide for oral health professionals. France: FDI World Dental Federation; 2005.
57. Shah AH, Elhaddad SA. Oral hygiene behavior, smoking, and perceived oral health problems among university students. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2015; 5(4):327-33.
58. Vale EB, Mendes AC, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Ver Saúde Pública*. 2013; 47(3):98-108.