

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina Dentária



**Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos
estudantes da Universidade de Lisboa**

Mónica Sofia Chantre da Luz

Orientadores:

Professor Doutor Mário Filipe Cardoso de Matos Bernardo

Professora Doutora Sónia Alexandra Mateus Flores Mendes Borralho

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2020

Agradecimentos

Este trabalho representa o culminar de uma caminhada cheia de altos e baixos, de desafios constantes e que não foi nada fácil, porém crucial para o meu crescimento a todos os níveis, essencialmente pessoal e profissional. Por outro lado, traduz-se no fim de um dos capítulos mais importantes da minha vida e que nada seria possível sem o apoio de pessoas e instituições muitíssimo importantes durante toda a minha trajetória académica. Ao longo destes anos de muito trabalho, esforço e dedicação, tive o privilégio de conhecer e o prazer de trabalhar com pessoas incríveis que me enriqueceram de aprendizado, pelo qual sou e serei eternamente grata por tudo. Assim, dedico os meus sinceros agradecimentos:

Ao meu orientador, Professor Doutor Mário Bernardo e à minha coorientadora, Professora Doutora Sónia Mendes, por toda a partilha de conhecimento durante estes cinco anos de curso e, essencialmente no último ano, pela aceitação da proposta de estudo e por todas as sugestões e correções aquando a elaboração deste trabalho. Agradeço por todo o apoio, atenção, disponibilidade, paciência, dedicação e motivação. Ambos, por serem verdadeiramente excelentes Professores e exemplos de orientadores, desde o primeiro instante até o fim da minha dissertação. Foi uma experiência bastante enriquecedora e um prazer enorme trabalhar e, sobretudo, aprender muito com o vosso rigor, organização e excelência de ensino. Um muitíssimo obrigada!

Ao Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da FMDUL, Professor Doutor João Aquino Marques, pela análise do questionário e sua autorização à realização deste estudo.

Às Associações de Estudantes de todas as Faculdades da Universidade de Lisboa e à plataforma virtual de estudantes caboverdianos em Portugal “Caloiros de Cabo Verde”, pelo *feedback* positivo dos responsáveis e pela ajuda na distribuição do questionário.

A todos os estudantes da Universidade de Lisboa, pela participação no estudo e que sem a vossa colaboração não seria possível a realização do mesmo.

Aos Serviços de Ação Social da Universidade de Lisboa (SASUL), pelo apoio financeiro nestes três últimos anos do curso.

Aos meus pais, Manuel Januário da Luz e Eugénia Maria Chantre Duarte da Luz, a quem devo tudo na minha vida, pelo amor, educação e apoio incondicional, por serem a minha maior referência e motivação de estudo, trabalho, luta, força e dedicação. Desde muito pequena ensinaram-me que “a vida é feita de sacrifícios que no final valem a pena” e hoje, mais do que

nunca, faz todo o sentido. Os que sempre acreditaram em mim, que nunca deixaram desistir dos meus sonhos e que fizeram os possíveis e os impossíveis à minha felicidade e conclusão da minha formação Superior. A vitória é nossa. Amo-vos incondicionalmente!

Aos meus irmãos, Alcinda, Edna, Anselmo e Emanuel, os pilares da minha vida, por todos os momentos vividos juntos, pelo amor e cuidado, por todo o apoio, pela parceria e camaradagem, pela nossa união e pelo ‘‘um por todos e todos por um’’, independentemente da distância.

Às minhas tias, Filomena e Ziza Chantre, pela vossa amabilidade e por me acolherem tão bem em Portugal, por cada mimo e conselho que fez da minha estadia a melhor possível.

À minha melhor amiga, Suellen, pelos 12 anos de irmandade, amor e cumplicidade, por fazer parte das melhores conquistas e dos momentos mais felizes da minha vida.

Aos familiares e amigos em Cabo Verde, que mesmo longe estiveram sempre presentes e, principalmente, aos meus avós Maria, Filipe, Antónia e Januário, pelo exemplo de simplicidade e humildade, por todos os ensinamentos de vida, pelos conselhos e por sempre acreditarem e sentirem-se orgulhosos de cada conquista minha. Aos restantes familiares e amigos em Portugal e na diáspora, em especial as minhas primas Marília e Luísa Chantre, por todo o carinho, apoio, força e motivação e pelos momentos incríveis.

À minha segunda família, a FMDUL e toda a sua comunidade, especialmente os amigos e colegas de curso que conheci e me acompanharam ao longo destes anos e, sobretudo, as minhas duplas e triplas do 4º e 5º anos, por todo o apoio, paciência e atenção e pelos bons momentos de trabalho em equipa. Aos meus veteranos, em especial a Melanie Wahnou e o André Querido, pela partilha de experiências, dicas e conselhos durante o meu percurso pela faculdade. À minha caloira, Andreia Lopes, a amiga-irmã e parceira de todas as horas, por ter cruzado o meu caminho no melhor momento, pela nossa cumplicidade e amizade genuína, e por todos os momentos inesquecíveis vividos dentro e fora da faculdade. Às minhas amigas do grupo ‘‘FMDULindas’’, por fazerem os dias na faculdade serem mais leves, por todos os momentos de muita risada e diversão e pela nossa amizade que levo pra vida, em especial a Daniela Peixoto, Patrícia Reis e Sandrine Almeida, as lindas que sempre estiveram comigo nos bons e maus momentos na FMDUL e, principalmente, por todo o amor, carinho e atenção que me deram e que fizeram dos meus dias, nos últimos 3 anos, mais felizes.

A todos que partilharam comigo esta caminhada, **a minha sincera e eterna gratidão!**

“Posso todas as coisas em Cristo que me fortalece.”

“Porque para Ele nada é impossível.”

Filipenses 4:13 e Lucas 1:37

Resumo

A Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral (QdVRSO) é uma parte integrante da saúde e bem-estar que visa avaliar o impacto da saúde oral em aspetos da vida pessoal e social. O estudo teve como objetivos estudar a QdVRSO e relacioná-la com os comportamentos sociodemográficos e académicos, os comportamentos de saúde oral, a presença de problemas orais e a autoperceção de saúde oral.

A recolha de dados foi realizada através da distribuição de um questionário *online* composto por 30 perguntas, que incluiu características sociodemográficas e académicas, comportamentos e estado de saúde oral autorrelatados e a versão portuguesa do *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). Foi realizada a estatística descritiva e utilizados os testes Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis ($\alpha=0,05$).

A amostra do estudo foi constituída por 1041 estudantes da Universidade de Lisboa (UL), com idades entre os 18 e 58 anos (média=21,87 e $dp=4,23$), sendo a maioria do sexo feminino (79,7%). O valor médio global de *OHIP-14* foi de 5,91 ($dp=6,61$) e 90,1% dos estudantes apresentou valores de *OHIP-14* situados entre 0 e 14, correspondentes a uma melhor QdVRSO. O desconforto psicológico e a dor física foram as dimensões do *OHIP-14* com maior impacto na QdVRSO. A região de origem africana, cursos não relacionados com a saúde, alteração para pior dos hábitos de higiene oral após entrada na universidade, maior frequência de consumo de alimentos ou bebidas açucaradas, ida a consultas de saúde oral por urgência, não ida a consultas de saúde oral por motivos económicos, história de problemas de saúde oral, autorrelato de problemas orais e autoperceção negativa do estado de saúde oral relacionaram-se de forma significativa ($p<0,05$) com uma pior QdVRSO.

A maioria dos estudantes da UL apresentou uma boa QdVRSO, comportamentos de saúde oral adequados e um bom estado autorrelatado de saúde oral.

Abstract

The Oral Health-related Quality of Life (OHRQoL) is an essential part of health and well-being that aims to assess the impact of oral health on aspects of personal and social life. The study aimed to study the OHRQoL and relate it to sociodemographic, academic behaviors, oral health behaviors, the presence of oral problems and self-perception of oral health.

Data collection was carried out through the distribution of an online questionnaire consisting of 30 questions, which included self-reported sociodemographic and academic characteristics, behaviors and oral health status, and the Portuguese version of the Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Descriptive statistic was performed and the Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used ($\alpha=0,05$).

The study sample consisted of 1041 students from the University of Lisbon (UL), aged between 18 and 58 years old (mean=21,87 and SD=4,23), the majority being female (79,7%). The global mean value of OHIP-14 was 5,91 (SD=6,61) and 90,1% of the students presented OHIP-14 values between 0 and 14, corresponding to a better OHRQoL. Psychological discomfort and physical pain were the dimensions of OHIP-14 with the greatest impact on OHRQoL. An african origin, courses not related to health, changes for worse in oral hygiene habits after entering university, worse frequency of food consumption or sugary drinks, going to oral health consultations in the context of urgency, not going to oral health consultations for economic reasons, history of oral health problems, self-reported oral problems and negative self-perception of oral health status were significantly related ($p<0,05$) to a worse OHRQoL.

Most UL students had a good OHRQoL, adequate oral health behaviors and a good self-reported state of oral health.

Palavras-chave

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

OHIP-14

Comportamentos de saúde oral

Saúde oral autorrelatada

Estudantes universitários

Key-words

Oral health-related quality of life

OHIP-14

Oral health behaviors

Self-reported oral health

University students

Índice

Índice de tabelas e figuras	xii
Lista de abreviaturas	xiii
I. Introdução	1
1. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral	2
2. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral de estudantes universitários	4
II. Objetivos do estudo	7
III. Materiais e Métodos	9
1. População-alvo e seleção da amostra	9
2. Recolha de dados	9
3. Variáveis do estudo	10
4. Análise estatística	10
5. Questões éticas	12
IV. Resultados	13
1. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral	14
2. Caracterização da amostra relativamente às suas características sociodemográficas e académicas	15
3. Caracterização da amostra relativamente aos comportamentos de saúde oral, aos hábitos alimentares e tabágicos e à visita ao profissional de saúde oral	16
4. Caracterização da amostra relativamente ao estado autorrelatado de saúde oral	18
V. Discussão	21
1. QdVRSO dos estudantes da UL	22
2. QdVRSO e os comportamentos de saúde oral dos estudantes da UL	23
3. QdVRSO, o autorrelato do estado de saúde oral e a autoperceção de saúde oral	27
VI. Conclusões	29
Referências bibliográficas	31
Apêndices	39
Apêndice I	39
Apêndice II	43
Apêndice III	44

Índice de tabelas e figuras

Tabelas

Tabela 1. Descrição das variáveis do estudo	11
Tabela 2. Distribuição da amostra segundo as Escolas da Universidade de Lisboa	13
Tabela 3. Frequências relativas e absolutas das respostas às questões do OHIP-14	14
Tabela 4. Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas e académicas e relação com os respetivos valores do OHIP-14	15
Tabela 5. Distribuição da amostra segundo os comportamentos de saúde oral, hábitos alimentares e tabágicos, visita ao profissional de saúde oral e relação com os respetivos valores do OHIP-14	17
Tabela 6. Distribuição da amostra segundo o estado autorrelatado de saúde oral e relação com os respetivos valores do OHIP-14	19

Figuras

Figura 1. Distribuição da amostra segundo o valor global do OHIP-14	14
---	----

Lista de abreviaturas

CPO	Dentes cariados perdidos e obturados
dp	desvio padrão
DTM's	Disfunções temporo-mandibulares
FMDUL	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
HO	Higiene oral
IG	Índice gengival
IPH	Índice percentual de hemorragia
IPP	Índice percentual de placa bacteriana
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMD	Ordem dos Médicos Dentistas
OMS	Organização Mundial da Saúde
QdVRSO	Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
UL	Universidade de Lisboa

I. Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os conceitos contemporâneos de saúde incluem a noção de bem-estar físico, psicológico e social para além da mera ausência de doença.⁽¹⁾

A saúde oral encontra-se diretamente relacionada com a saúde geral⁽²⁾ e traduz-se pela ausência de dor orofacial crónica e condições patológicas orofaríngeas que influenciam o desenvolvimento físico e mental do indivíduo, a fonética, a mastigação, a estética, o modo de vida bem como a sua socialização.^(1,3-5) Desta forma, tanto a saúde geral como a saúde oral são essenciais para o bem-estar do indivíduo nas suas várias dimensões.

As patologias orais encontram-se entre as doenças crónicas mais prevalentes, tendo uma enorme relevância em termos de saúde pública devido à sua prevalência, ao seu impacto sobre a sociedade e às despesas inerentes ao seu tratamento^(6,7). As patologias orais são consideradas pela OMS, como as quartas doenças com tratamento mais dispendioso, ainda que sejam das mais fáceis de serem prevenidas.⁽¹⁾

A cárie dentária e as doenças periodontais são as patologias orais mais comuns, afetando milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria adultos e crianças, independentemente da idade, género, raça e/ou situação socioeconómica, sendo as principais causas de dor e perda dentária.^(2,7)

A má-oclusão e as disfunções temporo-mandibulares (DTM's) são condições frequentes na população jovem-adulta e encontram-se na terceira posição no que se refere aos problemas de saúde oral, associadas a uma má qualidade de vida causada pela função oral limitada, dor e incapacidade social. O seu tratamento melhora, não só a função oral e a estética facial, como reduz emoções, sofrimento e melhora a autoestima, a socialização e a qualidade de vida.^(4,8,9-12)

Posto isto, a saúde oral não se limita apenas à ausência de dor ou à sobrevivência de dentes, pois a prevenção e o tratamento das doenças orais também são fatores cruciais para a autoestima e o bem-estar geral.⁽⁴⁾

Assim, as definições de saúde, doença e qualidade de vida envolvem avaliações pessoais e sociais, mediante valores inerentes à sociedade. Estes conceitos estão em constante evolução e podem variar de acordo com os contextos sociais, culturais, políticos e práticos nos quais são avaliados.⁽¹³⁾

1. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral

A avaliação da saúde oral por critérios exclusivamente clínicos impossibilita a análise do impacto dos problemas orais na vida e no bem-estar geral.^(4,11) A qualidade de vida é reconhecida como sendo um parâmetro válido, usado para avaliação em diferentes áreas da saúde, incluindo a saúde oral. Além disso, permite considerar o impacto da saúde oral em aspetos da vida pessoal e social, incluindo autoestima, interação social, desempenho escolar e profissional.^(8,14) Estes aspetos correspondem à noção de “Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral” (QdVRSO), a qual é uma parte integrante da saúde e bem-estar geral e é reconhecida pela OMS como um segmento importante do Programa Global de Saúde Oral.^(1,6) Assim sendo, a avaliação da QdVRSO tem como principal objetivo determinar os efeitos psicossociais decorrentes do estado de saúde oral.⁽⁴⁾

A autoperceção de saúde oral é definida pela noção que o indivíduo tem da sua saúde oral e a importância da mesma na sua vida e contexto social. Nos estudos epidemiológicos, refere-se a uma medida subjetiva em que os indivíduos avaliam o seu estado de saúde oral através de uma escala de cinco pontos, desde o muito bom ao mau.⁽¹⁵⁾ Deste modo, este estabelece uma visão própria sobre os determinantes de saúde oral que influenciam o seu bem-estar e qualidade de vida.⁽⁴⁾

A qualidade de vida corresponde ao conjunto de perceções do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores presentes na sociedade em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.⁽¹⁴⁾

Estudos demonstraram que jovens e adultos de meia-idade relatam pior higiene oral do que os adultos mais idosos, apesar dos problemas orais tenderem a aumentar com a idade.^(8,16) Contudo, a maioria dos jovens tem uma autoperceção positiva de saúde oral, embora esta tenda a diminuir com a idade em ambos os sexos.⁽¹⁷⁾

A autoperceção de saúde oral é mais positiva nos rapazes do que nas raparigas, em todas as idades.^(4,16) As mulheres jovens, inclusive com baixo nível de escolaridade, apresentam piores autoavaliações de saúde oral, comparativamente aos homens e idosos.^(8,13,16)

A prevalência das doenças orais é maior em indivíduos com pior autoperceção de saúde oral, com impacto negativo na qualidade de vida. Posto isto, a autoperceção de saúde oral está intimamente relacionada com o estado de saúde oral e com a QdVRSO.⁽¹⁵⁾

A QdVRSO é definida como uma avaliação subjetiva que reflete o bem-estar geral do indivíduo em aspetos comuns do seu quotidiano, como falar, comer, dormir, bem como a satisfação com a sua saúde oral, a sua autoestima, desempenho escolar e profissional e interação social.^(5,6,14,18) O conceito multidimensional de QdVRSO engloba o modelo biopsicossocial de saúde, incluindo diversos fatores, tais como, o socioeconómico, o estado de saúde oral, sua autoperceção e fatores psicológicos relacionados com a saúde.^(11,16)

Apesar de seu surgimento relativamente recente nas últimas décadas, a qualidade de vida relacionada com a saúde oral é considerada um critério valioso de saúde com implicações importantes para a prática clínica em Medicina Dentária, investigação e educação em saúde oral.^(14,19) Em relação a abordagem clínica dos pacientes, a QdVRSO tem um papel importante que se traduz no reconhecimento dos profissionais de saúde oral de que eles não tratam meramente a cavidade oral, mas sim, seres humanos.⁽¹⁹⁾

Deste modo, após a preconização e reconhecimento da importância de indicadores psicossociais de saúde oral, foram investidos esforços para o desenvolvimento de instrumentos para medir a QdVRSO.^(14,19) Fundamentalmente, existem três categorias de medição da QdVRSO, que são os indicadores sociais, a autoperceção geral e os questionários com múltiplos itens, sendo o último o mais utilizado.⁽¹⁹⁾ Os questionários com múltiplos itens variam muito em termos de número e formato de perguntas e respostas. Além disso, o número de instrumentos continua a crescer rapidamente mediante necessidades específicas.⁽¹⁹⁾

Na Primeira Conferência Internacional sobre Medição de Saúde Oral foram apresentados dez instrumentos para avaliar a QdVRSO, que foram exaustivamente testados quanto à sua validade, confiabilidade e capacidade de resposta, dos quais se destacam: ‘*Sociodental Scale – 14*’; ‘*RAND dental index – 3*’; ‘*General oral health assessment index – 12*’; ‘*Dental impact profile – 25*’; ‘*Oral health impact profile – 49*’; ‘*Subjective oral health status indicators – 42*’; ‘*Oral health quality of life inventory – 56*’; ‘*Dental impact on daily living – 36*’; ‘*Oral health-related quality of life – 3*’ e; ‘*Oral impact on daily performances – 9*’.⁽¹⁹⁾

Um dos instrumentos mais utilizados na literatura é o questionário ‘*Oral Health Impact Profile*’ (OHIP), traduzido para o português como “Perfil do Impacto da Saúde Oral”, um instrumento bem conhecido internacionalmente e um dos mais sofisticados para medir a QdVRSO, devido às suas qualidades psicométricas e capacidade de medir a autoperceção das consequências relativas às doenças orais.^(3,8,18,20,21) O OHIP foi desenvolvido com o objetivo de fornecer uma medida abrangente da disfunção, desconforto e incapacidade autorrelatadas

das condições orais, afim de complementar os indicadores epidemiológicos orais convencionais, fornecendo informações sobre o impacto das doenças orais nas populações e a eficácia dos serviços de saúde na redução desse impacto.⁽²⁰⁾

A primeira versão do OHIP, desenvolvida e validada por *Slade* em 1994⁽²³⁾, baseia-se no modelo de saúde oral de *Locker*⁽²²⁾, que engloba as três dimensões (física, psicológica e social) da saúde oral distribuídas por sete dimensões de qualidade de vida, nomeadamente, limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem.⁽¹⁹⁻²³⁾ Esta versão é composta por 49 itens (OHIP-49) distribuídas pelas sete dimensões. Os entrevistados avaliam em cada item a frequência do problema através de uma escala de 5 possibilidades de resposta (nunca, raramente, às vezes, repetidamente e sempre), sendo atribuída uma pontuação de 0 a 4 em cada resposta.^(20,23)

Em 1997, *Slade* desenvolveu, através de uma análise de regressão do índice original, uma nova versão mais simplificada do OHIP constituída por 14 itens (OHIP-14), com dois itens em cada dimensão de medida.⁽²⁴⁾ A pontuação geral do OHIP-14 e as pontuações dos domínios são obtidas através da soma dos pontos obtidos da resposta para cada item, sendo a pontuação máxima possível de 56 pontos (4x14). Posto isto, uma pontuação mais elevada corresponde a uma menor QdVRSO.^(8,16,25,26)

2. Qualidade de Vida relacionada a Saúde Oral de estudantes universitários

Os estudantes universitários passam por um período de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, caracterizado pela transição dinâmica entre a adolescência e a idade adulta, associada com a saída do Ensino Secundário e entrada para o Ensino Superior.^(18,27)

O ingresso ao Ensino Superior é caracterizado por inúmeros desafios psicossociais, faz com que muitos estudantes tenham de continuar os estudos fora de casa. Pela primeira vez nas suas vidas, têm de enfrentar a separação dos familiares e amigos, encarar uma nova realidade e tornar-se mais independentes nas suas escolhas, o que poderá acarretar implicações para a sua saúde, mudanças no estilo de vida e dos comportamentos que incluem a alimentação, o uso de tabaco e o consumo de álcool.⁽²⁷⁾ Quando ocorrem alterações negativas de comportamentos de saúde oral, o estado clínico tende a agravar-se. Além disso, comportamentos inadequados de saúde oral, como um alto consumo de hidratos de carbono, hábitos inadequados de

escovagem, podem levar a efeitos adversos na saúde oral e consequentemente na QdVRSO.^(18,28,29)

Por outro lado, a ansiedade e o medo relativamente aos procedimentos clínicos dentários são comportamentos comuns na população jovem, caracterizados por uma forte associação com problemas de saúde oral, frequência reduzida de idas ao dentista, maior insatisfação com a estética facial e dentária, essencialmente no sexo feminino, dieta inadequada, consumo de tabaco, constrangimentos relacionados com momentos de dor e disfunção. Estes aspetos criam o chamado ciclo vicioso de ansiedade, o que interfere com a saúde psicossocial e, consequentemente, com a qualidade de vida.⁽³⁰⁻³²⁾

Diversos estudos têm sido feitos em diferentes países com o objetivo de analisar os conhecimentos e comportamentos de saúde oral numa população de estudantes universitários, sobretudo nos estudantes das ciências de saúde oral.^(8,18,29,33,34) Os resultados obtidos relatam melhores comportamentos de saúde oral nos estudantes das ciências de saúde oral, essencialmente nos anos clínicos do curso, comparativamente aos primeiros anos pré-clínicos, o que reflete a experiência educacional e sua perceção sobre a importância do conhecimento adquirido durante o curso, da prevenção de doenças e do seu compromisso com a melhoria da saúde oral dos seus pacientes.^(29,35,36)

Deste modo, assume-se que os estudantes e futuros profissionais de saúde oral têm um papel importante na educação e promoção da saúde oral na população. Contudo, para além do ensino e motivação para hábitos alimentares e de higiene oral, os seus comportamentos devem melhorar para servir como exemplos positivos de saúde para os seus pacientes, familiares e amigos.^(29,34,35)

Têm sido realizados vários estudos sobre a QdVRSO em jovens-adultos, incluindo jovens universitários, em diversos países, tais como Rússia⁽⁸⁾, China⁽³⁷⁾, Japão⁽¹⁸⁾, Malásia⁽¹⁰⁾, Suécia⁽²⁵⁾, Tanzânia^(13,38), Austrália⁽²⁶⁾, Coreia⁽¹¹⁾, Índia⁽³⁾, e Portugal.⁽²¹⁾

A hipótese sugerida nos diferentes estudos foi de que estudantes universitários com melhor autoperceção da saúde oral, estado clínico e comportamentos de saúde oral, bem como menos sintomas orais subjetivos relatariam melhor QdVRSO.^(3,18) Por outro lado, é espetável que os estudantes das ciências de saúde estejam mais conscientes dos problemas relacionados com a saúde, incluindo a saúde oral. Além disso, estes estudantes tendem a ter um nível socioeconómico mais elevado bem como uma maior literacia em saúde, o que, por sua vez, pode levar à uma melhor autoavaliação da sua saúde oral e, eventualmente, maior

QdVRSO.^(3,39) No entanto, num estudo realizado uma amostra brasileira, quase metade dos estudantes de odontologia relatou impactos negativos na sua QdVRSO.⁽⁴⁰⁾ Adicionalmente, segundo um estudo sobre QdVRSO realizado numa amostra de 391 e 275 estudantes russos de medicina e medicina dentária, respetivamente, com idades entre os 18 e 25 anos, observou-se que 53,6% dos estudantes apresentaram reduzida QdVRSO nos últimos 12 meses e, que o sexo feminino, a área rural de residência na infância, autoavaliações negativas de estética dentária, insatisfação com a boca e os dentes e o índice de CPO estão significativamente e independentemente correlacionados com a QdVRSO.⁽⁸⁾

Os resultados presentes na literatura são inconsistentes. Enquanto que poucos estudos não verificaram uma evidente relação entre o estado de saúde oral e a QdVRSO^(25,37), a maioria dos outros estudos evidenciaram a existência da relação entre uma fraca saúde oral e uma pior qualidade de vida.^(8,11,18,38)

Assim sendo, de acordo com a evidência científica, existe uma necessidade de maior investigação nesta área e dada à escassez de estudos feitos em Portugal que avaliam o impacto da QdVRSO na população universitária^(4,7), considerou-se importante avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos estudantes das ciências de saúde e das demais áreas de formação académica da Universidade de Lisboa, afim de obter informação que suporte a criação de estratégias e políticas de saúde necessárias à promoção da saúde oral nesta população.

II. Objetivos do estudo

O presente trabalho tem como finalidade estudar a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral de estudantes da Universidade de Lisboa e, relacioná-la com os comportamentos de saúde oral e com a presença de problemas orais, ambos referidos pelos participantes.

Os objetivos específicos deste estudo são estudar na comunidade estudantil da Universidade de Lisboa:

- A QdVRSO através da aplicação do questionário OHIP-14;
- Os comportamentos relativos à saúde oral;
- Os problemas de saúde oral autorrelatados e a autoperceção do estado de saúde oral;
- A relação entre a QdVRSO e as características sociodemográficas, as características académicas, os comportamentos de saúde oral e a autoperceção de saúde oral.

III. Materiais e Métodos

Para alcançar os objetivos propostos, foi realizado um estudo epidemiológico transversal.

1. População-alvo e seleção da amostra

A população-alvo do estudo consistiu nos estudantes da Universidade de Lisboa (UL).

A UL é a maior universidade de Portugal e, atualmente, uma das maiores da Europa. Cerca de 17,8% dos estudantes da UL são internacionais, provenientes de mais de 100 países, o que a torna uma universidade cosmopolita e multicultural. No ano letivo de 2019-2020, a UL tinha 49 769 estudantes, estando 20 960 inscritos em Licenciaturas (1º ciclo), 14 301 em Mestrados Integrados (1º e 2º ciclos), 10 261 em Mestrados (2º ciclo) e 4 247 em Doutoramentos (3º ciclo).⁽⁴¹⁾

Foram incluídos todos os estudantes inscritos no ano letivo 2019/2020, nos diferentes ciclos de estudos das várias escolas da Universidade de Lisboa, com idades iguais ou superiores a 18 anos e que responderam voluntariamente ao questionário do estudo.

2. Recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através do preenchimento de um questionário *online* (Apêndice I) desenvolvido para o efeito com base na literatura existente.^(4,5,8,18,31,42)

O questionário era constituído por 30 perguntas e a maioria de resposta múltipla. Incluía uma secção que recolheu dados sociodemográficos, outra que recolheu informação sobre a saúde oral bem como os comportamentos e hábitos de saúde oral e por último uma sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Para estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral foi utilizada a versão portuguesa do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), traduzido para o português como “Perfil do Impacto da Saúde Oral”. A versão utilizada no presente estudo foi validada por Amaral e col.⁽⁴²⁾ O OHIP-14 é composto por 14 itens, integrando dois itens para cada uma das sete dimensões: Limitação Funcional, Dor Física, Desconforto Psicológico, Incapacidade Física, Incapacidade Psicológica, Incapacidade Social e Desvantagem. Os itens do OHIP-14 estão organizados de modo a que os participantes indiquem com que frequência experienciam cada

um dos problemas, dentro de um período de referência de 12 meses. As categorias de resposta e respetivas cotações são: Sempre=4; Repetidamente=3; Às vezes=2; Raramente=1; e Nunca=0. A severidade do impacto na QdVRSO é calculada através da soma de todos os itens do OHIP-14 e o seu valor total varia entre 0 e 56, sendo que valores mais altos correspondem a menor QdVRSO e vice-versa.^(8,20,25)

A distribuição do questionário foi realizada pela investigadora e aluna do 5º ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, a partir do mês de Janeiro até Junho de 2020, através do envio de uma mensagem por correio eletrónico aos representantes das associações de estudantes da Universidade de Lisboa, que por seu intermédio, divulgaram aos respetivos associados um convite para participar no estudo e a ligação à página do questionário na internet.

3. Variáveis do estudo

A descrição das variáveis do estudo e as respetivas escalas de mensuração está presente na Tabela 1.

4. Análise estatística

Para a realização da análise dos dados foi utilizado o programa informático *IBM SPSS Statistics* versão 26.

A análise descritiva das variáveis foi efetuada mediante o cálculo das frequências absolutas e relativas, bem como da média e desvio-padrão, quando aplicável.

A análise inferencial foi realizada através dos testes não-paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. O primeiro para comparar variáveis com duas categorias e o segundo para variáveis com três ou mais categorias. Nos casos em que se obteve significância estatística no teste de Kruskal-Wallis foram realizadas comparações múltiplas com o teste de Mann-Whitney e correção de Bonferroni.

O nível de significância estatística utilizado em todos os testes foi de 5%.

Tabela 1. Descrição das variáveis do estudo.

	Variável	Descrição	Escala
Caracterização da Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral	Questões do OHIP-14	Nunca; Raramente; As vezes; Repetidamente; Sempre	Ordinal
	Valor global do OHIP-14	Soma das respostas do OHIP-14 por participante	De Razão
Caracterização sociodemográfica e académica	Género	“feminino”; “masculino”.	Nominal
	Grupo etário	“≤19 anos”; “20-24 anos”; “25-29 anos”; “≥ 30 anos”.	Ordinal
	Região de origem	“África”; “América Latina”; “Ásia”; “Europa”	Nominal
	Área do curso	“Saúde oral”; “Saúde”; “Não saúde”.	Nominal
	Ciclo de estudos	“Licenciatura”; “Mestrado Integrado - 1º ciclo”; “Mestrado Integrado - 2º ciclo”; “Mestrado”; “Doutoramento”; “Curso não conferente de grau”	Ordinal
Caracterização dos comportamentos de saúde oral, hábitos alimentares e tabágicos e visita ao profissional de saúde oral	Frequência de escovagem	“Menos de 1 vez por dia; 1 vez por dia; 2 ou mais vezes por dia”	Ordinal
	Uso de fio dentário	“Sim”; “Não”	Nominal
	Uso de pasta fluoretada	“Sim”; “Não”; “Não sei”	Nominal
	Alteração de hábitos de higiene oral após entrada na universidade	“Sim, para melhor”; “Sim, para pior”; “Não se alteraram”	Nominal
	Frequência de consumo de alimentos açucarados	“Todos os dias”; “A maioria dos dias”; “Raramente”; “Nunca”	Ordinal
	Consumo de tabaco	“Sim”; “Não, mas já fui”; “Não, nunca fui”	Nominal
	Forma de consumo de tabaco	“Cigarros tradicionais”; “Cigarros de tabaco aquecido”; “Cigarros eletrónicos”; “Charutos”; “Cachimbo” “Tabaco para mascar”; “Tabaco para cheirar”; “Outro”	Nominal
	Última consulta de saúde oral	“Nunca fui”; “Há menos de um ano”; “Entre 1 e 2 anos”; “Há mais de 2 anos”	Ordinal
	Motivo da consulta de saúde oral no último ano	“Nunca fui”; “Revisão/limpeza”; “Urgência”; “Tratamento”; “Aparelho ortodôntico”; “Outro”	Nominal
Motivo de não ir à consulta de saúde oral no último ano	“Por falta de tempo”; “Por não precisar”; “Por não gostar de ir ao dentista/higienista”; “Por motivos económicos” “Por ter receio”; “Outro”	Nominal	
Caracterização do estado autorrelatado de saúde oral	Dentes naturais	“Número de dentes presentes na boca”	De Razão
	Uso de prótese dentária/implante	“Sim”; “Não”	Nominal
	História de problemas de saúde oral	“Sim”; “Não”	Nominal
	Autorrelato de problemas de saúde oral	“Hemorragia gengival”; “Cárie dentária”; “Traumatismo dentário”; “Doença periodontal”; “Bruxismo”; “Problemas da articulação temporomandibular” “Cancro oral”; “Outro”	Nominal
	Autoperceção do estado de saúde oral	“Muito bom”; “Bom”; “Razoável”; “Mau”; “Muito mau”	Nominal

5. Questões éticas

Antes de iniciar a investigação, o protocolo do estudo foi submetido e aprovado pelo Conselho de Ética para a Saúde da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.

Na página inicial do questionário foi apresentada toda a informação relativa ao estudo (âmbito, objetivos, características do estudo, duração estimada e recomendações do preenchimento). Também foi explicado que a participação era voluntária e completamente anónima.

O consentimento informado livre e esclarecido encontrava-se implícito aquando da resposta e submissão do questionário por parte do participante. Os dados recolhidos eram anónimos e foram tratados estatisticamente e utilizados para elaboração da dissertação de mestrado.

IV. Resultados

Durante o período em que o questionário foi divulgado e esteve disponível para preenchimento foram obtidas um total de 1044 respostas. Destas, foram excluídas 2 por se tratar de estudantes de outras universidades e 1 por ser um participante menor de 18 anos. Desta forma, a amostra do estudo foi constituída por 1041 participantes.

A idade média dos participantes foi de 21,87 (dp=4,23), com um mínimo de 18 e um máximo de 58 anos de idade. A maioria dos participantes era do sexo feminino (79,7%) e encontraram-se representadas todas as escolas da Universidade de Lisboa, com exceção do Instituto de Ciências Sociais.

Na Tabela 2 encontra-se a distribuição da amostra relativamente às escolas da Universidade de Lisboa.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo as Escolas da Universidade de Lisboa.

	%	n
Faculdade de Arquitetura	3,0	31
Faculdade de Belas-Artes	3,4	35
Faculdade de Ciências	5,1	53
Faculdade de Direito	12,0	125
Faculdade de Farmácia	9,6	100
Faculdade de Letras	5,5	57
Faculdade de Medicina	9,2	96
Faculdade de Medicina Dentária	24,9	259
Faculdade de Medicina Veterinária	8,5	88
Faculdade de Motricidade Humana	4,1	43
Faculdade de Psicologia	1,4	15
Instituto de Educação	1,3	14
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território	0,8	8
Instituto Superior de Agronomia	1,9	20
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas	0,8	8
Instituto Superior de Economia e Gestão	2,2	23
Instituto Superior Técnico	6,3	66
Total	100,0	1041

1. Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral

O valor médio global do OHIP-14 foi de 5,91 (dp=6,61), sendo o valor mínimo encontrado de 0 e o máximo de 53. A grande maioria dos estudantes (90,1%) situou-se no intervalo mais baixo de valores do OHIP-14 (0-14) e apenas 1,4% se situou no intervalo mais elevado, correspondente a uma pior QdVRSO (Figura 1).

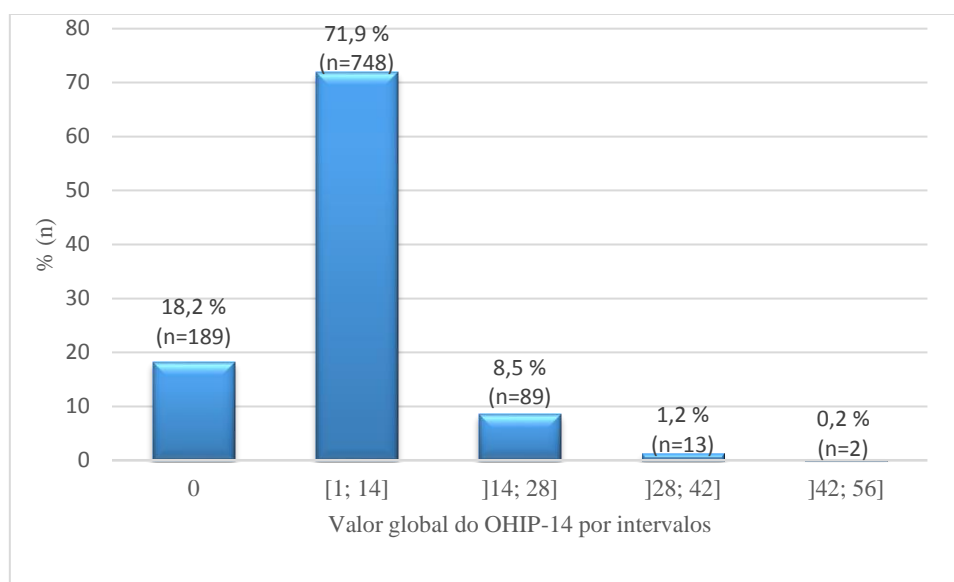


Figura 1. Distribuição da amostra segundo o valor global do OHIP-14 (n=1041).

Tabela 3. Frequências relativas e absolutas das respostas às questões do OHIP-14.

	Nunca % (n)	Raramente % (n)	Às vezes % (n)	Repetidamente % (n)	Sempre % (n)
Limitação Funcional					
Teve problemas em pronunciar alguma palavra	90,0 (937)	5,5 (57)	3,6 (37)	0,6 (6)	0,4 (4)
Sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado	91,8 (956)	6,5 (68)	1,5 (16)	0,1 (1)	0,0 (0)
Dor Física					
Sentiu dores na boca ou nos seus dentes	32,0 (333)	35,9 (374)	25,6 (267)	6,0 (62)	0,5 (5)
Sentiu-se desconfortável ao comer algum alimento	50,5 (526)	26,5 (276)	17,5 (182)	4,8 (50)	0,7 (7)
Desconforto Psicológico					
Sentiu-se preocupado(a)	39,2 (408)	25,2 (262)	23,4 (244)	9,1 (95)	3,1 (32)
Sentiu-se nervoso(a)	54,4 (566)	23,1 (240)	15,1 (157)	5,6 (58)	1,9 (20)
Incapacidade Física					
A sua alimentação ficou prejudicada	82,4 (858)	11,4 (119)	4,1 (43)	1,3 (14)	0,7 (7)
Teve de interromper refeições	85,9 (894)	9,1 (95)	3,2 (33)	1,2 (13)	0,6 (6)
Incapacidade Psicológica					
Encontrou dificuldade para relaxar	78,2 (814)	12,7 (132)	6,3 (66)	1,8 (19)	1,0 (10)
Sentiu-se envergonhado(a)	72,0 (749)	14,9 (155)	7,7 (80)	3,8 (40)	1,6 (17)
Incapacidade Social					
Ficou irritado(a) com as outras pessoas	88,7 (923)	7,4 (77)	2,7 (28)	1,0 (10)	0,3 (3)
Teve dificuldade em realizar as suas tarefas diárias	88,7 (923)	7,6 (79)	2,5 (26)	0,9 (9)	0,4 (4)
Desvantagem					
Sentiu que a sua vida, em geral, ficou pior	87,3 (909)	8,6 (20)	2,7 (28)	0,9 (9)	0,5 (5)
Ficou totalmente incapacitado(a) para realizar as suas atividades	95,6 (995)	2,7 (28)	1,1 (11)	0,4 (4)	0,3 (3)

Na Tabela 3 apresentam-se as frequências relativas e absolutas das respostas a cada um dos itens do OHIP-14, agrupadas pelas suas dimensões. Verifica-se que as dimensões do OHIP-14 onde que foram relatados “Repetidamente” e “Sempre” com maior frequência, correspondem às dimensões de desconforto psicológico e de dor física. Pelo contrário, as dimensões mais positivas foram as da incapacidade física, psicológica e social, limitação funcional e desvantagem pois verificou-se uma maior frequência de “Nunca” nos itens com estas relacionados.

2. Caracterização da amostra relativamente às suas características sociodemográficas e académicas

Na Tabela 4 apresenta-se a distribuição da amostra relativamente às suas características sociodemográficas e académicas e a sua relação com os valores do OHIP-14.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo as características sociodemográficas e académicas e relação com os respetivos valores do OHIP-14.

	% (n)	OHIP-14			
		Min. (0)	Máx. (53)	Média (dp)	<i>p</i>
Género (n=1041)					
Masculino	20,3 (211)	0	40	5,98 (6,66)	0,804*
Feminino	79,7 (830)	0	53	5,89 (6,60)	
Grupo etário (n=1041)					
0-19 anos	25,9 (270)	0	47	5,86 (6,41)	0,102**
20-24 anos	59,9 (624)	0	53	5,99 (6,83)	
25-29 anos	9,4 (98)	0	31	6,28 (6,20)	
30 e mais anos	4,7 (49)	0	22	4,43 (5,58)	
Região de origem (n=1040)					
Europa	88,0 (915)	0	53	5,62 (6,21) ^a	0,008**
África	10,4 (108)	0	47	8,61 (9,21) ^b	
America Latina	1,4 (15)	0	16	4,60 (4,00) ^{ab}	
Ásia	0,2 (2)	0	3	1,50 (2,12) ^{ab}	
Área do curso (n=1041)					
Saúde oral	24,9 (259)	0	33	4,86 (5,72) ^a	0,001**
Saúde	31,5 (328)	0	35	5,42 (5,58) ^{ab}	
Não saúde	43,6 (454)	0	53	6,86 (7,59) ^b	
Ciclo de estudos (n=1041)					
Curso não conferente de grau	2,4 (25)	0	16	4,28 (4,97)	0,365**
Licenciatura (1º ciclo)	41,2 (429)	0	47	6,59 (7,66)	
Mestrado Integrado (1º ciclo)	23,8 (248)	0	29	5,53 (5,19)	
Mestrado Integrado (2º ciclo)	24,6 (256)	0	53	5,38 (6,23)	
Mestrado (2º ciclo)	6,4 (67)	0	26	5,79 (5,81)	
Doutoramento (3º ciclo)	1,5 (16)	0	22	4,81 (6,13)	

*Teste Mann-Whitney. **Teste Kruskal-Wallis. Os valores que partilham a mesma letra não são significativamente diferentes entre si.

A amostra do estudo (n=1041) ficou constituída por 429 inscritos em Licenciatura, 248 e 256 inscritos em Mestrados Integrados (1º e 2º ciclos respetivamente), 67 em Mestrado, 16 em Doutoramento e 25 em Curso não conferente de grau.

A maioria dos participantes são de origem Europeia (88,0%) e Africana (10,4%). Verificou-se que os estudantes de origem Africana apresentaram um valor médio de OHIP-14 mais elevado, correspondendo a uma pior QdVRSO comparativamente às restantes regiões de origem ($p=0,008$).

Os estudantes das ciências de saúde oral apresentaram menor valor médio de OHIP-14 em relação com as restantes áreas do curso e, por conseguinte, melhor QdVRSO ($p=0,001$).

Não se verificou diferenças nos valores de OHIP-14 relativamente ao género, idade e ciclo de estudos ($p>0,05$).

3. Caracterização da amostra relativamente aos comportamentos de saúde oral, aos hábitos alimentares e tabágicos e à visita ao profissional de saúde oral

Os dados referentes aos comportamentos e hábitos de saúde oral encontram-se na Tabela 5.

A grande maioria dos estudantes referiu escovar os dentes duas ou mais vezes por dia (79,9%), com pasta dentífrica fluoretada (90,2%), porém 32,2% não sabia se a pasta continha flúor e 84,1% não usava o fio dentário diariamente.

Apenas 31% da amostra relatou uma melhoria dos hábitos de higiene oral após entrada na universidade.

Mais de metade da amostra relatou um consumo de alimentos açucarados a maioria dos dias (53,1%) e todos os dias (15,8%). A maioria dos participantes nunca consumiu tabaco (80,8%) e, dos que consomem (10,3%) ou já consumiram (8,9%), o cigarro tradicional é a forma de consumo mais frequente (83,5%).

Mais de metade da amostra realizou a última consulta de saúde oral há menos de um ano (66,7%) e o motivo principal mais frequente foi a consulta de revisão/limpeza (62,6 %). Dos estudantes que nunca foram a uma consulta de saúde oral (1,9%) ou que a realizaram há mais de um ano (31,4%), o motivo mais frequente foi “por não precisar” (35,8%) e, de seguida, o motivo económico (27,0%).

Tabela 5. Distribuição da amostra segundo os comportamentos de saúde oral, hábitos alimentares e tabágicos, visita ao profissional de saúde oral e relação com os respetivos valores do OHIP-14.

	% (n)	OHIP-14				p
		Min.	Máx.	Média (dp)		
Frequência de escovagem (n=1041)						
Menos de 1 vez por dia	1,0 (10)	1	21	9,70 (5,96)	0,050**	
1 vez por dia	19,1 (199)	0	47	6,25 (7,04)		
2 ou mais vezes por dia	79,9 (832)	0	53	5,78 (6,50)		
Uso de fio dentário (n=1041)						
Não	84,1 (876)	0	53	6,06 (6,76)	0,105*	
Sim	15,9 (165)	0	34	5,10 (5,70)		
Uso de pasta fluoretada (n=706)						
Não	9,8 (69)	0	47	6,46 (7,56)	0,277*	
Sim	90,2 (637)	0	53	5,65 (6,57)		
Alteração de hábitos de higiene oral após entrada na universidade (n=1041)						
Não se alteraram	57,2 (595)	0	47	5,45 (6,15) ^a	<0,001**	
Sim, para pior	11,8 (123)	0	40	8,41 (7,83) ^b		
Sim, para melhor	31 (323)	0	53	5,80 (6,74) ^a		
Frequência de consumo de alimentos ou bebidas açucaradas (n=1041)						
Nunca	0,7 (7)	0	10	3,57 (3,82) ^{abc}	<0,001**	
Raramente	30,5 (317)	0	34	4,29 (5,26) ^a		
A maioria dos dias	53,1 (553)	0	53	6,29 (6,78) ^{bd}		
Todos os dias	15,8 (164)	0	37	7,84 (7,70) ^{cd}		
Consumo de tabaco (n=1041)						
Nunca	80,8 (841)	0	53	5,81 (6,51)	0,433**	
Não consome, mas já consumiu	8,9 (93)	0	47	6,97 (7,71)		
Consome	10,3 (107)	0	37	5,77 (6,34)		
Forma de consumo de tabaco (n=200)						
Cigarros tradicionais	83,5 (167)	0	37	6,36 (6,54)	0,496**	
Cigarros de tabaco aquecido	13,0 (26)	0	47	6,96 (10,05)		
Cigarros eletrónicos	1,5 (3)	0	6	2,67 (3,06)		
Shisha	1,0 (2)	1	11	6,00 (7,07)		
Haxixe/Cannabis	1,0 (2)	0	2	1,00 (1,41)		
Última consulta de saúde oral (n=1041)						
Há menos de um ano	66,7 (694)	0	53	6,08 (6,61)	0,181**	
Entre 1 e 2 anos	21,5 (224)	0	40	5,27 (6,23)		
Há mais de 2 anos	9,9 (103)	0	37	6,21 (7,26)		
Nunca foi	1,9 (20)	0	29	5,60 (7,29)		
Motivo da consulta de saúde oral no último ano (n=693)						
Revisão/limpeza	62,6 (434)	0	37	4,70 (5,34) ^a	<0,001**	
Urgência	4,3 (30)	0	47	12,20 (10,43) ^{ce}		
Tratamento	17,2 (119)	0	29	8,58 (6,34) ^{cd}		
Aparelho ortodôntico	15,4 (107)	0	53	7,07 (8,12) ^b		
Outros	0,4 (3)	6	20	12,00 (7,21) ^{abde}		
Motivo de não ir à consulta de saúde oral no último ano (n=341)						
Por falta de tempo	25,8 (88)	0	17	4,40 (4,26) ^{adef}	<0,001**	
Por não precisar	35,8 (122)	0	20	2,71 (3,29) ^{abc}		
Por não gostar de ir ao dentista/higienista	7,6 (26)	0	23	6,69 (6,07) ^{egik}		
Por motivos económicos	27,0 (92)	0	40	10,32 (9,24) ^{ikl}		
Por ter receio	6 (1,8)	2	11	6,00 (3,63) ^{efhjl}		
Por desleixo	7 (2,1)	0	13	5,70 (5,28) ^{bdghi}		

*Teste Mann-Whitney. **Teste Kruskal-Wallis. Os valores que partilham a mesma letra não são significativamente diferentes entre si.

Verificou-se que, os estudantes com alteração dos hábitos de higiene oral para pior e com maior frequência de consumo de alimentos ou bebidas açucaradas apresentaram os maiores valores médios de OHIP-14, ou seja, pior QdVRSO ($p < 0,001$). Os estudantes que relataram

escovar os dentes duas ou mais vezes por dia apresentaram menores valores do OHIP-14, embora a diferença seja marginalmente não significativa ($p=0,05$).

A “urgência” foi o motivo da última consulta de saúde oral com maior valor médio de OHIP-14. Os estudantes que nunca foram a uma consulta de saúde oral ou que a realizaram há mais de um ano, o motivo mais frequente “por não precisar” apresentou menor valor médio de OHIP-14. Por outro lado, os “motivos económicos” foi onde se obteve um maior valor médio de OHIP-14 ($p<0,001$).

4. Caracterização da amostra relativamente ao estado autorrelatado de saúde oral

Os dados relativos ao estado de saúde oral e à autoperceção da mesma encontram-se na Tabela 6.

A média do número de dentes dos participantes foi de 30,12 ($dp=2,03$), sendo o mínimo 23 e o máximo 32.

A maioria dos participantes relatou ter tido problemas de saúde oral (77,4%), sendo a cárie dentária o problema mais prevalente (61,9%), seguindo-se a hemorragia gengival (22,1%), bruxismo (15,9%) e problemas da ATM (10,1%).

Mais de metade dos participantes considerou o seu estado de saúde oral “bom” (56,0%), 17,2% “muito bom” e 24,8% “razoável”.

Os estudantes com história de problemas de saúde oral apresentaram maior valor médio de OHIP-14 ($p<0,001$). O traumatismo dentário e os problemas periodontais são os problemas de saúde oral com maiores valores médios de OHIP-14 ($p=0,002$ e $p=0,044$).

Verificou-se que os estudantes cuja autoperceção do seu estado de saúde de oral foi “muito bom” apresentaram o menor valor médio de OHIP-14 enquanto que os que consideraram o seu estado de saúde oral como “mau” tiveram o maior valor médio do OHIP-14 e, assim, pior QdVRSO ($p<0,001$).

Tabela 6. Distribuição da amostra segundo o estado autorrelatado de saúde oral e relação com os respetivos valores do OHIP-14.

	% (n)	OHIP-14			
		Min.	Máx.	Média (dp)	<i>p</i>
Uso de prótese dentária/implante (n=1041)					
Não	95,5 (994)	0	53	5,84 (6,56)	0,328*
Sim	4,5 (47)	0	31	7,28 (7,55)	
História de problemas de saúde oral (n=1041)					
Não	22,6 (235)	0	24	2,79 (3,63)	<0,001*
Sim	77,4 (806)	0	53	6,82 (7,00)	
Autorrelato de problemas de saúde oral (n=1041)					
Hemorragia gengival					
Não	77,9 (811)	0	37	5,35 (6,00)	<0,001*
Sim	22,1 (230)	0	53	7,86 (8,14)	
Cárie dentária					
Não	38,1 (397)	0	31	3,95 (4,80)	<0,001*
Sim	61,9 (644)	0	53	7,11 (7,26)	
Problemas periodontais					
Não	97,4 (1014)	0	53	5,84 (6,58)	0,044*
Sim	2,6 (27)	0	31	8,30 (7,42)	
Traumatismo dentário					
Não	94,8 (987)	0	53	5,77 (6,54)	0,002*
Sim	5,2 (54)	0	29	8,39 (7,47)	
Bruxismo					
Não	84,1 (875)	0	53	5,75 (6,65)	0,012*
Sim	15,9 (166)	0	29	6,72 (6,37)	
Problemas da ATM					
Não	89,9 (936)	0	47	5,68 (6,42)	0,001*
Sim	10,1 (105)	0	53	7,90 (7,86)	
Outros					
Não	97,6 (1016)	0	53	5,85 (6,63)	0,005*
Sim	2,4 (25)	0	20	8,12 (5,34)	
Autoperceção de saúde oral (n=1041)					
Mau	2,0 (21)	0	53	16,48 (13,00) ^a	<0,001**
Razoável	24,8 (258)	0	47	9,56 (7,65) ^a	
Bom	56,0 (583)	0	37	4,81 (5,28) ^b	
Muito bom	17,2 (179)	0	26	2,97 (3,97) ^c	

*Teste Mann-Whitney. **Teste Kruskal-Wallis. Os valores que partilham a mesma letra não são significativamente diferentes entre si.

V. Discussão

Por comparação com o que acontece em diversos países, a QdVRSO dos estudantes universitários é um tema pouco estudado em Portugal. O seu estudo torna-se bastante pertinente na medida em que avalia o impacto da saúde oral na qualidade de vida da comunidade académica, bem como auxilia na criação de estratégias de promoção de saúde que visam melhorar a QdVRSO desta população.

No presente estudo procurou-se avaliar a QdVRSO da comunidade estudantil da Universidade de Lisboa e, por sua vez, analisar a sua relação com as características sociodemográficas, as características académicas, os comportamentos de saúde oral e a autoperceção de saúde oral.

Relativamente à metodologia e características do estudo, a amostra foi constituída por 1041 estudantes, o que corresponde a 2,09 % da população do estudo (N=49 769). O processo de recolha de dados foi realizado através da distribuição do questionário *online*, por intermédio das associações académicas correspondentes às dezoito escolas da Universidade de Lisboa. Na amostra estão representadas todas as escolas com a exceção do Instituto de Ciências Sociais. Contudo, a distribuição dos participantes pelas diversas escolas não foi proporcional ao respetivo número de estudantes, dado que a FMDUL contou com uma percentagem superior de participantes (25%) comparativamente às restantes faculdades individualmente. A idade média dos participantes foi de 21,87 anos, sendo esta expectável dado que a maioria dos estudantes entram na Universidade com 18 anos e cerca de 41,2 % da amostra frequenta o 1º ciclo de estudos (Licenciatura), o que corresponde aos três primeiros anos do Ensino Superior. O número de indivíduos do sexo feminino foi significativamente maior que o do sexo masculino e, provavelmente, deve-se pelo facto de haver mais participantes dos cursos na área da saúde, cursos constituídos maioritariamente por mulheres de acordo com a literatura.^(3,8,33,38,43) A amostra é considerada de conveniência e não-probabilística, dado que a distribuição e aplicação do questionário por todas as escolas da Universidade de Lisboa não foi feito de modo aleatório. Assim sendo, a amostra não é representativa da população-alvo, contudo, o elevado número de participações e as características da amostra obtidas no estudo permitem, dentro de certos limites, extrapolar os resultados obtidos na mesma.

1. QdVRSO dos estudantes da UL

No presente estudo, o valor médio global do OHIP-14 foi de 5,91, sendo este valor superior ao dos estudos de Yamane-Takeuchi e col.⁽¹⁸⁾ (1,92) e Drachev e col.⁽⁸⁾ (4,63), feitos em amostras de estudantes universitários japoneses (entre os 18 e 19 anos) e russos (entre os 18 e 25 anos), respetivamente. Contudo, foi consideravelmente menor quando comparado ao estudo de Afonso e col.⁽²¹⁾ feito numa amostra portuguesa com idades compreendidas entre os 18 e 93 anos, em que o valor médio de OHIP-14 foi de 11,84 e, foi relativamente maior comparativamente ao estudo de Montero e col.⁽²⁸⁾ feito numa amostra de adolescentes portugueses com idades compreendidas entre os 11 e 17 anos, em que o valor médio de OHIP-14 foi de 3,3. A diferença de valores poderá estar associada às diferentes características sociodemográficas das amostras, nomeadamente a idade, a região de origem, o nível de escolaridade, bem como a área de formação académica.^(3,8,13,14,16)

A grande maioria dos estudantes (90,1%) apresentou os valores mais baixos do OHIP-14 (0-14), sendo que 18,2% obtiveram o valor de OHIP-14 igual a zero, o que corresponde à melhor QdVRSO. Contudo, 81,8% da amostra teve pelo menos um impacto num dos itens das dimensões do OHIP-14, sendo este resultado superior ao valor obtido numa amostra de adultos noruegueses (65%)⁽¹⁶⁾ e de adolescentes portugueses (56.3%).⁽²⁸⁾ Estes resultados, à semelhança de outros estudos^(13,16,17), poderá sugerir que o impacto da saúde oral na qualidade de vida tende a aumentar com o avançar da idade.

O desconforto psicológico e a dor física foram as dimensões do OHIP-14 em que foram relatados ‘‘À vezes’’, ‘‘Repetidamente’’ e ‘‘Sempre’’ com maior frequência, à semelhança de outros estudos.^(8,16,18,21,26)

Segundo a literatura, os indivíduos mais jovens e do sexo masculino apresentam melhores autoperceções de saúde oral e melhor QdVRSO, comparativamente aos mais adultos, idosos e do sexo feminino.^(4,16,17,21,44) Contudo, no presente estudo, a diferença dos valores médios de OHIP-14 entre ambos os sexos não foi estatisticamente significativa ($p=0,804$), à semelhança do estudo feito por Afonso e col.⁽²¹⁾ numa amostra de adultos portugueses. Os estudantes com idade igual ou superior a 30 anos apresentaram o valor médio de OHIP-14 mais baixo, comparativamente às restantes idades, em que o valor médio de OHIP-14 aumentou gradativamente, apesar da diferença não ser estatisticamente significativa ($p=0,102$). Em contrapartida, outros estudos relatam uma associação significativa entre a idade e a QdVRSO, ou seja, quanto maior a idade menor é a QdVRSO.^(8,13,16,31)

Alguns estudos presentes na literatura relatam que outros aspetos sociodemográficos, nomeadamente a situação socioeconómica, a origem e a área de residência, bem como o nível de escolaridade e a área do curso estão fortemente associados ao estado de saúde oral e, por conseguinte, à qualidade de vida.^(3,8,13,14,16,45) Contudo, num estudo feito numa amostra de 324 chineses com 18 anos de idade, nenhuma característica sociodemográfica nem o estado de saúde oral tiveram influência na QdVRSO nesta população com baixo impacto.⁽³⁷⁾

No presente estudo, os estudantes provenientes da Ásia e América Latina apresentaram os valores médios mais baixos de OHIP-14 (1,50 e 4,60, respetivamente) e, por sua vez, melhor QdVRSO comparativamente aos estudantes de origem Europeia e Africana (5,62 e 8,61, respetivamente) ($p=0,008$). Segundo estudos sobre QdVRSO feitos em populações de jovens-adultos universitários, nomeadamente japoneses⁽¹⁸⁾ e brasileiros⁽⁴⁰⁾ os valores de OHIP-14 foram 1,92 e 4,5, respetivamente e, à semelhança dos valores médios de OHIP-14 referentes às mesmas regiões de origem do presente estudo. Adicionalmente, num estudo feito numa amostra de adultos portugueses com idades entre os 18 e 93 anos⁽²¹⁾, o valor médio de OHIP-14 foi de 11,84, consideravelmente superior ao dos dois estudos citados anteriormente bem como ao valor médio de OHIP-14 referente à região de origem europeia do presente estudo.

À semelhança de vários outros estudos^(3,8,26,38,40), os estudantes das ciências de saúde e de saúde oral apresentaram melhor QdVRSO comparativamente aos demais estudantes das áreas de não-saúde. No presente estudo a diferença entre os valores médios de OHIP-14 entre as áreas de saúde oral e não-saúde foi estatisticamente significativa, ou seja, os estudantes das ciências de saúde oral obtiveram melhor QdVRSO ($p<0,001$). Estes resultados poderão ser explicados, provavelmente pelo facto dos estudantes das áreas de saúde oral terem maiores conhecimentos e atitudes relativos à saúde oral e, conseqüentemente, comportamentos saudáveis, que refletem num melhor estado clínico e autoperceção positiva de saúde, com influência direta na QdVRSO. Por outro lado, neste estudo, à semelhança do estudo de *Gonzales-Sullcahuamán* e col.⁽⁴⁰⁾, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os valores médios de OHIP-14 e os ciclos de estudos ($p =0,365$).

2. QdVRSO e os comportamentos de saúde oral dos estudantes da UL

A transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior é caracterizada por uma série de alterações biopsicossociais, às quais estão associadas alterações dos comportamentos de

saúde oral, mudanças dos hábitos alimentares e o aumento do consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco.^(18,28,29)

Os comportamentos de saúde oral são medidas adotadas pelo indivíduo para manter uma boa saúde oral e prevenir o surgimento de doenças orais. A cárie dentária e as doenças periodontais são consideradas doenças comportamentais, na medida em que a adoção de hábitos saudáveis é crucial à sua prevenção e controlo. Os comportamentos saudáveis consistem na implementação conjunta e contínua de dois hábitos: o autocuidado, que inclui os hábitos alimentares (restrição do consumo de hidratos de carbono, bebidas alcoólicas e tabaco) e de higiene oral (escovagem bi-diária com pasta fluoretada e higiene interdentária com o uso do fio dentário); e os cuidados pelo profissional de saúde oral (consultas de controlo regulares, educação em saúde oral e medidas preventivas aplicadas profissionalmente).⁽⁴³⁾ Os resultados presentes na literatura sugerem que alterações negativas dos comportamentos de saúde estão fortemente associadas a um pior estado clínico de saúde oral e, conseqüentemente, a pior QdVRSO.^(4,5)

No presente estudo, mais de metade da amostra (57,2%) não reportou alterações nos hábitos de saúde oral após entrada na universidade. No entanto, os estudantes que relataram alterações negativas dos hábitos de saúde oral obtiveram maiores valores de OHIP-14, o que equivale a pior QdVRSO, comparativamente aos estudantes com mudanças positivas dos hábitos de saúde oral e aos que não se alteraram ($p < 0,001$). Estes resultados sugerem, à semelhança de outros estudos^(4,13,17,18,28,29), que os comportamentos saudáveis estão associados a uma melhor QdVRSO. Podem destacar-se o estudo de *Montero* e col.⁽²⁸⁾, realizado numa amostra de adolescentes portugueses, e o de *Yamane-Takeuchi* e col.⁽¹⁸⁾, feito numa amostra de estudantes universitários japoneses, nos quais se verificaram que fracos comportamentos de saúde oral (idas a consultas de saúde oral, uso do fio dentário, frequência de escovagem) e maus hábitos alimentares (consumo de alimentos açucarados) estavam associados a uma pior QdVRSO.

Diversos estudos foram realizados com a finalidade de analisar os conhecimentos e comportamentos de saúde oral em populações de estudantes universitários, sobretudo nos estudantes das ciências da saúde oral.^(4,5,8,18,29,33,34,36,43,46,47) Porém, existem poucos estudos na literatura que apresentam uma relação direta entre os comportamentos de saúde oral e a QdVRSO.^(8,13,14,16,18,28)

No presente estudo, mais de metade da amostra (79,9%) relatou escovar os dentes duas ou mais vezes por dia, podendo dizer-se que estes indivíduos apresentaram a melhor QdVRSO comparativamente aos que escovam menos de duas vezes, apesar da diferença entre os valores de OHIP-14 ter sido marginalmente não significativa ($p=0,05$), ao contrário de outros estudos em que se verificou uma associação estatisticamente significativa.^(26,28) Em contrapartida, a frequência de escovagem é mais baixa do que a do estudo de *Yamane-Takeuchi* e col.⁽¹⁸⁾ realizado numa amostra de jovens estudantes universitários japoneses entre os 18 e 19 anos, em que a frequência de escovagem “duas ou mais vezes por dia” foi de 86,7%. No entanto, foi superior aos 65% obtidos no estudo de *Montero* e col.⁽²⁸⁾ realizado numa amostra de jovens portugueses com idades entre os 11 e 17 anos. Estas diferenças podem resultar da diferença de idades entre as amostras, diferenças de cultura e do nível de conhecimento dos comportamentos de saúde oral adquiridos ao longo do percurso académico.^(8,13,16)

A maioria dos estudantes, neste estudo, usava dentífrico fluoretado, ao contrário dos resultados obtidos no estudo de *Drachev* e col.⁽⁸⁾ Por outro lado, cerca de 32,2% não sabia se o dentífrico que usava tinha flúor. No entanto, no estudo feito numa amostra de adolescentes portugueses, apenas 0,3% desconhecia a presença de flúor no dentífrico.⁽²⁸⁾

No estudo de *Dahl* e col.⁽¹⁶⁾ efetuado numa amostra de adultos noruegueses, a maioria relatou o uso do fio dentário. Contudo, no presente estudo, apenas 15,9% dos estudantes utilizam fio dentário, à semelhança de outros estudos feitos em amostras de jovens universitários.^(18,43) À semelhança deste estudo, verificou-se que não há diferença estatisticamente significativa em relação a QdVRSO entre os estudantes que utilizam o fio dentário, comparativamente aos estudantes que não utilizam ($p=0,105$).

Os estudantes que consumiam alimentos açucarados todos os dias apresentaram um valor médio de OHIP-14 superior comparativamente aos demais estudantes ($p<0,001$), à semelhança do estudo de *Montero* e col.⁽²⁸⁾, em que se observou uma relação direta entre a maior frequência de consumo de alimentos açucarados e a pior QdVRSO.

A maioria dos estudantes não são fumadores (80,8%), sendo este resultado semelhante ao estudo de *Shah* e *ElHaddad*⁽⁵⁾ sobre comportamentos de saúde oral feito numa amostra de estudantes universitários da Arábia Saudita e, de *Harsh* e col.⁽³³⁾ realizado em estudantes universitários da Malásia. Por outro lado, não foi encontrada diferença na QdVRSO entre os estudantes ex-fumadores quando comparados com os fumadores ou os que nunca fumaram ($p=0,433$). Contudo, num estudo sobre qualidade de vida realizado numa amostra brasileira de

fumadores, com idades entre os 35 e 60 anos, observou-se que a quantidade de tabaco consumida e o grau de dependência de nicotina relacionaram-se significativamente com os piores níveis de qualidade de vida.⁽⁴⁸⁾ Estes resultados sugerem que o grau de dependência do tabaco poderá influenciar diretamente a QdVRSO, independentemente do indivíduo ser ou já ter sido fumador, dado que a quantidade de anos de consumo de tabaco poderá causar efeitos cumulativos na saúde a curto e a longo prazo.

A idade jovem-adulta corresponde a uma fase da vida que tem sido associada a uma menor procura de serviços de saúde oral e frequentemente associada a problemas tais como a insegurança, o acesso limitado e os níveis mais baixos de educação.⁽²⁶⁾ No presente estudo, 31,4% da amostra teve a última consulta de saúde oral há mais de 1 ano sendo este resultado semelhante ao do estudo feito pela OMD numa amostra portuguesa (35,7%).⁽⁴⁹⁾ Não foi encontrada diferença na QdVRSO relativamente à frequência de ida ao profissional de saúde oral, à semelhança do estudo de *Brennan e Spencer*.⁽²⁶⁾ Em contrapartida, segundo o estudo de *Dahl e col.*⁽¹⁶⁾ efetuado numa amostra de adultos noruegueses observou-se que, quanto maior a frequência de consultas de saúde oral, melhor a QdVRSO.

A consulta de revisão e limpeza foi o motivo da última de consulta de saúde oral mais relatado (62,6 %), à semelhança do estudo de *Al-Hussaini e col.* (78,3%)⁽⁴³⁾, encontrando-se associada a uma melhor QdVRSO. Por outro lado, a urgência, nomeadamente situações de dor aguda, foi o principal motivo da última consulta de saúde oral associado a uma pior QdVRSO, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Segundo um estudo sobre atitudes, comportamentos, e conhecimentos de saúde oral realizado numa amostra de estudantes da Universidade de *Kuwait*, observou-se que a maioria visitou um profissional de saúde oral apenas quando havia uma necessidade primordial, nomeadamente a dor dentária (70,0%), seguindo-se a consulta de limpeza (46,6%) e a de revisão (31,7%).⁽⁴³⁾

O principal motivo de não ir à consulta de saúde oral mais frequente neste estudo foi “por não precisar” (35,8%), estando este motivo associado a uma melhor QdVRSO, comparativamente ao motivo económico (27,0%), sendo o segundo principal motivo mais prevalente na amostra com pior nível de QdVRSO ($p < 0,001$). À semelhança de um estudo feito pela OMD, 65,3% dos portugueses não vão ao médico dentista por não ter necessidade e 22,8% por motivos económicos.⁽⁴⁹⁾ No que diz respeito ao impacto do nível socioeconómico na QdVRSO, é importante realçar as suas implicações no acesso aos cuidados de saúde, o que explica em parte as disparidades de saúde oral.⁽¹⁴⁾ Os países em desenvolvimento apresentam

maiores limitações no acesso aos cuidados de saúde oral, especialmente as áreas rurais, face ao número reduzido de profissionais de saúde oral, bem como a carência de instalações clínicas que ofereçam a prestação de serviços de saúde oral. Enquanto que nos países desenvolvidos, onde o acesso aos cuidados de saúde oral é maior, este é limitado maioritariamente pelo custo elevado inerente aos tratamentos dentários.^(14,38) Posto isto, torna-se evidente que os estudantes com melhor situação socioeconómica tendem a procurar com mais frequência os serviços de saúde oral e, quando associado a bons hábitos de higiene oral, tendem a ficar mais satisfeitos com seu estado de saúde oral.

3. QdVRSO, o autorrelato do estado de saúde oral e a autoperceção de saúde oral

A QdVRSO está fortemente associada aos comportamentos de saúde oral, bem como ao estado de saúde oral e à autoperceção do jovem relativamente à sua saúde.^(3,18) Vários estudos realizados em jovens universitários de diferentes países sugerem a hipótese de que uma fraca saúde oral se encontra correlacionada com uma pior autoperceção de saúde oral e, conseqüentemente, uma pior QdVRSO.^(3,8,18,38) Por outro lado, a maioria dos jovens têm uma autoperceção positiva sobre o seu estado de saúde oral, embora esta tenda a diminuir com a idade, em ambos os sexos, mediante o aumento da prevalência de patologias orais.⁽¹⁷⁾

No presente estudo, pode dizer-se que todos os estudantes apresentaram uma dentição funcional (número de dentes igual ou superior a vinte), sendo este resultado expectável por se tratar de uma amostra maioritariamente jovem-adulta, resultados que são comparáveis aos do estudo de *Dahl* e col.⁽¹⁶⁾ Embora a relação entre o uso de próteses dentárias ou referência a implantes não ter sido estatisticamente significativa relativamente à QdVRSO ($p=0,328$), num estudo realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), numa amostra de adultos, verificou-se que a perda dentária e o uso inadequado de prótese dentária tinham um impacto negativo na qualidade de vida, essencialmente nas dimensões de dor física e desconforto psicológico⁽⁵⁰⁾.

No presente estudo, maioria dos estudantes (77,4%) teve história de problemas de saúde oral e apresentou um maior valor médio de OHIP-14, com impacto significativo na QdVRSO ($p<0,001$). À semelhança de outros estudos^(1,2,7,13,28), a cárie dentária e a gengivite foram os problemas de saúde oral mais prevalentes (61,9% e 22,1%, respetivamente). Por outro lado, o

traumatismo dentário apresentou maior impacto na QdVRSO, comparativamente aos restantes problemas de saúde oral ($p < 0,001$). Segundo a literatura, este resultado seria expectável, dado que o traumatismo dentário constitui uma das principais causas de urgências nos serviços de saúde oral, associado à dor e danos físicos e, em alguns casos, a danos irreparáveis. Para além da limitação funcional, dos danos estéticos e dos custos inerentes ao tratamento, o traumatismo pode ter um impacto psicossocial na vítima, principalmente nos jovens.^(51,52) O segundo problema de saúde oral com maior impacto na QdVRSO foi a doença periodontal, sendo este impacto maior comparativamente à gengivite. Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos realizados em amostras de jovens-adultos, em que se observou uma relação entre as doenças periodontais e o impacto negativo na QdVRSO, essencialmente nos estádios mais avançados da periodontite, quando comparados com indivíduos com periodonto saudável ou gengivite.⁽⁵³⁻⁵⁵⁾

Em relação à auto percepção de saúde oral, verificou-se que a maioria dos estudantes autorrelatou o seu estado de saúde oral de “bom” (56,0%) e “muito bom” (17,2%), apresentando estes indivíduos valores mais baixos de OHIP-14. Por outro lado, apenas 2% autorrelatou o seu estado de saúde oral de “mau” associado ao nível mais baixo de QdVRSO. No estudo de Corte-Real e col.⁽¹⁷⁾, feito numa amostra de jovens portugueses, a maioria (72,0%) relatou uma auto percepção positiva de saúde oral e apenas 4% uma auto percepção negativa e verificou-se uma forte associação entre os comportamentos positivos de saúde oral e uma boa auto percepção de saúde oral. Assim, no presente estudo, à semelhança de outros estudos na literatura^(8,16-18,21,28), observou-se que quanto melhor o estado de saúde oral relatado e a sua auto percepção, melhor a QdVRSO ($p < 0,001$).

VI. Conclusões

Com base nos resultados obtidos e tendo em consideração os objetivos propostos no presente estudo, concluiu-se que:

- A grande maioria dos estudantes da Universidade de Lisboa apresentou uma boa QdVRSO. A dor física e o desconforto psicológico foram as dimensões do OHIP-14 com maior impacto na qualidade de vida dos estudantes da UL;
- Os estudantes das áreas das ciências de saúde oral apresentaram melhor QdVRSO comparativamente aos estudantes das áreas de não saúde. A região de origem do estudante também teve um impacto significativo na QdVRSO, na medida em que os estudantes africanos obtiveram pior QdVRSO;
- Os comportamentos de saúde oral dos estudantes universitários foram bastante satisfatórios e, cerca de um terço da amostra, referiu melhorias dos hábitos de higiene oral após entrada na universidade, aspeto que se verificou estar relacionado com uma melhor QdVRSO;
- O consumo de alimentos açucarados foi relatado como frequente e verificou-se que este teve um impacto significativo na QdVRSO;
- A maioria dos estudantes referiu já ter tido, pelo menos, um problema de saúde oral com impacto na qualidade de vida, sendo que a cárie dentária e a gengivite foram as doenças orais mais frequentemente identificadas. Contudo, mais de metade dos estudantes referiram a autoperceção possuir um bom estado de saúde oral;
- O estado de saúde oral autorrelatado e a autoperceção positiva da saúde oral verificaram-se fortemente associadas a uma melhor QdVRSO.

Os resultados obtidos neste estudo fornecem evidências de que a QdVRSO dos estudantes universitários é influenciada por diversos aspetos, nomeadamente a região de origem, a área de formação académica bem como a adoção de comportamentos saudáveis que proporcionam melhor estado de saúde oral e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida. Estes aspetos sugerem que, para além dos indicadores clínicos de saúde oral, as dimensões da QdVRSO devem ser consideradas pelos profissionais de saúde aquando avaliações do estado de saúde oral.

Por outro lado, as medidas de saúde pública devem ter como foco a prevenção das doenças orais, essencialmente a cárie dentária e as doenças periodontais, e o desenvolvimento

de estratégias de promoção da saúde oral para estudantes, preferencialmente nos primeiros anos do percurso académico.

Para investigações futuras, seria interessante a realização de um estudo epidemiológico longitudinal com a finalidade de comparar a evolução dos resultados e avaliar outros fatores relacionados com a qualidade de vida dos estudantes, tais como os indicadores clínicos do estado de saúde oral (ex.: CPO, IPP, IG e/ou IPH) e o nível socioeconómico. Por fim, à semelhança deste estudo e dada à escassez de estudos feitos em Portugal sobre a QdVRSO, seria interessante a sua realização na população jovem-adulta de outras universidades do país.

Referências bibliográficas

1. Peterson PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2003;32(1):3–24.
2. FDI World Dental Federation. Conduzir o Mundo a uma Ótima Saúde Oral. [Internet]. FDI World Dental Federation. 2020;1–28. Disponível em: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/FDI-vision-2020.pdf> [consultado a 01/04/2020].
3. Acharya S, Sangam DK. Oral health-related quality of life and its relationship with health locus of control among Indian dental university students. *Eur J Dent Educ*. 2008 Nov;12(4):208–212.
4. Albuquerque T. Atitudes, Comportamentos e Condições de Saúde Oral de Estudantes Universitários ao longo da sua Vivência Académica. Lisboa. Tese [Doutoramento em Ciências e Tecnologias da Saúde] – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa; 2013.
5. Shah AH, ElHaddad SA. Oral hygiene behavior, smoking, and perceived oral health problems among university students. *J Int Soc Prevent Communit Dent*. 2015;5:327-33.
6. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life [Internet]. Vol. 83, *Bulletin of the World Health Organization*. 2005 September;83(9):644. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin> [consultado a 24/10/2019].
7. Afonso A, Silva I. Oral Health- Related Quality of Life Assessed in Adults: Integrative Review. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2015;16(2):230–253.
8. Drachev SN, Brenn T, Trovik TA. Oral health-related quality of life in young adults: A survey of Russian undergraduate students. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(719):1–13.

9. Grade R, Caramês J, Pragosa A, Carvalhão J, Sousa S. Postura e disfunção temporomandibular: Controvérsias actuais. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. [Internet]. 2008;49(2):111–117. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890\(08\)70044-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1646-2890(08)70044-X) [consultado a 24/10/2019].
10. Masood Y, Masood M, Zainul NNB, Araby NBAA, Hussain SF, Newton T. Impact of malocclusion on oral health related quality of life in young people. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. 2013;11(25):1–6. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/11/1/25> [consultado a 24/10/2019].
11. Choi SH, Kim B, Cha JY, Hwang CJ. Impact of malocclusion and common oral diseases on oral health-related quality of life in young adults. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2015;147(5):587–595.
12. Johal A, Alyaqoobi I, Patel R, Cox S. The impact of orthodontic treatment on quality of life and self-esteem in adult patients. *European Journal of Orthodontics*. 2015;37(3):233–237.
13. Masalu JR, Kikwilu EN, Kahabuka FK, Mtaya M, Senkoro AR. Socio-demographic and behavioural correlates of oral health related quality of life among tanzanian adults: A national pathfinder survey. *Tanzania Journal of Health Research*. 2012;14(3):1–11.
14. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11): 1264–1270.
15. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, He J. The relationship between self-rated health and objective health status: A population-based study. *BMC Public Health*. 2013;13(320):1–9.
16. Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Öhrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2011;69:208–214.
17. Corte-Real N, Balaguer I, Dias C, Corredeira R, Fonseca AM. Percepção e comportamentos relacionados com a saúde dos adolescentes portugueses - uma análise

- em função do sexo e da idade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2008;21(3):209–218.
18. Yamane-Takeuchi M, Ekuni D, Mizutani S, Kataoka K, Taniguchi-Tabata A, Azuma T, et al. 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 [Internet]. *BMC Oral Health*. 2016;16(127):1–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0322-9> [consultado a 10/11/2019].
 19. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: A broader perspective. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2006;12(6):894–901.
 20. Slade GD, Sc BD, Ph D. The Oral Health Impact Profile. In: *MEASURING ORAL HEALTH AND QUALITY OF LIFE*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997;1–12.
 21. Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE: PORTUGUESE LINGUISTIC AND CULTURAL ADAPTATION OF OHIP-14. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2017;18(2):374–388.
 22. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. Measuring oral health and quality of life. In: Slade GD, editor. Chapel Hill: University of North Carolina: Dental Ecolog. 1997;11–24.
 23. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community dental health*. 1994;11:3-11.
 24. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1997;25:284–90.
 25. Oscarson N, Källestål C, Lindholm L. A pilot study of the use of oral health-related quality of life measures as an outcome for analysing the impact of caries disease among Swedish 19-year-olds. *Caries Res*. 2007;41:85–92.

26. Brennan DS, Spencer AJ. Life events and oral-health-related quality of life among young adults. *Qual Life Res.* 2009;18:557–65.
27. Soares AP, Almeida LS, Diniz AM, Guisande MA. Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas. *Análise Psicológica.* 2006;24(1):15–27.
28. Montero J, Costa J, Bica I, Barrios R. Caries and quality of life in portuguese adolescents: Impact of diet and behavioural risk factors. *J Clin Exp Dent.* 2018;10(3):218–223.
29. Peker K, Uysal O, Bermek G. Dental training and changes in oral health attitudes and behaviors in Istanbul dental students. [Internet]. *Journal of Dental education.* 2010;74(9): 1017–1023. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20837744> [consultado a 10/11/2019].
30. Boman UW, Lundgren J, Berggren U, Carlsson SG. Psychosocial and dental factors in the maintenance of severe dental fear. *Swed Dent J.* 2010;34(3):121–127.
31. Carlsson V, Hakeberg M, Wide Boman U. Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health behaviour - a national Swedish cross-sectional survey [Internet]. *BMC Oral Health.* 2015;15(100):1–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-015-0088-5> [consultado a 10/11/2019].
32. Oliveira MA, Vale MP, Bendo CB, Paiva SM, Serra-Negra JM. Influence of negative dental experiences in childhood on the development of dental fear in adulthood: a case–control study. *Journal of Oral Rehabilitation.* 2017;44:434–441.
33. Harsh P, Arunima C, Manoj K. Oral health quality-of-life among undergraduate Malaysian dental students. *Medical J Malaysia.* 2012;67(3):298–301.
34. Mendes R. Literacia em saúde oral: Análise comparativa entre estudantes de enfermagem do 1º e 4º ano de uma Escola Superior de Saúde. Viana do Castelo. Tese [Dissertação de

- Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária] – Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2019.
35. Peker I, Alkurt MT. Oral Health Attitudes and Behavior among a Group of Turkish Dental Students. *European Journal of Dentistry*. 2009;3:24–31.
 36. Kawamura M, Wright FA, Declerck D, Freire MC, Hu DY, Honkala E. Evaluation of oral health attitude and behavior among a group of dental students in Puducherry, India: A preliminary cross-sectional study. *J Indian Soc Periodontol*. 2015;19(6):683–686.
 37. Lu HX, Wong MCM, Lo ECM, McGrath C. Oral Health Related Quality of Life Among Young Adults. *Applied Research Quality Life*. 2015;10(1):37–47.
 38. Masalu JR, Åström AN. Social and behavioral correlates of oral quality of life studied among university students in Tanzania. *Acta Odontol Scand*. 2002;60:353–359.
 39. Sousa V. Crenças, atitudes, literacia e comportamentos de saúde oral em estudantes universitários. Lisboa. Tese [Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde] – Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2017.
 40. Gonzales-Sullcahuamán JA, Ferreira FM, Menezes JV, Paiva SM, Fraiz FC. Oral health-related quality of life among Brazilian dental students. *Acta odontol latinoam: AOL*. 2013;26(2):76–83.
 41. Universidade de Lisboa. Sobre Nós ULisboa. [Internet]. Disponível em: <https://www.ulisboa.pt/sobre-nos#estudantes> [consultado a 24/10/2019].
 42. Amaral J, Sanches C, Marques D, Vaz Patto J, Barcelos F, Mata A. Validation of oral health impact profile-14 and its association with hyposalivation in a Sjögren's Syndrome Portuguese population. *Acta Reumatol Port*. 2018;43:137–145.
 43. Al-Hussaini R, Al-Kandari M, Hamadi T, Al-Mutawa A, Honkala S. Dental Health Knowledge, Attitudes and Behaviour among Students at the Kuwait University Health Sciences Centre. *Med Princ Pract*. 2003;12:260–5.

44. Lemos I. A Importância Da Qualidade de Vida na Saúde oral dos idosos. Porto. Tese [Dissertação de Mestrado em Medicina Dentária] – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa; 2013.
45. Adair P, Pine C, Burnside G, Nicoll A, Gillett A, Anwar S, Broukal Z, Chestnutt I, Declerck D, Ping F, Ferro R, Freeman R, Grant-Mills D, Gugushe T, Hunsrisakhun J, Irigoyen-Camacho M, Lo E, Moola M, Naidoo S, Nyandindi U, Poulsen V, Ramos-Gomez F, Razanamihaja N, Shahid S, Skeie M, Skur O, Splieth C, Soo T, Whelton H, Young D. Familial and cultural perceptions and beliefs of oral hygiene and dietary practices among ethnically and socio-economically diverse groups. *Community Dental Health*. 2004;21(1):102–111.
46. Fortes C, Mendes S, Albuquerque T. Atitudes, comportamentos e estado de saúde oral dos alunos do 1.º ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2016; 57(4):236-246.
47. Ferreira S, Albuquerque T, Bernardo M, Mendes S. Comportamentos, atitudes e estado de saúde oral dos alunos do 3º ano da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2018;59(4):205-217.
48. Lima M, Ramos D, Freire A, Uzeloto J, Silva B, Ramos E. Qualidade de vida de tabagistas e sua correlação com a carga tabagística. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2017;24(3):273–279.
49. Ordem dos Médicos Dentistas (OMD). Barómetro da Saúde Oral. OMD. [www.omd.pt]. 2019;5:1–51. Disponível em: <https://www.omd.pt/content/uploads/2019/11/barometro-saude-oral-2019.pdf> [consultado a 10/08/2020].
50. Silva M, Villaça Ê, Magalhães C, Ferreira E. Impacto da perda dentária na qualidade de vida Impact of tooth loss in quality of life. *Temas Livres*. 2010:841–850.

51. Marinho CS, Martins LP, Bittencourt JM, Martins S, Bendo CB. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças, adolescentes e suas famílias: revisão crítica da literatura. *Arq Odontol*, Belo Horizonte. 2019;55(8):1–12.
52. Antunes L, Leão A, Maia L. Impacto do traumatismo dentário na qualidade de vida de crianças e adolescentes: revisão crítica e instrumentos de medida. *Temas livres*. 2011:3417–3424.
53. Lopez R, Baelum V. Oral health impact of periodontal diseases in adolescents. *J Dent Res* [Internet]. 2007;86(11):1105–1109. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/154405910708601116> [consultado a 10/08/2020].
54. Drumond-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad Saude Pública*, Rio de Janeiro. 2007;23(3):637–644.
55. Lopes M, Gusmão E, Alves R, Cimões R. Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*, Porto Alegre. 2011;59(0):39–44.

Apêndices

Apêndice I – Questionário

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos estudantes da Universidade de Lisboa

Investigadora:

- Mónica Sofia Chantre da Luz – estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Contacto de e-mail: monicachantre@campus.ul.pt

Questionário

O presente trabalho é realizado no âmbito da minha dissertação de mestrado e pretende estudar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de estudantes da Universidade de Lisboa, e associá-la com os comportamentos de saúde oral e com a presença de doenças orais.

A sua avaliação permite estudar uma dimensão da saúde oral que ultrapassa a mera presença ou ausência de doença na boca ou nos dentes, nomeadamente o bem-estar físico, psicológico e social.

Para participar basta responder ao questionário seguinte, que demora cerca de 5 minutos a completar.

Não há respostas certas ou erradas, pelo que agradeço a maior sinceridade ao responder.

O questionário é totalmente confidencial e anónimo e poderá, a qualquer ponto do seu preenchimento, desistir de o fazer.

Em caso de dúvidas, não hesite em contactar-me.

Muito obrigada pela sua participação!

Responda a este questionário apenas se estudar na Universidade de Lisboa.

Se já respondeu a este questionário, não o faça de novo.

Por favor, assinale a sua resposta a cada uma das questões.

Escolha só uma opção exceto quando houver indicação do contrário.

Idade:

Sexo: F M

Nacionalidade:

Escola da ULisboa a que pertence:

- Faculdade de Arquitetura
- Faculdade de Belas-Artes

- Faculdade de Ciências
- Faculdade de Direito
- Faculdade de Farmácia
- Faculdade de Letras
- Faculdade de Medicina
- Faculdade de Medicina Dentária
- Faculdade de Medicina Veterinária
- Faculdade de Motricidade Humana
- Faculdade de Psicologia
- Instituto de Ciências Sociais
- Instituto de Educação
- Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
- Instituto Superior de Agronomia
- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
- Instituto Superior de Economia e Gestão
- Instituto Superior Técnico

Habilitações literárias - Em que ciclo de estudos se encontra inscrito no ano letivo 2019/2020?

- Licenciatura (1º ciclo)
- Mestrado Integrado (1º ciclo)
- Mestrado Integrado (2º ciclo)
- Mestrado (2º ciclo)
- Doutoramento (3º ciclo)
- Curso não conferente de grau

Qual o curso que se encontra inscrito no ano letivo 2019/2020?

Com que frequência costuma consumir bebidas ou alimentos/snacks açucarados (por ex.º refrigerantes, bolachas, bolos, chocolates, rebuçados, etc.)?

- Todos os dias
- A maioria dos dias
- Raramente
- Nunca

Há quanto tempo foi a sua última consulta de saúde oral?

- Nunca fui
- Há menos de um ano
- Entre 1 e 2 anos
- Há mais de 2 anos

Qual o motivo da última consulta de saúde oral que realizou?

- Nunca fui
- Revisão/limpeza
- Urgência
- Tratamento
- Aparelho ortodôntico
- Outro. Qual?

Se não realizou uma consulta de saúde oral no último ano, indique o principal motivo?

- Por falta de tempo
- Por não precisar

- Por não gostar de ir ao dentista/higienista
- Por motivos económicos
- Outro. Qual?

Quantos dentes naturais tem? (0-32) _____

Usa prótese dentária (fixa, removível ou implantes)?

- Sim
- Não

Tem ou teve algum dos seguintes problemas de saúde oral? (pode assinalar mais do que uma resposta)

- Hemorragia gengival
- Cárie
- Traumatismo dentário
- Doença periodontal
- Bruxismo
- Problemas da articulação temporo-mandibular
- Cancro oral
- Nunca tive problemas de saúde oral
- Outro. Qual?

É fumador?

- Sim
- Não, mas já fui
- Não, nunca fui

Se é ou foi consumidor de produtos de tabaco, indique a principal forma de consumo

- Cigarros tradicionais
- Cigarros de tabaco aquecido (sem combustão)
- Cigarros eletrónicos
- Charutos
- Cachimbo
- Tabaco para mascar
- Tabaco para cheirar (rapé)

Como considera seu estado de saúde oral?

- Muito bom
- Bom
- Razoável
- Mau
- Muito mau

Por favor, responda às seguintes perguntas utilizando a escala apresentada:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
1. No último ano teve problemas em pronunciar alguma palavra devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
2. No último ano sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
3. No último ano sentiu dores na boca ou nos seus dentes?					
4. No último ano sentiu-se desconfortável ao comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
5. No último ano sentiu-se preocupado(a) por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
6. No último ano sentiu-se nervoso(a) por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
7. No último ano a sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
8. No último ano teve de interromper as suas refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
9. No último ano encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
10. No último ano sentiu-se envergonhado(a) por causa por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
11. No último ano ficou irritado(a) com as outras pessoas por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
12. No último ano teve dificuldade em realizar as suas tarefas diárias por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
13. No último ano sentiu que a sua vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					
14. No último ano ficou totalmente incapacitado(a) para realizar as suas atividades diárias por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?					

O questionário terminou.

Muito obrigada pela sua participação!

Apêndice II - Carta para a Comissão de Ética da Universidade de Lisboa

Exmo. Senhor Presidente da Comissão de Ética para a Saúde
da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa,
Professor Doutor João Aquino Marques

Eu, Mónica Sofia Chantre da Luz, aluna matriculada no 5.º ano do curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária desta faculdade venho, por este meio, solicitar o parecer da Comissão de Ética para a Saúde para a realização de um estudo intitulado “**Qualidade de Vida relacionada com a Saúde Oral de estudantes da Universidade de Lisboa**”.

Este estudo será realizado no âmbito da minha dissertação de mestrado a qual é orientada pelos Professores Doutores Mário Bernardo e Sónia Mendes.

Envio em anexo o protocolo do estudo para vossa apreciação.

Sem outro assunto, e na expectativa de vossas prezadas notícias, subscrevo com elevada estima e consideração,

Mónica Sofia Chantre da Luz.

Apêndice III – Aprovação da Comissão de Ética da Universidade de Lisboa



Comissão de Ética

Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 29 de janeiro de 2020, apreciou o seguinte pedido de parecer:

Código	Título do Estudo
191223	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral de estudantes da Universidade de Lisboa
Ambito	Trabalho de fim de curso de Medicina Dentária
Investigador principal / Estudante	Mónica Sofia Chantre da Luz
Pertinência do estudo e da sua conceção	Adequados
Benefícios e riscos previsíveis	Avaliação favorável
Avaliação do protocolo	Positiva
Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa	Adequados
Condições materiais e humanas necessárias	Adequadas
Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes	Não se aplica
Modalidades de recrutamento dos participantes	Adequadas
Conflito de interesses do promotor ou do investigador	Não referidas
Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo	Não se aplica
Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes	Adequado

A CE-FMDUL deliberou e decidiu emitir **parecer favorável**.

Lisboa, 12 de fevereiro de 2020.

O presidente da CE-FMDUL

(João Aquino – professor catedrático)