



**TRABALHO FINAL COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO
ÂMBITO DO MESTRADO EM GERIATRIA**

TERESA MARIA MATOS DE QUEIRÓS

AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL NO IDOSO
ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

TRABALHO REALIZADO SOB ORIENTAÇÃO DE
PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO
DRA. BENILDE TERESA RODRIGUES BARBOSA

JULHO DE 2019

AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL NO IDOSO

Artigo Científico

Teresa Maria Matos de Queirós¹; Manuel Teixeira Marques Veríssimo¹; Benilde Teresa Rodrigues Barbosa²

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Autor: Teresa Maria Matos de Queirós

Endereço de correio eletrónico: teresammq@gmail.com

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| RESUMO | 5 |
| PALAVRAS-CHAVE | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| KEYWORDS | 6 |
| INTRODUÇÃO | 7 |
| MÉTODOS | 9 |
| 1. Tipo de estudo | 9 |
| 2. Amostra | 10 |
| 3. Instrumentos de recolha de dados | 10 |
| Questionário sobre características sociodemográficas e hábitos de saúde oral | 10 |
| Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) | 10 |
| Questionário médico | 11 |
| 4. Análise estatística | 11 |
| RESULTADOS | 12 |
| DISCUSSÃO | 18 |
| CONCLUSÕES | 21 |
| AGRADECIMENTOS | 22 |
| BIBLIOGRAFIA | 23 |
| ANEXOS | 25 |
| Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da FMUC e da ARS Centro | 25 |
| Anexo II – Consentimento Informado | 27 |
| Anexo III – Questionário sociodemográfico e GOHAI | 32 |
| Anexo IV – Questionário médico | 34 |
| Anexo V – Caracterização da amostra | 35 |
| Anexo VI – Resultados da observação médica da cavidade oral | 36 |
| Anexo VII – Resultados do índice de GOHAI por pergunta | 37 |
| Anexo VIII – Tabela cruzada das variáveis faixa etária e classificação da escala de GOHAI por classes | 38 |
| Anexo IX – Tabela cruzada entre as variáveis escolaridade e classificação da escala de GOHAI por classes | 39 |
| Anexo X – Tabela cruzada das variáveis sexo e autoavaliação da saúde oral | 40 |
| Anexo XI – Tabela cruzada das variáveis faixa etária e autoavaliação da saúde oral | 41 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo..... | 12 |
| Tabela 2 – Caracterização da idade da amostra | 12 |
| Tabela 3 – Distribuição da amostra por faixa etária..... | 12 |
| Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade..... | 13 |
| Tabela 5 – Antecedentes pessoais patológicos dos idosos | 13 |
| Tabela 6 – Consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária..... | 14 |
| Tabela 7 – Motivo de consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária | 14 |
| Tabela 8 – Autoavaliação da saúde oral..... | 14 |
| Tabela 9 – Caracterização da pontuação total do GOHAI | 15 |
| Tabela 10 – Classificação da escala de GOHAI | 15 |
| Tabela 11 – Resultados da observação médica da cavidade oral | 16 |
| Tabela 12 – Heteroavaliação da saúde oral (Avaliação médica) | 16 |
| Tabela 13 – Tabela Cruzada com classificação da Escala de GOHAI por Sexo..... | 17 |
| Tabela 14 – Tabela cruzada de auto e heteroavaliação da saúde oral..... | 18 |

RESUMO

Introdução: O envelhecimento associa-se a elevada prevalência de alterações fisiológicas e patológicas na cavidade oral. O presente estudo visa avaliar a percepção que os idosos têm sobre a sua saúde oral e também a percepção que os seus médicos têm sobre a mesma.

Métodos: Estudo observacional e transversal. A amostra incluiu idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 65 anos. Aos idosos aplicou-se um questionário sociodemográfico e a escala de GOHAI e aos seus médicos foi solicitada observação da cavidade oral para posterior identificação dos problemas observados. Para a análise estatística utilizou-se o SPSS®.

Resultados: A amostra foi constituída por 104 idosos, 57 do sexo feminino e 47 do masculino, com idade média de 74,09 anos. Na classificação por classes da escala de GOHAI, 38,5% dos idosos apresentaram uma elevada autopercepção da saúde oral, 46,2% moderada e 15,4% baixa. Na observação médica, o edentulismo, a existência de prótese dentária aparentemente ajustada, a retração gengival e as cáries foram os achados mais frequentes. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a escolaridade e a classificação por classes da escala de GOHAI. Quanto à heteroavaliação da saúde oral, os médicos consideraram que 16,3% dos idosos tem saúde oral muito má, 24% má, 27,9% razoável, 25% boa e 6,7% muito boa.

Discussão: A maioria dos idosos da amostra apresenta uma autopercepção moderada a elevada da sua saúde oral. Apesar dos resultados da classificação por classes do GOHAI, na observação médica houve elevada prevalência de alterações da cavidade oral. Conhecer a percepção que a população geriátrica tem da sua saúde oral é importante para detetar idosos em risco e cuja observação é ainda mais necessária. O GOHAI não deve ser utilizado como substituto da avaliação clínica, no entanto pode ser utilizado para detetar casos que podem beneficiar desta observação.

Conclusão: O envelhecimento populacional e a elevada prevalência das doenças orais tornam essencial a aposta na prevenção e na deteção precoce de alterações, evitando complicações e implicações na qualidade de vida do idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Saúde oral, Percepção

ABSTRACT

Introduction: Aging is associated with a high prevalence of physiological and pathological changes in oral cavity. The present study aims to evaluate the oral health self-perception of a group of older adults and the perception of their doctors.

Methods: Observational and cross-sectional study. The sample included people of both genders, from the age of 65 and above. A sociodemographic questionnaire and the GOHAI scale were used to gather data from the participants and an oral examination was performed by their physicians to identify oral health issues. The statistical analysis was done using SPSS®.

Results: The sample consisted of 104 older people, 57 women and 47 men, with a mean age of 79,04. Through the GOHAI scale, we found that, of the older adults participants, 38,5% showed a high self-perception of oral health, 46,2% showed a moderate self-perception and 15,4% showed a low self-perception. The most common findings during oral examinations were edentulism, properly adjusted dental prosthesis, gingival recession and caries. A statistically significant correlation was found between sex and schooling and classification through the GOHAI scale. Hetero-assessment done by the physicians classified the participants' oral health as very poor in 16,3% of cases, poor in 24%, reasonable in 27,9%, good in 25% and very good in 6,7%.

Discussion: Based on the GOHAI scale, most of the participants assessed their oral health as moderate to good. Despite these results, the oral examination performed by the physicians revealed a high prevalence of dental and oral cavity issues. Knowing how the geriatric population views its own oral health is important to detect at risk individuals which would benefit the most from a clinical assessment. The GOHAI scale can be a useful tool to achieved that goal but should not be viewed as a substitute for a proper oral examination.

Conclusion: Aging and the high prevalence of oral health issues make it essential to detect pathological modifications early on and prevent further damage, so as to avoid complications and their repercussions on quality of life.

KEYWORDS: Aged, Oral health, Perception

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenómeno demográfico importante na sociedade atual. Em 2017, a população idosa (65 ou mais anos) representava 19,6% da população europeia e 21,3% do total da população residente em Portugal, apresentando o país nessa data um índice de envelhecimento de 153,2%, valor superior à média da Europa. A esperança média de vida, que também tem vindo a aumentar, estava estimada em 81,6 anos em Portugal. [1]

O envelhecimento é um processo biológico inevitável, dinâmico e irreversível que se associa a um vasto conjunto de transformações fisiológicas, mas que também pode predispor a maior incidência e prevalência de diversas patologias. [2]

O sistema estomatognático inclui estruturas ósseas, articulares, musculares, dentes, glândulas, vasos e nervos. A saúde oral está relacionada com a mastigação, a sucção, a deglutição, a respiração, a fonação e a expressão característica de cada indivíduo, [2] tendo impacto na qualidade de vida. [3]

Com o envelhecimento surgem alterações nas glândulas salivares, havendo atrofia do tecido acinar, [4,5] predispondo a xerostomia. [5,6] Estas alterações podem ser agravadas por algumas doenças e medicamentos. [3,4] A mucosa oral tem uma função de barreira protetora. Com o envelhecimento a sua espessura diminui, tornando-se mais frágil. [6] Ocorre diminuição do número de papilas gustativas, com impacto no paladar e, conseqüentemente, influenciando a escolha alimentar. [7] Os dentes sofrem alterações nos vários componentes, sendo algumas macroscopicamente visíveis, por exemplo, através da sua coloração. [4,6]

A cavidade oral, à semelhança do restante organismo, está sujeita a alterações fisiológicas, mas também a patológicas. [2]

As doenças orais crónicas são comuns nos idosos. [3] A doença periodontal faz parte das condições mais prevalentes [5] e pode predispor a cáries pela exposição das superfícies radiculares pela perda de suporte periodontal. [4] As cáries são alterações patológicas major no idoso, [6] sendo a pobre higiene oral o principal fator para o seu aparecimento, o que combinado com uma alimentação com excesso de doces e com a diminuição da saliva, pode levar a desconforto, a infeção, a dor, a destruição e à perda do dente. [3] Em muitas sociedades industrializadas, mais de metade dos idosos sofrem de edentulismo, [5] alteração que se associa diretamente a problemas nutricionais e perda significativa da qualidade de vida. [6] A síndrome da boca ardente é também comum. [3] Importa mencionar ainda o

aumento da prevalência do cancro oral com a idade, mais frequente no sexo masculino. [6] Estima-se que em 2018, o cancro da cavidade oral e lábio tenha sido o décimo oitavo mais frequente na Europa. [8]

A saúde oral está associada a saúde global, por exemplo, a doença periodontal associa-se também a doença vascular aterosclerótica, a diabetes mellitus e a pneumonia de aspiração. Por outro lado, uma condição de saúde global deficitária em idosos frágeis ou dependentes aumenta também o risco de deterioração rápida da saúde oral. Entre os fatores de risco para esta deterioração rápida destacam-se a demência, a depressão, as alterações da mobilidade, os fármacos, a diabetes, a desmotivação e a alimentação. [9]

A saúde oral no idoso pode ser negligenciada por vários motivos, nomeadamente fatores relacionados com o próprio indivíduo como os determinantes de saúde físicos e sociais (doença, polimedicação, limitação da mobilidade, dependência, deterioração cognitiva, pouca literacia em saúde, entre outros), falta de apoio profissional (falta de prática médica na abordagem de idosos frágeis ou dependentes, pouco conhecimento sobre saúde oral por parte de profissionais de outras áreas) e ainda falta de políticas de saúde oral (serviço público escasso, custo elevado dos tratamentos, entre outros). [3]

A autoperceção da saúde oral pode ser conhecida através da aplicação de questionários como o *Geriatric Oral Health Assessment (GOHAI)*, o *Oral Health Impact Profile (OHIP)*, o *Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)* [10,11] ou o *Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL)*, sendo que o GOHAI foi construído especificamente para a população idosa, encontrando-se traduzido e validado para a população portuguesa. [10]

No que respeita à avaliação médica, a Organização Mundial de Saúde recomenda alguns instrumentos de avaliação da saúde oral, como por exemplo, o *Community Periodontal Index (CPI)* para rastreio de doença periodontal, através da observação de hemorragia gengival e bolsas periodontais, ou o *Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (Índice CPOD)*. [12] Existem vários guias ou questionários direcionados para médicos estomatologistas ou médicos dentistas, sendo necessário conhecimento específico e utilização de materiais apropriados. Para aplicação no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários por Médicos de Medicina Geral e Familiar os instrumentos são escassos.

Dada a prevalência das doenças da cavidade oral, torna-se importante sensibilizar os profissionais de saúde para este problema. Melhores práticas na promoção da saúde oral e na prevenção podem passar pela educação dos profissionais, não apenas dos profissionais

de saúde, podendo ser incluídos outros grupos como os cuidadores. A educação para a saúde da população, a integração da promoção da saúde oral em outros programas já existentes e a criação de políticas de saúde são também medidas importantes. [13]

A observação oral deve ser considerada como parte da avaliação geriátrica [9] e os médicos que lidam com idosos, como os médicos em cuidados de saúde primários, devem ser envolvidos no rastreio de saúde oral, referenciando sempre que necessário para cuidados especializados. [9]

O presente estudo teve como objetivo primário avaliar a perceção que os idosos têm sobre a sua saúde oral e também conhecer a perceção que os seus médicos têm sobre a mesma. Secundariamente, pretendeu-se conhecer algumas características sociodemográficas e relativas a hábitos de saúde oral dos participantes.

MÉTODOS

1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza observacional e transversal.

Este estudo foi submetido à Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro), tendo obtido parecer favorável (Anexo I). Foi obtido consentimento dos autores da tradução e validação do GOHAI para a população portuguesa para o uso do mesmo no presente estudo.

A todos os participantes foram explicados os objetivos, o caráter voluntário da participação, o anonimato e confidencialidade dos dados partilhados e foi entregue um consentimento informado (Anexo II) cujo preenchimento foi necessário para participação no estudo. Foi garantida a confidencialidade dos dados pessoais por processo de anonimização da informação.

2. Amostra

A amostra foi de conveniência e inclui utentes inscritos em unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente Unidades de Saúde Familiar (USF) pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego, na região centro de Portugal (USF Biosa, USF Cruz de Celas, USF Fernando Namora e USF VitaSaurium) que tiveram consulta na sua unidade durante o período de aplicação dos questionários.

Foram incluídos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, com nível de compreensão mantido, cuja língua é o Português, que aceitaram voluntariamente participar no estudo e que preencheram o consentimento informado. Excluíram-se os utentes que recusaram participar ou que não cumpriram os critérios de inclusão.

3. Instrumentos de recolha de dados

- Questionário sobre características sociodemográficas e hábitos de saúde oral

O questionário utilizado (Anexo III) inclui perguntas sobre variáveis sociodemográficas, nomeadamente a idade, o sexo, a escolaridade, antecedentes pessoais patológicos e hábitos do participante.

Apresenta ainda algumas questões relativas à utilização de prótese dentária, lavagem dos dentes, contacto com Estomatologia e/ou Medicina Dentária e motivo de consulta. A pergunta relativa à frequência de lavagem dos dentes foi anulada por elevada ausência de resposta.

Foi colocada uma pergunta final de autoavaliação da sua saúde oral

- Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Para conhecer a perceção que cada idoso tem sobre a sua saúde oral, utilizou-se o índice de GOHAI (Anexo III), por se tratar de uma escala elaborada especificamente para a população idosa e por se encontrar traduzida e validada para a população portuguesa.

Esta escala é constituída por 12 questões que dizem respeito aos últimos 3 meses e que avaliam três dimensões: a função física (padrão de mastigação, fala e deglutição), a função

psicossocial (preocupação com a saúde oral, autoimagem, autoconsciência sobre a saúde oral e evitar o contacto social devido a problemas orais) e a dor ou desconforto. Cada pergunta tem três hipóteses de resposta *sempre*, *algumas vezes* e *nunca*, [14] sendo pontuadas com 1, 2 ou 3 pontos, respetivamente. [10] A pontuação total é a soma dos valores e varia de 12 a 36. O índice de GOHAI classifica a autoperceção em *elevada* (34-36 pontos), *moderada* (30-33 pontos) e *baixa* (< 30 pontos).[10]

- Questionário médico

Foi efetuada uma revisão com recurso a pesquisa na Pubmed em publicações dos últimos 5 anos, em português ou inglês, sobre saúde oral e envelhecimento e foram também utilizados outros textos complementares considerados pertinentes, de forma a conhecer os problemas de saúde oral mais frequentes no idoso e a permitir a elaboração de um questionário a preencher pelo médico de Medicina Geral e Familiar após observação da cavidade oral do participante. Selecionaram-se a queilite angular, halitose, prótese dentária ajustada/desajustada, edentulismo parcial/ total, xerostomia, cáries, gengivite, retração gengival e úlceras. [2,4-6,15] Foi ainda colocada uma pergunta final de heteroavaliação face à saúde oral do participante observado (Anexo 4).

4. Análise estatística

As informações foram introduzidas numa base de dados de forma anonimizada, sendo a análise estatística efetuada com recurso ao *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 25.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis para os dados de forma geral, apresentando-se frequências, percentagens, médias, desvio-padrão, medianas e o interquartil range (IQR).

Para avaliação da normalidade da distribuição das variáveis utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e a observação dos histogramas das variáveis.

Para estatística inferencial foram utilizados os testes não paramétricos de Qui-quadrado, Teste Exato de Fisher e Mann-Whitney U. Na análise estatística utilizou-se ainda o coeficiente de correlação intraclasse Kappa.

Considerou-se como nível de significância estatística $p < 0.05$.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 104 idosos, sendo 57 do sexo feminino (54,8%) e 47 do masculino (45,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra por sexo

| Sexo | n | % |
|-----------|----|------|
| Feminino | 57 | 54,8 |
| Masculino | 47 | 45,2 |

A média de idades foi de 74,09 anos, com desvio padrão de 6,37 anos, com idade mínima de 65 e máxima de 93 anos. O valor da mediana foi de 73 anos e o interquartil range (IQR) de 9 (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da idade da amostra

| Idade (anos) | Média | Desvio-padrão | Mediana | IQR | Mín. | Máx. |
|--------------|-------|---------------|---------|-----|------|------|
| | 74,09 | 6,37 | 73,00 | 9 | 65 | 93 |

Agrupando-se os participantes por faixa etária, entre os 65 e os 74 anos encontram-se 59 idosos, entre os 75 e os 84 encontram-se 38 idosos e com idade igual ou superior a 85 anos encontram-se 7 idosos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra por faixa etária

| Faixa etária | n | % |
|--------------|----|------|
| 65 – 74 anos | 59 | 56,7 |
| 75 – 84 anos | 38 | 36,5 |
| ≥ 85 anos | 7 | 6,7 |

No que respeita à escolaridade, 6 idosos mencionaram não ter estudado (5,8%), 27 estudaram menos de 4 anos (26,0%), 54 têm o 4^o ano (51,9%), 7 têm o 9^o ano (6,7%), 7 têm o 12^o ano (6,7%) e 3 têm um curso do ensino superior (2,9%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a escolaridade

| Escolaridade | n | % |
|-------------------------|----------|----------|
| Não estudou | 6 | 5,8 |
| Estudou menos de 4 anos | 27 | 26,0 |
| 4 ^o ano | 54 | 51,9 |
| 9 ^o ano | 7 | 6,7 |
| 12 ^o ano | 7 | 6,7 |
| Ensino superior | 3 | 2,9 |

Nos antecedentes pessoais patológicos, 46 idosos têm diabetes (44,2%), 93 têm hipertensão arterial (89,4%) e 6 têm apneia do sono (5,8%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Antecedentes pessoais patológicos dos idosos

| Antecedentes pessoais | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Diabetes | 46 | 44,2 |
| Hipertensão arterial | 93 | 89,4 |
| Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono | 6 | 5,8 |
| Outros | 22 | 21,2 |

No que respeita aos hábitos, 5 idosos referem ser fumadores (4,8%) e 41 consomem álcool (39,4%).

Questionados quanto à lavagem dos dentes, 95 idosos (91,3%) responderam que o costumam fazer, ao passo que 9 não o fazem (8,7%).

Na amostra, 54 idosos referem ter prótese dentária (51,9%).

No questionário, 7 idosos referem nunca ter ido a consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária (6,7%), 65 foram há mais de um ano (62,5%) e 32 foram há menos de um ano

(30,8%) (Tabela 6). Em relação ao motivo de ida a consulta, 31 idosos referem ida a consulta de rotina (29,8%) e 51 por problema agudo (49,0%) (Tabela 7).

Tabela 6 – Consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária

| Consulta | n | % |
|-----------------------|----------|----------|
| Nunca foi | 7 | 6,7 |
| Foi há mais de 1 ano | 65 | 62,5 |
| Foi há menos de 1 ano | 32 | 30,8 |

Tabela 7 – Motivo de consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária

| Motivo de consulta | n | % |
|---------------------------|----------|----------|
| Rotina | 31 | 29,8 |
| Problema agudo | 51 | 49 |
| Nunca vai | 22 | 21,2 |

Na pergunta de autoavaliação sobre a sua saúde oral, 4 idosos acham que a sua saúde oral é muito má (3,8%), 19 má (18,3%), 48 razoável (46,2%), 30 boa (28,8%) e 3 muito boa (2,9%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Autoavaliação da saúde oral

| Autoavaliação da saúde oral | n | % |
|------------------------------------|----------|----------|
| Muito má | 4 | 3,8 |
| Má | 19 | 18,3 |
| Razoável | 48 | 46,2 |
| Boa | 30 | 28,8 |
| Muito boa | 3 | 2,9 |

Na aplicação do questionário de GOHAI para avaliação da percepção da saúde oral a pontuação total média foi de 32,12 pontos, a mediana de 33 e o IQR de 3 (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização da pontuação total do GOHAI

| Pontuação | Média | Desvio-padrão | Mediana | IQR | Mín. | Máx. |
|------------------|--------------|----------------------|----------------|------------|-------------|-------------|
| | 32,12 | 2,98 | 33 | 3 | 14 | 36 |

O sexo masculino apresentou uma pontuação total média de 32,80 pontos, desvio- padrão de 2,18, mediana de 34 e IQR de 2. O sexo feminino apresentou uma pontuação média de 31,54 pontos, desvio padrão de 3,41, mediana de 33 e IQR de 3,5.

Observando a classificação por classes da escala de GOHAI, 38,5% dos idosos apresentaram uma elevada autopercepção da saúde oral, 46,2% apresentaram autopercepção moderada e 15,4% baixa (Tabela 10).

Tabela 10 – Classificação da escala de GOHAI

| Classificação da Escala GOHAI | n | % |
|--|----------|----------|
| Baixa (pontuação total < 30 pontos) | 16 | 15,4 |
| Moderada (pontuação total de 30 a 33 pontos) | 48 | 46,2 |
| Elevada (pontuação total ≥ 34 pontos) | 40 | 38,5 |

No questionário médico relativo à observação da cavidade oral, o mais frequentemente observado foi o edentulismo parcial (68,3%), a existência de prótese dentária aparentemente ajustada (45,2%), a retração gengival (42,3%) e as cáries (40,4%) (Tabela 11). Considerando o edentulismo no global (parcial e total) apresenta uma prevalência de 87,5%.

Tabela 11 – Resultados da observação médica da cavidade oral

| Observação médica | n | % |
|--|----------|----------|
| Edentulismo parcial | 71 | 68,3 |
| Prótese dentária aparentemente ajustada | 47 | 45,2 |
| Retração gengival | 44 | 42,3 |
| Cáries | 42 | 40,4 |
| Gengivite | 23 | 22,1 |
| Halitose | 21 | 20,2 |
| Edentulismo total | 20 | 19,2 |
| Xerostomia | 12 | 11,5 |
| Prótese dentária aparentemente desajustada | 10 | 9,6 |
| Queilite angular | 2 | 1,9 |
| Úlceras visíveis | 1 | 1,0 |

A média de problemas por idoso é de 2,82, sendo o máximo de problemas registado de 6 e a mediana é de 3 problemas.

No que respeita ao mencionado em texto livre, salienta-se a referência à existência de placa bacteriana em 5 idosos.

Quanto à heteroavaliação da saúde oral, os médicos consideram que 16,3% dos idosos tem saúde oral muito má, 24% má, 27,9% razoável, 25% boa e 6,7% muito boa. (Tabela 12).

Tabela 12 – Heteroavaliação da saúde oral (Avaliação médica)

| Avaliação médica da saúde oral | n | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Muito má | 4 | 3,8 |
| Má | 19 | 18,3 |
| Razoável | 48 | 46,2 |
| Boa | 30 | 28,8 |
| Muito boa | 3 | 2,9 |

Verificou-se uma relação estatisticamente significativa pelo Teste Qui-quadrado entre o sexo e a classificação por classes da escala de GOHAI ($p= 0,021$), sendo que a perceção da saúde oral do sexo feminino é significativamente inferior à do sexo masculino (Tabela 13)

Tabela 13 – Tabela Cruzada com classificação da Escala de GOHAI por Sexo

| | | Classificação da Escala GOHAI | | | |
|--------------|-----------------|-------------------------------|----------|---------|--------|
| | | Baixa | Moderada | Elevada | Total |
| Sexo | Masculino | 6 | 16 | 25 | 47 |
| | % Sexo | 12,8% | 34,0% | 53,2% | 100,0% |
| | % Classificação | 37,5% | 33,3% | 62,5% | 45,2% |
| | Feminino | 10 | 32 | 15 | 57 |
| | % Sexo | 17,5% | 56,1% | 26,3% | 100,0% |
| | % Classificação | 62,5% | 66,7% | 37,5% | 54,8% |
| Total | n | 16 | 48 | 40 | 104 |
| | % Sexo | 15,4% | 46,2% | 38,5% | 100,0% |
| | % Classificação | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Verificou-se ainda relação estatisticamente significativa entre a escolaridade e a classificação por classes na escala de GOHAI pelo Teste Exato de Fisher ($p= 0,022$), no entanto não é possível observar uma tendência crescente ou decrescente (Anexo IX).

Não se verificou relação estatisticamente significativa entre a faixa etária e a classificação na escala de GOHAI pelo Teste Exato de Fisher ($p= 0,360$), o mesmo se verificou para a variável prótese pelo teste de Qui-Quadrado ($p= 0,748$).

Existe diferença estatisticamente significativa entre os sexos e a pontuação total da escala de GOHAI ($p= 0,013$) pelo teste de Mann-Whitney U, apresentando o sexo feminino uma média de pontuação mais baixa que o masculino. Não existe diferença estatisticamente significativa entre as variáveis faixa etária e escolaridade e a variável pontuação total.

Existe também relação entre lavagem dos dentes e a pontuação total no GOHAI pelo Teste de Mann-Whitney U ($p=0.004$), sendo que a pontuação total média de quem refere lavar os dentes é de 32,32 pontos, com desvio padrão de 2,9 e mediana de 33 e no grupo que admite não lavar os dentes a pontuação total média é de 29,89 pontos, desvio padrão de 3,01 e mediana de 31.

Não se verificou relação estatisticamente significativa pelo Teste Exato de Fisher entre as variáveis sexo e faixa etária com a autoavaliação da saúde oral ($p= 0,814$ e $p= 0,172$, respetivamente).

Aplicou-se o coeficiente de correlação intraclassa Kappa entre autoavaliação e heteroavaliação da saúde oral, obtendo-se uma concordância de 0,112 (Tabela 14).

Tabela 14 – Tabela cruzada de auto e heteroavaliação da saúde oral

| | | Heteroavaliação | | | | | Total |
|---------------|-----------|-----------------|----|----------|-----|-----------|-------|
| | | Muito má | Má | Razoável | Boa | Muito boa | |
| Autoavaliação | Muito má | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 4 |
| | Má | 7 | 6 | 4 | 2 | 0 | 19 |
| | Razoável | 5 | 16 | 14 | 12 | 1 | 48 |
| | Boa | 3 | 2 | 10 | 11 | 4 | 30 |
| | Muito boa | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Total | | 17 | 25 | 29 | 26 | 7 | 104 |

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram que a maioria dos idosos da amostra apresenta uma autoperceção moderada da sua saúde oral (46,2%), seguindo-se o grupo de idosos com autoperceção elevada (38,5%) e a constituir uma menor percentagem da amostra surgem os idosos com perceção baixa (15,4%). À semelhança de estudos de saúde oral já realizados em Portugal, os idosos com menor classificação na escala representam a menor percentagem da amostra [10,16]. No estudo de validação da escala para a população portuguesa de Carvalho et al. [10] a perceção foi mais elevada do que a aqui apresentada.

A pontuação total média do GOHAI foi de 32,12 pontos, resultado semelhante a outro estudo de perceção da saúde oral realizado em Lisboa em 2016, cujo valor médio se situou nos 32,9 pontos. [16]

Melhores condições de saúde oral são esperadas em idosos com perceção mais elevada da mesma. [14,17] Assim, apesar dos resultados da classificação por classes do GOHAI, na observação médica verificou-se elevada prevalência de alterações da cavidade oral, destacando-se o edentulismo que, considerando o parcial e o total, foi observado em 91 dos 104 idosos, ou seja, em 87,5% dos participantes do estudo. Segundo o III Estudo Nacional de

Prevalência das Doenças Orais (2015), a prevalência estimada de edentulismo total nos idosos com idade entre 65 e 74 anos era de 14,4%, [18] tendo-se obtido um valor mais elevado no presente estudo. Vários estudos referem percentagens elevadas de edentulismo no idoso, [5,6,17] no entanto a perda de peças dentárias não deve ser encarada como consequência natural do envelhecimento. [4]

As cáries e a doença periodontal foram encontradas com frequência na amostra, corroborando os dados existentes sobre as mesmas no idoso. [5,6,9]

Na autoavaliação, a maioria dos idosos consideraram ter uma saúde oral razoável a boa, apesar de na observação médica apresentarem uma média de alterações da cavidade oral de 2,82 e uma mediana de 3 alterações. Ribeiro et al. [19] no seu trabalho de 2012 em que foram avaliados comportamentos e auto percepção da saúde oral numa população geriátrica obteve resultado semelhante, justificando-o como uma desvalorização resultante da adaptação às condições existentes com a consequente desvalorização da situação de doença. Quando analisado o coeficiente de correlação entre a auto e heteroavaliação da saúde oral, observa-se uma correlação fraca entre ambas, facto já observado em outras publicações, [17] sendo que o facto da observação ter sido realizada por diferentes médicos, e apesar das informações transmitidas aquando das instruções de aplicação do questionário, pode induzir variabilidade na percepção médica.

Neste estudo, a maioria dos idosos referiu uso de prótese dentária (51,9%), indo de encontro a dados de Ribeiro et al. de 2012 com 57,8%, [19] de Carvalho et al. aquando da validação do GOHAI com resultados de 63% [10] e de novo trabalho de Carvalho et al. em 2016 cuja percentagem foi de 62,6%. [16]

No que respeita a consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária, 6,7% dos idosos nunca tiveram contacto com estas especialidades, percentagem esta bastante superior à estimada no III Estudo de Prevalência das Doenças Orais de 2015 que, para idosos entre os 65 e os 74 anos de idade, aponta para valores de 1,3% a nível nacional e de 1,6% na região centro do país. O mesmo apresenta também percentagens estimadas de idosos com consulta no último ano cerca de 10% superior à encontrada no presente estudo. [18]

No que respeita a consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária, a maioria dos idosos (62,5%) refere consulta há mais de um ano, indo de encontro a resultados já conhecidos [10,16,19] e tendo como motivo principal a existência de um problema agudo, sendo mais frequente este motivo de recurso a cuidados médicos do que a consulta de rotina. [19] A

periodicidade com que o idoso deve ter consulta deve ser individualizada e adaptada às suas necessidades. [9] Seria interessante aprofundar o conhecimento sobre os motivos deste resultado, nomeadamente a influência das condições económicas, o conhecimento em saúde oral ou até mesmo as limitações físicas que muitos idosos vão sofrendo ao longo do tempo.

As doenças orais continuam a ser um problema major de saúde pública tanto na Europa como no Mundo. Garantir o acesso a serviços de saúde oral continua a ser um problema entre os grupos vulneráveis que geralmente frequentam menos os serviços do que a população geral e, quando o fazem, geralmente é mais em contexto de urgência do que para cuidados preventivos. [13]

Verificou-se uma associação entre o sexo e a perceção da saúde oral, apresentando o sexo feminino menor perceção face ao sexo masculino. Nos trabalhos consultados e com desenho de estudo semelhante não foi feita referência a associação significativa entre resultados e sexo.

Existe também relação entre lavagem dos dentes e a pontuação total no GOHAI pelo Teste de Mann-Whitney U, sendo que idosos que lavam os dentes têm maior pontuação final na escala de GOHAI.

O GOHAI não deve ser utilizado como substituto da avaliação clínica, no entanto pode ser utilizado para detetar casos que podem beneficiar desta observação. [14]

O presente estudo apresenta algumas limitações. Trata-se de uma amostra de conveniência e relativamente pequena, o que pode afetar a representatividade da população do estudo. Além disso, e apesar dos médicos participantes terem recebido informação acerca do preenchimento do questionário e dos problemas de saúde oral, o facto da observação da cavidade oral não ser feita pelo mesmo observador pode introduzir maior variabilidade nas respostas.

Apesar de existirem já alguns estudos sobre a saúde oral direccionados para a população geriátrica, muitos deles brasileiros, estes ainda são escassos. Carece-se, assim, de mais projetos de investigação que visem conhecer cada vez melhor e diferenciar o fisiológico do patológico, detetar situações a necessitar de observação e referência a médico especialista em saúde oral, bem como continuar a apostar na promoção da saúde e prevenção da doença. A Medicina Geral e Familiar enquanto especialidade de proximidade e como contacto preferencial de muitos idosos com o serviço nacional de saúde é dotada de privilégio

no que respeita a promoção da saúde e de mudança de hábitos, quer seja de alimentação saudável, evicção tabágica e cuidados de higiene, quer seja na deteção de desvios da normalidade ou problemas. Deste modo, devem os profissionais de saúde estar sensibilizados para a importância da saúde oral e o seu impacto no bem-estar geral, incentivando boas práticas desde idade precoce, criando hábitos saudáveis, incentivando à literacia em saúde e prevenindo patologia. Apostar na formação médica pré e pós-graduada em saúde oral é também importante. A criação de guidelines ou escalas simplificadas e direcionadas para os cuidados de saúde primários poderia facilitar a deteção rápida de alterações a necessitar de particular atenção.

CONCLUSÕES

O presente trabalho mostrou que a amostra de idosos estudada tem maioritariamente uma autoperceção da saúde oral moderada a boa, sendo que as mulheres apresentaram uma perceção inferior à dos homens. A observação da cavidade oral pelo médico permitiu perceber que a prevalência de alterações é elevada. Destaca-se a elevada prevalência de edentulismo e de uso de prótese dentária.

Percebe-se pela análise dos dados que existem ainda muitas pessoas que nunca tiveram consulta de Estomatologia ou Medicina Dentária e nas que recorrem a consulta destaca-se o facto de maioritariamente procurarem cuidados em situações agudas.

O envelhecimento populacional e a elevada prevalência das doenças orais tornam essencial a aposta na prevenção e na deteção precoce de alterações. Conhecer a perceção que a população geriátrica tem da sua saúde oral é importante para detetar idosos em risco e cuja observação é ainda mais necessária, permitindo conhecer o impacto que as alterações têm na sua qualidade de vida.

A avaliação clínica pelos médicos de medicina geral e familiar não substitui a avaliação por Estomatologia ou Medicina Dentária. Todavia, devem estar sensibilizados para a sua importância como parte da saúde do indivíduo. A observação da cavidade oral é essencial, bem como a deteção precoce de alterações de forma a que possam, sempre que possível, ser corrigidas.

AGRADECIMENTOS

Aos pais agradeço toda a ajuda, apoio e paciência, bem como o incentivo para me aventurar neste regresso à Faculdade, ajudando-me durante todo o processo de realização deste trabalho, fazendo com que não desistisse mesmo em momentos mais difíceis.

À restante família e amigos agradeço a paciência e o apoio de sempre.

A todos os profissionais que colaboraram na aplicação dos questionários agradeço o empenho e a ajuda.

Ao Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e à Dra. Benilde Barbosa agradeço o incentivo para me lançar neste desafio e o exemplo que são enquanto pessoas e médicos.

BIBLIOGRAFIA

1. PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo [cited 2019 27 de Junho]. Available from: www.pordata.pt.
2. Veríssimo, M.T., Geriatria fundamental - Saber e Praticar. 1ª ed, Lidel. 2014. p. 41-47; 129-135; 233-243.
3. Kossioni, A.E., Hajto-Bryk, J., Maggi, S., Mckenna, G., Petrovic, M., Roller-Wirnsberger, R.E., et al. An Expert Opinion from the European College of Gerodontology and the European Geriatric Medicine Society: European Policy Recommendations on Oral Health in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(3):609-613.
4. Lamster, I.B., Asadourian, L., Del Carmen, T., Friedman, P.K. The aging mouth: differentiating normal aging from disease. *Periodontol 2000.* 2016;72(1):96-107.
5. Razak, P.A., Richard, K.M., Thankachan, R.P., Hafiz, K.A., Kumar, K.N., Sameer, K.M. Geriatric oral health: a review article. *J Int Oral Health.* 2014;6(6):110-116.
6. Gil-Montoya, J.A., De Mello, A.L., Barrios, R., Gonzalez-Moles, M.A., Bravo, M. Oral health in the elderly patient and its impact on general well-being: a nonsystematic review. *Clin Interv Aging.* 2015;10:461-467.
7. Sergi, G., Bano, G., Pizzato, S., Veronese, N., Manzato, E. Taste loss in the elderly: Possible implications for dietary habits. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2017;57(17):3684-3689.
8. Estimates of cancer incidence and mortality in 2018, for all countries: ECIS - European Cancer Information System; 2019 [cited 2019 15 de Julho]. Available from: [https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?0-0\\$1-AII\\$2-AII\\$4-1,2\\$3-0\\$6-0,14\\$5-2008,2008\\$7-7\\$CEstByCountry\\$X0_8-3\\$X0_19-AE28E\\$X0_20-No\\$CEstRelative\\$X1_8-3\\$X1_9-AE28\\$X1_19-AE28E\\$CEstByCountryTable\\$X2_19-AE28E](https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?0-0$1-AII$2-AII$4-1,2$3-0$6-0,14$5-2008,2008$7-7$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE28E$X0_20-No$CEstRelative$X1_8-3$X1_9-AE28$X1_19-AE28E$CEstByCountryTable$X2_19-AE28E).
9. Kossioni, A.E., Hajto-Bryk, J., Janssens, B., Maggi, S., Marchini, L., Mckenna, G., et al. Practical Guidelines for Physicians in Promoting Oral Health in Frail Older Adults. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(12):1039-1046.
10. Carvalho C, Manso AC, Escoval A; Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Rev Port Saúde Pública.* 2013; 31 (2):166-72.
11. Silva, S.R.C., Castellanos Fernandes, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos *Rev Saude Publica.* 2001;35:349-355.
12. Oral Health Surveys - Basic Methods: World Health Organization; 2013 15 de Julho de 2019]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97035/9789241548649_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

13. Best Practices in Oral Health Promotion and Prevention from across Europe: Oral Health European Platform 2015 [cited 2019 15 de Julho]. Available from: <http://www.oralhealthplatform.eu/our-best-practices/>.
14. Atchison, K.A., Dolan, T.A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ. 1990;54(11):680-687.
15. Murray Thomson, W. Epidemiology of oral health conditions in older people. Gerodontology. 2014;31 Suppl 1:9-16.
16. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Self-perception of oral health in older adults from an urban population in Lisbon, Portugal. Rev Saude Publica. 2016;50:53.
17. Fonseca, P.A., Almeida, A., Silva, A. Condições de saúde bucal em população idosa institucionalizada. Rev gaúch odontol. 2011; vol.59, n.2:193-200.
18. Calado, R., Ferreira, C.S., Nogueira, P., Melo, P. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2015 10 de Julho de 2019]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iii-estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx>.
19. Ribeiro, D., Pires, I., Pereira, M.L. Comportamentos e auto-perceção em saúde oral de uma população geriátrica da região do Porto, Portugal. Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2012(53(4)):221-226.

ANEXOS

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética da FMUC e da ARS Centro



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

COMISSÃO DE ÉTICA DA FMUC

Of. Ref^o 124-CE-2018

Data 26/11/2018

C/Conhecimento ao aluno

Exma. Senhora
Prof.^a Doutora Anabela Mota Pinto
Diretora do Gabinete de Estudos Avançados
da FMUC

Assunto: Projeto de Investigação no âmbito do Mestrado em Geriatria (ref^o CE-120/2018)

Candidato(a): Teresa Maria Matos de Queirós

Título do Projeto: "Avaliação da percepção da saúde oral no idoso".

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina, após análise do projeto de investigação supra identificado, decidiu emitir o parecer que a seguir se transcreve:

"Parecer favorável não se excluindo, no entanto, a necessidade de submissão à Comissão de Ética, caso exista, da(s) Instituição(ões) onde será realizado o Projeto".

Queira aceitar os meus melhores cumprimentos,

O Presidente,

Prof. Doutor João Manuel Pedroso de Lima

HC

SERVIÇOS TÉCNICOS DE APOIO À GESTÃO - STAG - COMISSÃO DE ÉTICA

Pólo dos Círculos de Saúde - Unidade Central

Avenida do Sauro, 300-354 COIMBRA - PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 226

E-mail: gestaoetica@fmed.ucp.pt | www.fmed.ucp.pt

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

| | |
|--|---|
| PARECER FINAL PARECER FAVORÁVEL | DESPACHO: <i>Harabiyade</i> <i>02/05/2019</i> Conselho Executivo da A.R.S.C. do Centro, I.P. <i>Harabiyade</i> Presidente <i>Harabiyade</i> Membro <i>Harabiyade</i> Membro <i>Harabiyade</i> Membro |
|--|---|

ASSUNTO: Estudo 27/2019

Avaliação da percepção da saúde oral no idoso

Estudo que pretende avaliar a percepção que os idosos e os seus médicos têm sobre a sua saúde oral

Aos utentes serão administrados questionários (Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) traduzido e validado) e ao médico será solicitada informação clínica.

A identificação dos questionários será realizada por número de identificação

Foi enviado consentimento informado adequado

Tem já parecer positivo da Comissão de ética da FMUC.

Harabiyade
Relator: Prof. Dr. Vitor Rodrigues

Harabiyade
Presidente da CES: Prof. Dr. Fontes Ribeiro

Anexo II – Consentimento Informado

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: Avaliação da percepção da saúde oral no idoso

PROMOTOR E INVESTIGADOR PRINCIPAL

Teresa Matos Queirós

MORADA

USF Fernando Namora
Rua D. Ana Laboreiro D'Eça,
3150-195 Condeixa-a-Nova
239940171

CONTACTO TELEFÓNICO

NOME DO DOENTE

(LETRA DE IMPRENSA)

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque tem mais de 65 anos e é importante conhecer a sua percepção e a do seu médico sobre a sua saúde oral.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a saúde oral no idoso e, desta forma, possibilitar a melhoria dos cuidados de saúde ao sensibilizar para a sua importância.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo irá decorrer em Centros de Saúde da ARS Centro em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com o objetivo de conhecer a autopercepção dos idosos em relação à sua saúde oral, bem como a percepção do seu médico em relação à mesma.

Trata-se de um estudo observacional, pelo que não será feita nenhuma alteração na sua medicação ou tratamentos habituais.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes ou outros participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

Serão incluídos 300 participantes.

2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO

2.1. Procedimentos

Um médico do estudo entregar-lhe-á um questionário no qual constam algumas questões sobre a sua idade, sexo, escolaridade, antecedentes pessoais, hábitos de consumo, hábitos de higiene oral, se usa prótese dentária, se tem contacto com Estomatologia e/ou Medicina Dentária e ainda questões sobre a sua opinião em relação à sua saúde oral. Posteriormente, o médico observará a sua boca e preencherá também um pequeno questionário com a perceção que teve durante o exame, nomeadamente, se viu prótese, cáries, gengivite, xerostomia ou outra alteração que ache relevante, de forma a no final ser também possível conhecer a sua opinião.

2.2. Calendário das visitas/ Duração

Este estudo consiste numa visita única com duração de cerca de 15 minutos.

2.3. Tratamento de dados/ Randomização

Toda a informação recolhida sobre si através do preenchimento dos questionários será identificada com um número de forma a assegurar que a sua identidade permanece confidencial, não sendo revelada a outras pessoas.

Os dados pessoais recolhidos serão os estritamente necessários para o cumprimento dos objectivos do presente estudo e serão inseridos num ficheiro eletrónico que será utilizado apenas para a finalidade descrita.

A informação recolhida será processada e analisada pelo médico do estudo, sendo que os resultados poderão ser publicados em artigos científicos ou apresentados em reuniões científicas. Não será identificado(a) pessoalmente nas apresentações, uma vez que toda a informação estará codificada.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

A colheita dos dados através do preenchimento do questionário por parte do utente e do seu médico não está associada a riscos.

4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS

Este estudo tem a vantagem de estudar a sua saúde oral e permitir um melhor conhecimento da mesma. Além disso, a informação que será recolhida irá contribuir para uma melhor informação dos médicos de forma a melhorar os cuidados clínicos a prestar aos doentes.

5. NOVAS INFORMAÇÕES

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

6. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

O Investigador do estudo pode decidir terminar a sua participação neste estudo se entender que não é do melhor interesse para a sua saúde continuar nele. A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. O médico do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

7. CONFIDENCIALIDADE

Sem violar as normas de confidencialidade, serão atribuídos a auditores e autoridades reguladoras acesso aos registos médicos para verificação dos procedimentos realizados e informação obtida no estudo, de acordo com as leis e regulamentos aplicáveis. Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação. Pode ter também acesso à sua informação médica diretamente ou através do seu médico neste estudo. Tem também o direito de se opor à transmissão de dados que sejam cobertos pela confidencialidade profissional.

Os registos médicos que o identificarem e o formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pelo promotor e/ou por representantes do promotor, e para fins regulamentares pelo promotor e/ou pelos representantes do promotor e agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos médicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as suas informações médicas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

Confidencialidade e tratamento de dados pessoais

Os dados pessoais dos participantes no estudo, incluindo a informação médica ou de saúde recolhida ou criada como parte do estudo serão utilizados para condução do estudo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação clínica, será utilizada da seguinte forma:

1. O promotor, os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o (a) identifica directamente (e não ao seu nome) serão comunicados pelos investigadores e outras pessoas envolvidas no estudo ao promotor do estudo, que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) directamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.
6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza o promotor ou empresas de monitorização de estudos/estudos especificamente contratadas para o efeito e seus colaboradores

e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes do seu processo clínico, para conferir a informação recolhida e registada pelos investigadores, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido correctamente e que os dados obtidos são fiáveis.

7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos médicos envolvidos no estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a rectificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação médica não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

8. COMPENSACÃO

Este estudo é da iniciativa do investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

9. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Aznhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Teresa Matos Queirós
USF Fernando Namora, Rua D. Ana Laboreiro D'Eça, 3150-195 Condeixa-a-Nova
Telefone 239940171

**NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE
TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.**

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao médico responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O médico responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o médico e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autoridades sanitárias competentes.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado. Eu posso exercer o meu direito de rectificação e/ ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o médico tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** _____ / _____ / _____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____ / _____ / _____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____ / _____ / _____



QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

INSTRUÇÕES: Este questionário tem questões sobre dados sociodemográficos, antecedentes e hábitos. À exceção da idade, deverá assinalar com uma cruz a resposta que deseja.

1. Idade 2. Sexo Masculino Feminino

3. Escolaridade Não estudou 9º ano
 Menos de 4 anos 12º ano
 4º ano Ensino Superior
 7º ano

4. Antecedentes pessoais Diabetes
 Hipertensão arterial
 Apneia do sono
 Outro qual? _____

5. Fumador Sim Não

6. Bebe álcool Sim Não

7. Costuma lavar os dentes? Sim Não

Se respondeu sim, lava os dentes com que frequência? _____

8. Usa prótese dentária? Sim Não

9. Já foi a alguma consulta com Estomatologista ou Médico Dentista? Sim Não

Se respondeu sim na pergunta anterior, há quanto tempo foi a última consulta?

Há menos de um ano Há mais de um ano

10. Quando vai ao Estomatologista ou Dentista, qual o motivo?

Rotina

Problema agudo

Nunca vai

11. Considera que a sua saúde oral é

Muito má

Má

Razoável

Boa

Muito boa

QUESTIONÁRIO DE AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE ORAL

INSTRUÇÕES: Este questionário tem questões sobre a sua opinião em relação à sua saúde oral. A cada pergunta deve responder colocando uma cruz no quadrado da resposta que deseja.

| | | | |
|---|--------|---------------|-------|
| 1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |
| 12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos? | Sempre | Algumas vezes | Nunca |

Escala de GOHAI adaptada para Português

Obrigada pela participação.


OBSERVAÇÃO MÉDICA

INSTRUÇÕES: Ao observar a cavidade oral do utente, deve seleccionar colocando uma cruz na quadrícula as alterações que observou. Se o utente não tem alterações relacionadas com determinado tópico, deve então deixar a respectiva quadrícula em branco.

| OBSERVAÇÃO DA CAVIDADE ORAL | |
|------------------------------------|--|
| | Queilite angular |
| | Halitose |
| | Prótese dentária aparentemente ajustada |
| | Prótese dentária aparentemente desajustada (Ex. Soltando-se com facilidade) |
| | Xerostomia |
| | Edentulismo parcial (Falta de alguns dentes) |
| | Edentulismo total (Não tem nenhum dente natural) |
| | Cáries |
| | Gengivite (gengiva inflamada) |
| | Úlceras visíveis (Traumáticas, provocadas pela placa ou espontâneas) |
| | Retração gengival (Diminuição da gengiva, podendo existir exposição das raízes dos dentes) |
| | Outras alterações relevantes, quais? _____ |

De uma forma geral, considera que a saúde oral do idoso que observou é

Muito má
 Má
 Razoável
 Boa
 Muito boa

Anexo V – Caracterização da amostra

| Caracterização da amostra | N | % |
|---------------------------------------|----------|----------|
| Sexo | | |
| Feminino | 57 | 54,8 |
| Masculino | 47 | 45,2 |
| Faixa etária (anos) | | |
| 65-74 | 59 | 56,7 |
| 75-84 | 38 | 36,5 |
| ≥85 | 7 | 6,7 |
| Escolaridade | | |
| Não estudou | 6 | 5,8 |
| Estudou menos de 4 anos | 27 | 26 |
| 4º ano | 54 | 51,9 |
| 9º ano | 7 | 6,7 |
| 12º ano | 7 | 6,7 |
| Ensino Superior | 3 | 2,9 |
| Antecedentes Pessoais | | |
| Diabetes | 46 | 44,2 |
| Hipertensão arterial | 93 | 89,4 |
| Síndrome da Apneia Obstrutiva do sono | 6 | 5,8 |
| Outros | 22 | 21,2 |
| Consulta | | |
| Nunca Foi | 7 | 6,7 |
| Foi há mais de 1 ano | 65 | 62,5 |
| Foi há menos de 1 ano | 32 | 30,8 |
| Motivo de Consulta | | |
| Rotina | 31 | 29,8 |
| Problema Agudo | 51 | 49 |
| Nunca Vai | 22 | 21,2 |
| Autoavaliação da saúde oral | | |
| Muito má | 4 | 3,8 |
| Má | 19 | 18,3 |
| Razoável | 48 | 46,2 |
| Boa | 30 | 28,8 |
| Muito Boa | 3 | 2,9 |

Anexo VI – Resultados da observação médica da cavidade oral

| | n | % |
|---|----------|----------|
| Queilite angular | | |
| Sim | 2 | 1,9 |
| Não | 102 | 98,1 |
| Halitose | | |
| Sim | 21 | 20,2 |
| Não | 83 | 79,8 |
| Prótese dentária aparentemente ajustada | | |
| Sim | 47 | 45,2 |
| Não | 57 | 54,8 |
| Prótese dentária aparentemente desajustada | | |
| Sim | 10 | 9,6 |
| Não | 94 | 90,4 |
| Xerostomia | | |
| Sim | 12 | 11,5 |
| Não | 92 | 88,5 |
| Edentulismo parcial | | |
| Sim | 71 | 68,3 |
| Não | 33 | 31,7 |
| Edentulismo total | | |
| Sim | 20 | 19,2 |
| Não | 84 | 80,8 |
| Cáries | | |
| Sim | 42 | 40,4 |
| Não | 62 | 59,6 |
| Gengivite | | |
| Sim | 23 | 22,1 |
| Não | 81 | 77,9 |
| Úlceras visíveis | | |
| Sim | 1 | 1,0 |
| Não | 103 | 99,0 |
| Retração gengival | | |
| Sim | 44 | 42,3 |
| Não | 60 | 57,7 |

Anexo VII – Resultados do índice de GOHAI por pergunta

| Índice de GOHAI | Sempre | | Algumas vezes | | Nunca | |
|--|--------|------|---------------|------|-------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 1. Nos últimos 3 meses diminuí a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes? | 4 | 3,8 | 13 | 12,5 | 87 | 83,7 |
| 2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos? | 8 | 7,7 | 26 | 25,0 | 70 | 67,3 |
| 3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos? | 3 | 2,9 | 22 | 21,2 | 79 | 76,0 |
| 4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca? | 4 | 3,8 | 9 | 8,7 | 91 | 87,5 |
| 5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento? | 3 | 2,9 | 31 | 29,8 | 70 | 67,3 |
| 6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca? | 2 | 1,9 | 5 | 4,8 | 97 | 93,3 |
| 7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca? | 59 | 56,7 | 29 | 27,9 | 16 | 15,4 |
| 8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca? | 1 | 1,0 | 10 | 9,6 | 93 | 89,4 |
| 9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado? | 2 | 1,9 | 15 | 14,4 | 87 | 83,7 |
| 10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca? | 2 | 1,9 | 18 | 17,3 | 84 | 80,8 |
| 11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca? | 0 | 0 | 5 | 4,8 | 99 | 95,2 |
| 12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos? | 4 | 3,8 | 37 | 35,6 | 63 | 60,6 |

Anexo VIII – Tabela cruzada das variáveis faixa etária e classificação da escala de GOHAI por classes

| | | Classificação da Escala GOHAI | | | |
|---------------------|-----------------|-------------------------------|----------|---------|--------|
| | | Baixa | Moderada | Elevada | Total |
| Faixa etária | 65-74 anos | 8 | 27 | 24 | 59 |
| | % Faixa etária | 16,6% | 45,8% | 40,7% | 100,0% |
| | % Classificação | 50,0% | 56,3% | 60,0% | 56,7% |
| | 75-84 anos | 5 | 18 | 15 | 38 |
| | % Faixa etária | 13,2% | 47,4% | 39,5% | 100,0% |
| | % Classificação | 31,3% | 37,5% | 37,5% | 36,5% |
| | ≥ 85 anos | 3 | 3 | 1 | 7 |
| | % Faixa etária | 42,9% | 42,9% | 14,3% | 100,0% |
| | % Classificação | 18,8% | 6,3% | 2,5% | 6,7% |
| Total | n | 16 | 48 | 40 | 104 |
| | % Faixa etária | 15,4% | 46,2% | 38,5% | 100,0% |
| | % Classificação | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Anexo IX – Tabela cruzada entre as variáveis escolaridade e classificação da escala de GOHAI por classes

| | | Classificação da Escala GOHAI | | | | |
|---------------------|-----------------|-------------------------------|----------|---------|--------|--------|
| | | Baixa | Moderada | Elevada | Total | |
| Escolaridade | Não estudou | 1 | 3 | 2 | 6 | |
| | % Escolaridade | 16,7% | 50,0% | 33,3% | 100,0% | |
| | % Classificação | 6,3% | 6,3% | 5,0% | 5,8% | |
| | < 4 anos | 4 | 18 | 5 | 27 | |
| | % Escolaridade | 14,8% | 66,7% | 18,5% | 100,0% | |
| | % Classificação | 25,0% | 37,5% | 12,5% | 26,0% | |
| | 4 ° ano | 8 | 23 | 23 | 54 | |
| | % Escolaridade | 14,8% | 42,6% | 42,6% | 100,0% | |
| | % Classificação | 50,0% | 47,9% | 57,5% | 51,9% | |
| | 9 ° ano | 2 | 0 | 5 | 7 | |
| | % Escolaridade | 28,6% | 0,0% | 71,4% | 100,0% | |
| | % Classificação | 12,5% | 0,0% | 12,5% | 6,7% | |
| | 12 ° ano | 0 | 2 | 5 | 7 | |
| | % Escolaridade | 0,0% | 28,6% | 71,4% | 100,0% | |
| | % Classificação | 0,0% | 4,2% | 12,5% | 6,5% | |
| | Ensino superior | 1 | 2 | 0 | 3 | |
| | % Escolaridade | 33,3% | 66,7% | 0,0% | 100,0% | |
| | % Classificação | 33,3% | 66,7% | 0,0% | 2,9% | |
| | Total | n | 16 | 48 | 40 | 104 |
| | | % Escolaridade | 15,4% | 46,2% | 38,5% | 100,0% |
| | % Classificação | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | |

Anexo X – Tabela cruzada das variáveis sexo e autoavaliação da saúde oral

| | | Autoavaliação | | | | | |
|--------------|-----------------|---------------|--------|----------|--------|-----------|--------|
| | | Muito má | Má | Razoável | Boa | Muito boa | Total |
| Sexo | Masculino | 1 | 8 | 21 | 16 | 1 | 47 |
| | % Sexo | 2,1% | 17,0% | 44,7% | 34,0% | 2,1% | 100,0% |
| | % Autoavaliação | 25,0% | 42,1% | 43,8% | 53,3% | 33,3% | 45,2% |
| | Feminino | 3 | 11 | 27 | 14 | 2 | 57 |
| | % Sexo | 5,3% | 19,3% | 47,4% | 24,6% | 3,5% | 100,0% |
| | % Autoavaliação | 75,0% | 57,9% | 56,3% | 46,7% | 66,7% | 54,8% |
| Total | n | 4 | 19 | 48 | 30 | 3 | 104 |
| | % Sexo | 3,8% | 18,3% | 46,2% | 28,8% | 2,9% | 100,0% |
| | % Autoavaliação | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Anexo XI – Tabela cruzada das variáveis faixa etária e autoavaliação da saúde oral

| | | Autoavaliação | | | | | Total |
|---------------------|-----------------|---------------|--------|----------|--------|-----------|--------|
| | | Muito má | Má | Razoável | Boa | Muito boa | |
| Faixa etária | 65-74 anos | 3 | 9 | 30 | 15 | 2 | 59 |
| | % Faixa etária | 5,1% | 15,3% | 50,8% | 25,4% | 3,4% | 100,0% |
| | % Autoavaliação | 75,0% | 47,4% | 62,5% | 50,0% | 66,7% | 56,7% |
| | 75-84 anos | 0 | 9 | 15 | 14 | 0 | 38 |
| | % Faixa etária | 0,0% | 23,7% | 39,5% | 36,8% | 0,0% | 100,0% |
| | % Autoavaliação | 0,0% | 47,4% | 31,3% | 46,7% | 0,0% | 36,5% |
| | ≥ 85 anos | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 7 |
| | % Faixa etária | 14,3% | 14,3% | 42,9% | 14,3% | 14,3% | 100,0% |
| | % Autoavaliação | 25,0% | 5,3% | 6,3% | 3,3% | 33,3% | 6,7% |
| Total | n | 4 | 19 | 48 | 30 | 3 | 104 |
| | % Faixa etária | 3,8% | 18,3% | 46,2% | 28,8% | 2,9% | 100,0% |
| | % Autoavaliação | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |