



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora
de deficiência intelectual leve**

Patrícia Sofia Soares Couto

Tese para obtenção do grau de Doutor em

Biomedicina

(3º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Rui Amaral Mendes

Coorientador: Prof. Doutor Manuel Lourenço Nunes

Covilhã, dezembro de 2018

Dedicatória

À minha Família,

A quem dedico esta Tese,

por todo o carinho, suporte e apoio incondicional ao longo deste percurso.

Agradecimentos

Ao meu Pai,

Um especial agradecimento por todo o suporte, paciência, sábios conselhos e inestimável e incansável dedicação com que acompanha todos os momentos da minha vida.

Ao meu Orientador, Prof. Doutor Rui Amaral Mendes,

Que, com o seu largo saber e experiência, me orientou de forma superior ao longo deste trabalho, ajudando-me a definir critérios, dissipar dúvidas e a fazer opções nos momentos de incertezas.

Ao meu Coorientador, Prof. Doutor Manuel Lourenço Nunes,

Pela orientação, pelo apoio disponibilizado e por todos os sábios conselhos ao longo desta investigação.

Ao Prof. Doutor Paulo Almeida Pereira,

Por todo o apoio prestado no âmbito da estatística desta investigação.

Aos Docentes do curso de Doutoramento de Biomedicina da UBI,

Pelos ensinamentos ao longo deste percurso académico.

À APPACDM de Coimbra, à APPACDM de Vila Nova de Poiares, à APPACDM de Viseu, à ARCIL Lousã, e ao Centro de Atividades Ocupacionais da APPACDM da Figueira da Foz,

Pela disponibilidade e prontidão com que colaboraram nesta investigação.

Aos Membros do Grupo de Discussão,

Pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.

À Empresa Tantos Desafios,

Pelo patrocínio de algum do material dentário utilizado nesta investigação.

Prefácio

Depois de ter concluído o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, uma Pós-Graduação em Patologia Oro-Maxilo-Facial, e um Estágio com a duração de um ano em atendimento, praticamente exclusivo, a pacientes portadores de deficiência, percebi que a área da medicina dentária para pacientes especiais despertava em mim um particular interesse e motivação. De facto, a necessidade de um empenho acrescido para ultrapassar as inúmeras barreiras que se colocam no atendimento clínico destes pacientes, com vista a melhorar a sua saúde oral, bem-estar e qualidade de vida, dá um sentido ainda mais especial a todos os ensinamentos e aprendizagens adquiridos, e, em jeito de generosa compensação, oferece, a quem tem o privilégio de o fazer, uma sensação única e particularmente gratificante.

Ora, foi precisamente o contacto diário com a realidade desta população, o conhecer, sem estigmas e preconceitos, estas pessoas e as suas inúmeras necessidades, que intensificaram a minha vontade de querer saber e fazer mais e melhor por elas.

Com o intuito de cumprir este objetivo, procurei o Professor Doutor Rui Amaral Mendes, meu docente e supervisor em vários momentos do meu percurso académico, para, com a sua ajuda, definir um tema de tese de doutoramento que abordasse a área da saúde oral em pacientes portadores de deficiência. De entre as opções debatidas, surgiu aquela que viria a ser a temática desta tese: a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral nas pessoas portadoras de deficiência intelectual.

Assim brotou a ideia deste estudo, que, apesar da clara consciência das muitas dificuldades que me esperariam, desde logo me cativou, não só por me parecer premente a necessidade de tornar o indivíduo portador de deficiência como parte integrante dos assuntos que a ele dizem respeito, mas também por considerar extremamente importante a consciencialização da população em geral e, sobretudo, dos decisores políticos, das necessidades de saúde oral e do impacto que esta apresenta na qualidade de vida desta população.

Para a prossecução deste desiderato, espero que esta tese e os trabalhos científicos que dela emanaram e que, entretanto, foram publicados, possam contribuir, ainda que de uma forma singela, para que as necessidades de saúde oral destas pessoas não caiam nas profundas malhas do esquecimento e possam dar lugar a sorrisos especiais.

Resumo

As pessoas portadoras de deficiência intelectual apresentam, frequentemente, maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas relacionados com a sua saúde oral. De facto, inúmeros estudos fazem referência a uma pior higiene oral, à maior prevalência de doença gengival e de cárie dentária não tratada nesta população, comparativamente com a população em geral. Embora as doenças orais raramente constituam um risco para a vida do indivíduo, estas influenciam as dimensões funcionais, psicológicas e sociais, que giram em torno de todos os aspetos das rotinas diárias, prejudicando a sua qualidade de vida. Para além disso, e apesar de, nas últimas décadas, uma ampla variedade de ferramentas de avaliação da qualidade de vida ter sido desenvolvida como resultado da crescente preocupação com o impacto da saúde oral na saúde geral, nutrição, bem-estar e qualidade de vida do indivíduo, essas investigações raramente incluem pessoas portadoras de deficiência intelectual. Nesse sentido, o objetivo geral deste estudo consiste em avaliar a saúde oral do indivíduo portador de deficiência intelectual leve e analisar o impacto desta condição na sua qualidade de vida.

Para tal, foi realizado um estudo epidemiológico observacional descritivo transversal, numa população de pessoas portadoras de deficiência intelectual leve vinculadas às instituições da Região Centro de Portugal filiadas na HUMANITAS (Federação Portuguesa para a Deficiência Mental), em 2016.

Primeiramente, realizou-se o processo de validação de uma versão do questionário OHIP-14, modificada para a população em estudo, da qual resultou o questionário OHIP-14-MID-PT. A versão portuguesa do questionário foi elaborada a partir da versão original inglesa, tendo por base as *guidelines* de adaptação transcultural internacionalmente definidas, seguindo-se a avaliação das propriedades e do comportamento psicométrico deste novo instrumento de medida.

Concomitantemente com a aplicação, sob a forma de entrevista presencial, conduzida pela autora do estudo, de um questionário sociodemográfico e de saúde oral, e da versão final do questionário OHIP-14-MID-PT, a uma amostra de 240 indivíduos de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos, foram também realizados exames intraorais baseados em três índices clínicos: COHI (Clinical Oral Health Index), COCNI (Clinical Oral Care Needs Index) e COPI (Clinical Oral Prevention Index), para determinar, respetivamente, problemas de saúde oral, necessidades de tratamento médico-dentário, e necessidades de medidas de atuação preventiva/educativa.

O questionário OHIP-14-MID-PT apresentou elevada fiabilidade (ICC=0,999; Cronbach's α =0,922). O coeficiente de correlação inter-item variou entre 0,277 e 0,749, e o coeficiente

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

de correlação item-total entre 0,529 e 0,728. As pontuações do OHIP-14-MID-PT encontravam-se significativamente associadas com a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário ($U=2366,5$, $p<0,001$) e do estado dos dentes e gengivas ($r=-0,545$, $p<0,001$), com o número de dentes naturais ($\chi^2=29,74$, $p<0,001$), e com os resultados do COHI ($\chi^2=18,50$, $p<0,001$). Tais resultados suportam a validade convergente e divergente do questionário.

Dos 240 indivíduos participantes no estudo, 122 eram do género feminino e 118 do género masculino e a média de idades situou-se nos 35,9 anos. 45% da amostra residia em ambiente urbano e 55% em meio rural. Embora todos os indivíduos em estudo apresentassem alguma forma de vínculo institucional, apenas 13,3% se encontravam institucionalizados. Mediante a realização do exame intraoral, verificou-se que mais de metade dos indivíduos (54,9%) apresentam “um ou mais problemas de impacto importante a severo na saúde” (COHI nível 2); apenas 4,6% “não necessita de tratamento ou observação” (COCNI nível 0) e 85% da amostra em estudo “necessita de pelo menos uma medida de atuação preventiva/educativa” (COPI nível 1). Em 76,9% dos participantes, a saúde oral apresentava impacto na qualidade de vida. As dimensões mais afetadas foram dor física, com 61,9%, seguida do desconforto psicológico e incapacidade psicológica com 45,1% e 45%, respetivamente. Em relação às variáveis sociodemográficas e de saúde oral, verificou-se que a presença de um menor número de dentes e uma autopercepção de maior necessidade de tratamento têm um impacto negativo na qualidade de vida. Por outro lado, a institucionalização e o aumento de pelo menos uma categoria na autopercepção do estado dos dentes e gengivas têm um impacto positivo na qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

O OHIP-14-MID-PT provou ser um instrumento de medida consistente, válido e fiável, com boas propriedades psicométricas para determinar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de adultos portadores de deficiência intelectual leve em Portugal.

Dada a elevada prevalência de doença oral e o seu considerável impacto na qualidade de vida encontrado neste estudo, é crucial o estabelecimento de medidas para melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, nestes indivíduos.

Palavras-chave

Qualidade de Vida; Saúde Oral; OHIP-14; OHIP-14-MID-PT; Deficiência Intelectual; QdVRSO; Medicina Dentária Comunitária.

Abstract

People with intellectual disabilities are often more vulnerable to develop oral health problems. In fact, numerous studies indicate that individuals with intellectual disability have poorer oral hygiene, worse signs of gingival disease and a higher prevalence of untreated dental caries compared with the general population. Although oral diseases rarely are a threat to the individual's life, they may cause an impact among the functional, psychological and social dimensions of the aspects of daily routines and impair quality of life. Furthermore, and despite a wide variety of quality of life assessment tools that have been developed in recent decades as a result of growing concern about the impact of oral health on the general health, nutrition, well-being and quality of life of the individual, such research rarely includes people with intellectual disabilities. Therefore, the purpose of this study is to assess oral health and its impact on the quality of life of people with mild intellectual disabilities.

For this, a cross-sectional descriptive, observational epidemiological study was carried out in a population of people with mild intellectual disabilities living in (or attending) institutions of the central region of Portugal that are affiliated with HUMANITAS (Portuguese Federation for Mental Disabilities) in 2016.

Firstly, the validation process of a modified version of the OHIP-14 questionnaire was carried out for the study population, which resulted in the OHIP-14-MID-PT questionnaire. The Portuguese version of the questionnaire was drawn up from the original English version, following internationally defined transcultural adaptation guidelines, followed by the evaluation of the properties and psychometric behavior of this new measuring instrument.

Concurrently with the application of a sociodemographic/oral health questionnaire and the final version of the OHIP-14-MID-PT questionnaire (in the form of a face-to-face interview conducted by the study's author, to a sample of 240 individuals of both genders and between the ages of 18 and 64 years old), an intraoral examination was also performed based on three clinical indexes: COHI (Clinical Oral Health Index Index), COCNI (Clinical Oral Care Needs Index) and Clinical Oral Prevention Index (COPI), to determine, respectively, oral health problems, dental treatment needs, and preventive/educational measures.

The OHIP-14-MID-PT presented high reliability (ICC=0,999; Cronbach's α =0,922). The inter-item correlation coefficient ranged from 0,277 to 0,749, and the item-total correlation coefficient varied between 0,529 and 0,728. The OHIP-14-MID-PT total scores were significantly associated with the self-perception of need for dental treatment ($U=2366,5$, $p<0,001$), the oral health status ($r=-0,545$, $p<0,001$), the number of natural teeth ($\chi^2=29,74$,

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

$p < 0,001$) and with COHI's results ($\chi^2 = 18,50$, $p < 0,001$); the results support the convergent and divergent validities of the questionnaire.

Of the 240 subjects participating in the study, 122 were female and 118 male, and the mean age was 35.9 years. 45% of the sample lived in an urban environment and 55% in rural areas. Although all the individuals under study had some form of institutional link, only 13,3% were institutionalized. More than half of the individuals (54,9%) presented “one or more problems with important to severe impact on health” (COHI level 2); only 4,6% of the individuals have “no need for care nor examination” (COCNI level 0) and 85% of the study sample needs, at least, “one preventive or dental health education action need” (COPI level 1). In 76,9% of the participants, oral health had impact on the quality of life. The most affected dimensions of life were physical pain, with 61,9%, followed by psychological discomfort and psychological disability with 45,1% and 45%, respectively. With relation to sociodemographic variables and oral health factors it was verified that the presence of fewer teeth and self-perception of higher need for dental treatment had a negative impact on the quality of life. On the other hand, institutionalization and an increase in at least one category in the self-perception of the oral health status had a positive impact on the quality of life.

OHIP-14-MID-PT has proved to be a consistent, valid and reliable instrument with good psychometric properties to determine the impact of oral health on quality of life in adults with mild intellectual disabilities in Portugal.

Given the high burden of oral disease and the considerable impact on quality of life found in this study, the establishment of guidelines to improve the oral health and quality of life of these individuals should be regarded as imperative.

Keywords

Quality of Life; Oral Health; OHIP-14; OHIP-14-MID-PT; Intellectual Disability; OHRQoL; Community Dentistry.

Índice

CAPÍTULO 1	1
1. Introdução	3
1.1 Deficiência Intelectual: definição, caracterização, sistemas de classificação e prevalências	3
1.1.1 Definição	3
1.1.2 Caracterização	5
1.1.3 Sistemas de classificação	6
1.1.4 Prevalências	7
1.2 A deficiência no contexto português: legislação	8
1.3 Saúde oral da pessoa portadora de deficiência	10
1.4 Barreiras à saúde oral da pessoa portadora de deficiência	12
1.4.1 Acessibilidade	13
1.4.2 Disponibilidade	13
1.4.3 Acomodação	15
1.4.4 Recursos financeiros	15
1.4.5 Aceitabilidade	15
1.4.6 Adequação	16
1.5 Qualidade de vida relacionada com a saúde oral	17
1.6 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral	21
1.7 Processo de validação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral	24
CAPÍTULO 2	29
2. Justificação	31
CAPÍTULO 3	33
3. Objetivos	35
CAPÍTULO 4	37
4. Materiais e Métodos	39
4.1 Desenho geral do estudo	39
4.2 População e seleção da amostra	40
4.3 Metodologias de recolha de dados e processo de calibração do examinador	42
4.4 Instrumentos de recolha de dados	42
4.5 Definição operacional das diferentes variáveis em estudo	43
4.6 OHIP-14-MID-PT	45
4.7 Processo de criação da versão modificada do questionário OHIP-14, adaptada a indivíduos portadores de deficiência intelectual leve (OHIP-14-MID-PT)	47

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

4.7.1	Processo de tradução e adaptação transcultural	47
4.7.2	Propriedades psicométricas: fiabilidade teste-reteste e consistência	
	Interna	50
4.7.3	Propriedades psicométricas: validade convergente e validade divergente	51
4.7.4	Propriedades psicométricas: análise fatorial confirmatória	52
4.8	Clinical Oral Health Index (COHI), Clinical Oral Care Needs Index (COCNI) e Clinical Oral Prevention Index (COPI)	53
4.9	Exame Clínico	54
4.10	Análise dos dados	55
CAPÍTULO 5	57
5. Resultados	59
5.1	Processo de validação do questionário OHIP-14-MID-PT	59
5.1.1	Fiabilidade: teste-reteste	59
5.1.2	Fiabilidade: análise da consistência interna	60
5.1.3	Validade do constructo: validade convergente	62
5.1.4	Validade do constructo: validade divergente	64
5.1.5	Análise fatorial confirmatória	66
5.2	Análise descritiva do OHIP-14-MID-PT	69
5.3	Análise das variáveis do questionário sociodemográfico e de saúde oral	73
5.3.1	Caracterização sociodemográfica geral	73
5.3.2	Caracterização da saúde oral/hábitos de higiene	75
5.3.3	Caracterização da autopercepção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas	79
5.3.4	Caracterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos	80
5.4	Influência dos hábitos de higiene oral, alimentares, tabágicos e alcoólicos na qualidade de vida e na saúde oral	81
5.4.1	Frequência de escovagem	81
5.4.2	Métodos de escovagem	83
5.4.3	Frequência de consultas dentárias	83
5.4.4	Motivo da consulta	85
5.4.5	Hábitos alimentares	87
5.4.6	Hábitos tabágicos e alcoólicos	89
5.5	Análise da condição oral (COHI), das necessidades de tratamento (COCNI) e das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias (COPI)	91
5.5.1	Clinical Oral Health Index - Avaliação da condição oral	91
5.5.2	Clinical Oral Care Needs Index - Avaliação das necessidades de tratamento	92
5.5.3	Clinical Oral Prevention Index - Avaliação das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias	93
5.6	Análise das diferenças na qualidade de vida e saúde oral entre indivíduos institucionalizados e não institucionalizados	94

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

5.7	Análise do impacto da saúde oral na qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve	103
5.8	Determinação dos fatores associados com a qualidade de vida percebida pelo indivíduo através de um modelo de regressão logística	106
CAPÍTULO 6		111
6.	Discussão	113
6.1	Análise das propriedades psicométricas do questionário OHIP-14-MID-PT	113
6.2	OHIP-14-MID-PT: Impacto da saúde oral na qualidade de vida	116
6.3	Hábitos de higiene/saúde oral	118
6.4	Estado de saúde oral: análise dos resultados do exame clínico	122
6.5	Influência da institucionalização e de diferentes contextos residenciais na saúde oral e na qualidade de vida	124
6.6	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral e fatores associados	126
6.7	Limitações	130
CAPÍTULO 7		133
7.	Conclusões	135
Bibliografia		137
Anexos		163
	Anexo 1	165
	Anexo 2	167
	Anexo 3	177
	Anexo 4	181
	Anexo 5	185
	Anexo 6	187
	Anexo 7	189
	Anexo 8	191
	Anexo 9	193
	Anexo 10	195

Lista de Esquemas

Esquema 1 - Dimensões da escala OHIP-14-MID-PT	46
Esquema 2 - Representação esquemática dos passos de adaptação transcultural realizados	50
Esquema 3 - Análise fatorial confirmatória do OHIP-14-MID-PT	66
Esquema 4 - Estimativas não estandardizadas	67
Esquema 5 - Estimativas estandardizadas	67

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Relação entre o tipo de vínculo com a instituição e o gênero	74
Gráfico 2 - Relação entre o contexto de residência e o gênero	75
Gráfico 3 - Relação entre o contexto de residência e a idade	75
Gráfico 4 - Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e o gênero	77
Gráfico 5 - Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e a idade	77
Gráfico 6 - Relação entre as opções utilizadas para limpar os dentes e o gênero	78
Gráfico 7 - Relação entre o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista e a frequência com que realiza a higiene oral	78
Gráfico 8 - Relação entre a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e o gênero	79
Gráfico 9 - Relação entre ser fumador e o gênero	80
Gráfico 10 - Relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o gênero	81
Gráfico 11 - Relação entre o Clinical Oral Health Index e a frequência com que realiza a higiene oral	82
Gráfico 12 - Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e a frequência com que realiza a higiene oral	82
Gráfico 13 - Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e a frequência com que realiza a higiene oral	83
Gráfico 14 - Relação entre o Clinical Oral Health Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista	84
Gráfico 15 - Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista	85
Gráfico 16 - Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista	85
Gráfico 17 - Relação entre Clinical Oral Health Index e o motivo da última visita ao médico dentista	86
Gráfico 18 - Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o motivo da última visita ao médico dentista	87
Gráfico 19 - Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o motivo da última visita ao médico dentista	87
Gráfico 20 - Relação entre o Clinical Oral Health Index e ser fumador	90
Gráfico 21 - Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e ser fumador	90
Gráfico 22 - Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e ser fumador	91
Gráfico 23 - Relação entre o Clinical Oral Health Index e o gênero	92
Gráfico 24 - Relação entre o Clinical Oral Health Index e a idade	92
Gráfico 25 - Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o gênero	93
Gráfico 26 - Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o gênero	94

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Gráfico 27 - Relação entre a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e os anos de vínculo com a instituição	97
Gráfico 28 - Relação entre o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista e o tipo de vínculo com a instituição	98
Gráfico 29 - Relação entre a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e a residência	100
Gráfico 30 - Relação entre a autopercepção do estado dos dentes e gengivas e a residência	100
Gráfico 31 - Relação entre o Clinical Oral Health Index e a residência	101
Gráfico 32 - Relação entre o número de dentes naturais e a residência	101
Gráfico 33 - Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e a residência	102
Gráfico 34 - Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e a residência	102
Gráfico 35 - Relação entre o Clinical Oral Health Index e o uso de prótese dentária	104

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Número de utentes das instituições da Região Centro filiadas na HUMANITAS	40
Tabela 2 - Constituição da amostra e número de participantes no estudo	41
Tabela 3 - Interpretação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson	52
Tabela 4 - Valores de referência para a avaliação do ajustamento dos modelos de equações estruturais	52
Tabela 5 - Estatísticas (média e desvio padrão) das duas avaliações	59
Tabela 6 - Coeficiente de correlação intraclasse para cada dimensão do OHIP-14-MID-PT	59
Tabela 7 - Estatísticas de consistência interna para as dimensões do OHIP-14-MID-PT	60
Tabela 8 - Análise da fiabilidade baseada na correlação inter-item do OHIP-14-MID-PT. Matriz de correlação inter-item	60
Tabela 9 - Correlação item-total corrigida e efeito da eliminação de cada item nos valores do coeficiente alfa de Cronbach	61
Tabela 10 - Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário	62
Tabela 11 - Correlação de Pearson. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a autopercepção do estado dos dentes e gengivas	63
Tabela 12 - Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o número de dentes naturais	64
Tabela 13 - Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o Clinical Oral Health Index	65
Tabela 14 - Saturações do OHIP-14-MID-PT, resultantes da análise fatorial confirmatória e validade convergente	67
Tabela 15 - Saturações entre as dimensões do OHIP-14-MID-PT	68
Tabela 16 - Ajustamento do modelo estrutural	69
Tabela 17 - Estatísticas das dimensões do OHIP-14-MID-PT	69
Tabela 18 - Frequências do OHIP-14-MID-PT (impacto)	70
Tabela 19 - Frequências do OHIP-14-MID-PT	70
Tabela 20 - Estatísticas do OHIP-14-MID-PT (média e desvio padrão)	71
Tabela 21 - Frequências do OHIP-14-MID-PT (impacto)	72
Tabela 22 - Caracterização sociodemográfica da amostra	73
Tabela 23 - Caracterização da saúde oral e hábitos de higiene da amostra	76
Tabela 24 - Caracterização da autopercepção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas da amostra	79
Tabela 25 - Caracterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos da amostra	80
Tabela 26 - Correlação de Pearson. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a frequência com que consome determinados alimentos	88

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 27 - Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e ser fumador	89
Tabela 28 - Frequências do Clinical Oral Health Index	91
Tabela 29 - Frequências do Clinical Oral Care Needs Index	93
Tabela 30 - Frequências do Clinical Oral Prevention Index	94
Tabela 31 - Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o tipo de vínculo com a instituição	95
Tabela 32 - Correlação de Pearson. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e os anos de vínculo com a instituição	95
Tabela 33 - Correlação de Pearson. Relação entre a autopercepção do estado dos dentes e gengivas e os anos de vínculo com a instituição	96
Tabela 34 - Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a residência	98
Tabela 35 - Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o uso de prótese dentária	103
Tabela 36 - Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o Clinical Oral Care Needs Index	104
Tabela 37 - Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o Clinical Oral Prevention Index	106
Tabela 38 - Teste de Hosmer-Lemeshow	106
Tabela 39 - Teste Omnibus aos coeficientes do modelo	107
Tabela 40 - Pseudo R ²	107
Tabela 41 - Estimativas dos Parâmetros	107
Tabela 42 - Resultados práticos da utilização do modelo	108

Lista de Acrónimos

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
AAMR	American Association of Mental Retardation
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AMOS 22	Analysis of Moment Structures 22
APA	American Psychiatric Association
APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
ARCIL	Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã
ASSOL	Associação de Solidariedade Social de Lafões
CAO	Centro de Atividades Ocupacionais
CEERIA	Centro Educação Especial, Reabilitação e Integração Alcobaça
CEP	Centro de Emprego Protegido
CFI	Comparative Fit Index
Child-OIDP	Child Oral Impacts on Daily Performance
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
COCNI	Clinical Oral Care Needs Index
COHI	Clinical Oral Health Index
COHIP	Child Oral Health Impact Profile
COHIP-SF 19	Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19
COPI	Clinical Oral Prevention Index
CPO	Cariados, Perdidos, Obturados
CPQ	Child Perception Questionnaire
CRI	Centro de Recursos para a Inclusão

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

DIDL	Dental Impact on Daily Living
DIL	Deficiência Intelectual Leve
DIP	Dental Impact Profile
DM-ID	Diagnostic Manual - Intellectual Disability
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECOHIS	Early Childhood Oral Health Impact Score
FENACERCI	Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social
FIS	Family Impact Scale
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
IADH	International Association for Disability & Oral Health
ICC	Intraclass Correlation Coefficient
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAVI	Modelo de Apoio à Vida Independente
NADD	National Association for the Dually Diagnosed
NFI	Normed of Fit Index
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHIP-14-MID-PT	Oral Health Impact Profile -14 - Mild Intellectual Disability - Portugal
OH-QoL	Oral Health Quality of Life Inventory
OH-QoL UK	Oral Health Quality of Life Inventory United Kingdom
OIDP	Oral Impacts on Daily Performance
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
P-CPQ	Parental-Caregivers Perception Questionnaire
POQL	Pediatric Oral Health-Related Quality of Life
QdVRSO	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation
SIDD	Social Impacts of Dental Disease
SIP	Sickness Impact Profile
SND	Special Needs Dentistry
SOHO-5	Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

1. Introdução

Este estudo tem como ponto de partida a validação de um instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, fazendo-se uso do mesmo numa população de indivíduos adultos portadores de deficiência intelectual leve. Paralelamente a esta avaliação subjetiva, é levada a cabo uma análise objetiva da condição oral, das necessidades de tratamento, das medidas de atuação preventiva necessárias e dos hábitos de higiene oral nesta população. São ainda determinados possíveis fatores associados com a qualidade de vida relacionada com a saúde oral destas pessoas, cuja modificação pode melhorar o seu bem-estar físico, psicológico e social.

1.1 Deficiência Intelectual: definição, caracterização, sistemas de classificação e prevalências

1.1.1 Definição

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), define deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (1). De acordo com esta classificação, os problemas de funcionalidade humana são agrupados da seguinte forma: alterações das estruturas e funções corporais, limitações às atividades, e restrições à participação. Assim, o termo deficiência diz respeito às dificuldades percebidas em uma ou mais áreas da funcionalidade (1).

No que diz respeito à nomenclatura da deficiência intelectual, esta encontra-se em constante modificação, observando-se, contudo, esforços no sentido de encontrar definições que representem as tendências contemporâneas, tendências essas focadas nas capacidades e funcionalidades dos sujeitos (2). A condição de deficiência intelectual foi passando ao longo do tempo por inúmeras designações, desde: débil mental, oligofrénico, excecional, atrasado, deficiente mental, entre outras. Esses termos foram sendo modificados em consequência do surgimento de novas estruturas teóricas, passando a terminologia mais antiga a constituir um estigma (3). De acordo com a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), o termo deficiência intelectual abrange a mesma população de indivíduos que eram previamente diagnosticados com atraso mental. Além disso, todo o indivíduo que é,

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

ou foi, elegível para um diagnóstico de atraso mental é igualmente elegível para um diagnóstico de deficiência intelectual (4,5).

A AAIDD (4), a maior e mais antiga organização do mundo de profissionais na área da deficiência intelectual, desempenhou um papel fundamental na evolução da definição e abordagens da deficiência intelectual, tendo publicado onze edições do seu manual de definições, entre 1908 e 2010, contendo, cada edição, o mais recente entendimento científico da condição (4). As primeiras definições focaram-se na incapacidade de adaptação social do indivíduo ao meio ambiente. Definições posteriores acrescentaram uma abordagem médica que teve em conta a hereditariedade e patologia. Em seguida, a ascensão do movimento de testes cognitivos deu ênfase à medição do funcionamento intelectual pelo teste de QI (4). Tal definição apoiava-se fundamentalmente na conceptualização da deficiência intelectual como um rebaixamento da capacidade intelectual, atestado por avaliações psicométricas da inteligência. O principal problema desta definição é a rápida associação estabelecida entre a pontuação obtida nos testes psicométricos e a “predição” das capacidades dos sujeitos para aprender e agirem funcionalmente, gerando uma série de classificações sobre aqueles que seriam “educáveis”, “treináveis”, “dependentes” (6). No manual de definição e classificação de 1959, a AAIDD fez a primeira abordagem a uma definição que mencionava tanto o funcionamento intelectual como “as deficiências na maturação, aprendizagem e ajuste social”. No manual de 1961, é feita pela primeira vez a referência a “comportamento adaptativo”, um termo ainda hoje usado. A definição foi reformulada em 1992, para refletir uma nova maneira de entender e responder à condição. A AAIDD afastou-se de um processo diagnóstico que identifica défices apenas com base numa pontuação de QI, e começou a considerar elementos sociais, ambientais, entre outros. A definição de 2002 da AAIDD esclareceu que a deficiência se origina “antes dos 18 anos” (4).

É importante notar que a definição de 1992 foi a primeira a ver a deficiência intelectual como uma condição que poderia ser reforçada pela provisão de apoio, ao invés de uma incapacidade estática ao longo da vida. Assim, e desde 1992, a associação tem vindo a desenvolver esta mudança de paradigma. A abordagem é mais amplamente desenvolvida no 11º e mais recente manual da Associação, “Deficiência Intelectual: Definição, Classificação e Sistemas de Suporte”, publicado em 2010 (4).

Atualmente, o conceito de deficiência intelectual mais utilizado na literatura específica e mais divulgado nos meios educacionais tem como base o sistema de classificação da AAIDD (3,6). De acordo com a sua definição mais atual, a deficiência intelectual é caracterizada por limitações significativas, tanto no funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizagem, resolução de problemas), como no comportamento adaptativo, que abrange uma gama de habilidades sociais e práticas do quotidiano, e surge antes dos 18 anos (4).

Em suma, verificamos que o conceito de deficiência intelectual evoluiu de um modelo médico-psicológico para um modelo social e outro biopsicossocial. Assim, e de acordo com o

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

relatório da Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI), atualmente “a DI assenta numa conceção claramente funcionalista e sistémica que envolve não só capacidades intelectuais, bem como comportamentos, níveis de participação e interação com os demais e o meio envolvente, condições de saúde, contextos, aspetos culturais e ambientais, entre outros” (2).

Fruto desta clara mudança de paradigma em relação à deficiência, as organizações internacionais têm vindo a alterar o seu nome (2). Refira-se, por exemplo, a “Associação Americana sobre Atraso Mental” (American Association of Mental Retardation (AAMR)) que modificou o nome para “American Association of Intellectual and Developmental Disabilities” (AAIDD), e a “Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Mental” que alterou a sua designação para “Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Intelectual” (2). Embora “deficiência intelectual” seja a designação preferida, e algumas organizações internacionais tenham já efetivamente mudado o seu nome, a alteração de linguagem usada na legislação, na regulamentação, e até mesmo nos nomes das organizações, exige tempo para a sua completa modificação (4). Tal, é igualmente notório na terminologia encontrada na literatura, onde inúmeros termos (“mental retard” (atraso mental); “learning disability” (dificuldade de aprendizagem); “mental disability” (deficiência mental) são utilizados para definir o mesmo objeto de estudo. A nível europeu, a denominação com maior consenso dentro da literatura existente é “intellectual disability” (deficiência intelectual). Contudo, também o termo “deficiência” começa a ser substituído, em resultado da conotação negativa a ele associada (2). A análise conceptual relativa a este termo tornou-se importante, a par da revisão da classificação internacional de doenças (CID-10), que sugere a sua substituição por “intellectual and developmental disorders”, a constar na edição - CID-11 (2,7).

Note-se, assim, que a expressão “deficiência intelectual”, utilizada ao longo deste estudo, e comumente usada por médicos, educadores, leigos e grupos de defesa dos direitos da pessoa portadora de deficiência (8), equivale ao diagnóstico da CID-11 de transtornos do desenvolvimento intelectual “intellectual developmental disorders”.

1.1.2 Caracterização

As definições a nível internacional englobam três critérios principais para o diagnóstico de deficiência intelectual: limitações significativas no funcionamento intelectual, limitações significativas no comportamento adaptativo, e início antes dos 18 anos de idade (2,4).

O teste de QI é uma ferramenta importante para medir o funcionamento intelectual (capacidade mental de aprender, raciocinar, resolver problemas, etc.). Uma pontuação no teste, abaixo ou em torno de 70-75, indica uma limitação no funcionamento intelectual (4,9). São exemplos de testes amplamente utilizados a Escala de Inteligência Wechsler e a Escala de Inteligência Stanford Binet (10).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

O comportamento adaptativo é avaliado com o sujeito, através de medidas padronizadas, e com entrevistas aos familiares, professores e cuidadores (9). Outros testes determinam limitações no comportamento adaptativo, o qual cobre três tipos de habilidades (conceituais, sociais e práticas) (4,8,9):

1. Habilidades conceituais - Linguagem e literacia, conceitos de dinheiro, tempo, número e orientação;
2. Habilidades sociais - Habilidades interpessoais, responsabilidade social, autoestima, credulidade, ingenuidade, solução de problemas sociais e a capacidade de seguir regras, obedecer a leis e evitar ser vitimizado;
3. Habilidades práticas - Atividades da vida diária (cuidados pessoais), habilidades ocupacionais, cuidados de saúde, viagem/transporte, horários/rotinas, segurança, uso do dinheiro, uso do telefone (4).

De entre as escalas de comportamento adaptativo disponíveis, podemos salientar a Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland (10).

Ao definir e avaliar a deficiência intelectual, além de avaliar o funcionamento intelectual e o comportamento adaptativo, os profissionais devem ainda ter em consideração os seguintes fatores: ambiente comunitário típico dos pares e da cultura do indivíduo; diversidade linguística e diferenças culturais na maneira como as pessoas se comunicam, se movimentam e comportam; coexistência de áreas fortes e fracas; necessidade do *design* de um perfil das necessidades de apoios, com vista a uma melhoria do funcionamento individual (2,4).

1.1.3 Sistemas de classificação

A avaliação e classificação da deficiência intelectual é uma questão complexa (4). A deficiência intelectual encontra-se descrita em diversos sistemas de classificação internacionais (permitindo assim o estabelecimento de diagnósticos diferenciais) (2), nomeadamente: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e Classificação Internacional de Doenças (CID-10 e CID-11 que se encontra em preparação para implementação), consideradas ferramentas complementares e ambas publicadas pela OMS, e ainda o DSM-5, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (2). Também o manual *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Support* (11th Ed) da AAIDD apresenta um extenso leque de informações relativas ao diagnóstico e classificação na área da deficiência intelectual. De salientar é ainda o *Diagnostic Manual - Intellectual Disability* (DM-ID), publicado pela National Association for the Dually Diagnosed (NADD) em colaboração com a American Psychiatric Association (APA), como um instrumento complementar no apoio ao diagnóstico, tal como referenciado no relatório “Diagnóstico Duplo: Caracterização, Diagnóstico e Tendências” da FENACERCI (2).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

A importância de obter diagnósticos concretos prende-se com a necessidade de adequar os suportes e promover serviços e acompanhamentos mais eficientes para cada indivíduo, com o objetivo de melhorar o funcionamento das pessoas no seu próprio ambiente, a sua autoestima, o seu bem-estar subjetivo, o envolvimento na ação política e outros princípios de autoidentidade (2,4). Por outro lado, tais classificações permitem a inclusão no âmbito das prioridades de políticas sociais, facilitando igualmente o acesso a serviços e apoios adequados e centrados na pessoa e respetivas necessidades (2).

1.1.4 Prevalências

No que diz respeito à prevalência da deficiência intelectual, muitos são os estudos que têm sido realizados em todo o mundo, tendo sido obtidas frequentemente estimativas que variam entre 1% a 3% da população, o correspondente a cerca de 200 milhões de pessoas (10,11). De acordo com um estudo de meta-análise de Maulik *et al.*, citado por Xiaoyan e Liu (10), a prevalência média de deficiência intelectual nos estudos é de 1% (10). Outra meta-análise, referida pelos mesmos autores, encontrou estimativas gerais que variam entre 0,4% e 1,4% (10). De entre o cerca de 1% da população afetada por deficiência intelectual (8,9), cerca de 85% têm deficiência intelectual leve (9). Note-se ainda que o género masculino é mais propenso a ser diagnosticado com deficiência intelectual do que o género feminino (9,10). A deficiência intelectual é ainda significativamente mais comum em países de baixos rendimentos (10-12). Aliás, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento estima que 80% de todas as pessoas portadoras de deficiência vivam em países de baixos rendimentos (11).

Tem sido igualmente relatado que o número de pessoas portadoras de deficiências intelectuais está a aumentar, e os motivos são: crescimento populacional, envelhecimento da população e métodos e modelos mais precisos de deteção e diagnóstico (13).

Em Portugal, as informações disponíveis acerca da população portadora de deficiência são escassas, e advêm principalmente dos seguintes levantamentos estatísticos: "Inquérito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens", realizado em 1995 pelo então Secretariado Nacional de Reabilitação, e os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), fruto dos censos de 2001 e 2011 (14). Os dados do inquérito de 1995 demonstraram a existência de 905.488 pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, o que representa uma taxa nacional de 9,16%, valor próximo do que foi apurado através de estudos realizados noutros países da União Europeia. Verificou-se ainda que 12 em cada mil indivíduos apresentavam deficiências psíquicas (estando englobadas nesta categoria as deficiências intelectuais, a doença mental e as deficiências das funções gnósticas e práxicas) (15). Nos censos de 2001 (16), a população com pelo menos um tipo de deficiência representava 6,1% da população residente total (636.059 pessoas), sendo mais elevada entre os indivíduos do género masculino. Destes, 11,2% (70.994) apresentavam deficiência mental, estando inseridas neste

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

grupo “pessoas com atraso mental ligeiro, moderado ou profundo ou com outros problemas de desenvolvimento, traduzidos no funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, notório desde tenra idade” (estes dados não são comparáveis à informação do inquérito de 1995 pelas distintas metodologias utilizadas) (16). Já os dados do último recenseamento geral à população, realizado em 2011, apresentam modificações na área da deficiência, com uma nova abordagem, que integra os princípios preconizados na CIF (14). Assim, verificou-se que “cerca de 18% da população com 5 ou mais anos de idade declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar pelo menos uma das seis atividades diárias” (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). “Na população com 65 ou mais anos, este indicador ultrapassava 50%” (17). A nível europeu, dados do relatório “Eliminar os obstáculos ao exercício dos direitos dos cidadãos da UE” (UE, 2010), citado pela FENACERCI (2), permitem inferir que “dos 500 milhões de cidadãos, nos 27 Estados-Membros da União Europeia, 1 em cada 6 (cerca de 80 milhões) tem uma deficiência expressa em graus variáveis (de ligeira a profunda), aumentando esta proporção em função da idade da população: 35% das pessoas com mais de 65 anos declaram sofrer de alguma incapacidade com consequências na realização das suas atividades da vida diária e 15% das pessoas entre os 65 e os 74 anos consideram-se gravemente incapacitadas”. A nível mundial, a OMS estima que mais de um bilião de pessoas vivam com algum tipo de deficiência, o que representa cerca de 15% da população mundial (1).

Em suma, perante as prevalências apresentadas, e tendo em conta o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, é possível antecipar um provável aumento significativo das prevalências observadas, quer a nível nacional, quer internacional (2).

1.2 A deficiência no contexto português: legislação

A Constituição da República Portuguesa consagra os direitos fundamentais dos cidadãos portadores de deficiência no seu artigo 71.º, de acordo com o qual “os cidadãos portadores de deficiência física ou mental gozam plenamente dos direitos e estão sujeitos aos deveres consignados na Constituição, com ressalva do exercício ou do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados. O Estado obriga-se a realizar uma política nacional de prevenção e de tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e de apoio às suas famílias, a desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade quanto aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e a assumir o encargo da efetiva realização dos seus direitos, sem prejuízo dos direitos e deveres dos pais ou tutores. O Estado apoia as organizações de cidadãos portadores de deficiência.” (18).

Neste seguimento, a Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto, define as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa portadora de

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

deficiência (19), evidenciando “como grandes objetivos neste domínio, a promoção da igualdade de oportunidades, a promoção de oportunidades de educação, trabalho e formação ao longo da vida, a promoção do acesso a serviços de apoio, e a promoção de uma sociedade para todos, através da eliminação das barreiras e da adoção de medidas que visem a plena participação das pessoas com deficiência” (20). Portugal tem ainda, desde 2006, a Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto, “que proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde” (21).

Com a ratificação, no plano internacional, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em julho de 2009, Portugal “comprometeu-se a promover, proteger e garantir condições de vida dignas às pessoas com deficiência ou incapacidade, assumindo a responsabilidade pela adoção das medidas necessárias para lhes garantir o pleno reconhecimento e o exercício dos seus direitos, num quadro de igualdade de oportunidades” (20). De facto, “a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência constitui um marco histórico na garantia e promoção dos direitos humanos de todos os cidadãos, e em particular das pessoas com deficiência” (22). Desta Convenção, salienta-se o artigo 25.º relativo à saúde, de acordo com o qual “Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm direito ao gozo do melhor estado de saúde possível sem discriminação com base na deficiência. Os Estados Partes tomam todas as medidas apropriadas para garantir o acesso às pessoas com deficiência aos serviços de saúde que tenham em conta as especificidades do género, incluindo a reabilitação relacionada com a saúde” (22).

Os elementos centrais da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência estão refletidos na Estratégia Europeia de Deficiência 2010-20 (23). De facto, o Governo Português “comprometeu-se, igualmente, a desenvolver esforços para a implementação da Estratégia da União Europeia para a Deficiência 2010-2020 e da Estratégia para a Deficiência (2017-2023) do Conselho da Europa” (20). Os objetivos da Estratégia da União Europeia para a Deficiência 2010-2020 abrangem oito áreas prioritárias: acessibilidade, participação, igualdade, emprego, educação e aprendizagem, proteção social, saúde (promover acesso igual aos serviços de saúde e instalações relacionadas), e ação externa (23). A Estratégia para a Deficiência (2017-2023) “define 5 áreas prioritárias: igualdade e não discriminação, sensibilização, acessibilidade, reconhecimento igual perante a lei e proteção contra a exploração, violência e abuso. Estas correspondem aos artigos 5.º, 8.º, 9.º, 12.º e 16.º da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência” (24).

Neste sentido, e em desenvolvimento do regime estabelecido na Lei n.º 38/2004 de 18 de agosto, o Governo criou “o programa Modelo de Apoio à Vida Independente (MAVI) (20), que assenta na disponibilização de assistência pessoal a pessoas com deficiência ou incapacidade para a realização de atividades de vida diária e de mediação em contextos diversos. Com efeito, a instituição deste programa representa uma mudança de paradigma nas políticas públicas de

inclusão das pessoas com deficiência, procurando inverter a tendência da institucionalização e da dependência familiar” (20).

1.3 Saúde oral da pessoa portadora de deficiência

A saúde oral da pessoa portadora de deficiência assume parte integrante no seu bem-estar geral, influenciando a qualidade de vida e apresentando um forte impacto na saúde sistêmica (25-27). De facto, as doenças orais têm inter-relações complexas com muitas doenças sistêmicas comumente encontradas em indivíduos portadores de deficiência intelectual. Infecções orais crônicas, geralmente na forma de periodontite, têm sido associadas com doença cardiovascular, doença cerebrovascular, diabetes mal controlada, e outras doenças sistêmicas (28). Refira-se, a título exemplificativo, um recente estudo de Hsieh *et al.* (29), no qual os autores verificaram que a doença gengival pode estar associada a um maior risco de doença cardiovascular. Também Pradhan (27) faz referência à forte relação existente entre uma fraca higiene oral e a pneumonia bacteriana em populações com necessidades especiais. Neste sentido, a literatura defende a importância de se manter um olhar mais abrangente e holístico sobre o cuidado do paciente, considerando o sistema estomatognático como parte do corpo e não segregado do mesmo (30).

Vários estudos têm examinado a condição da saúde oral de diversos grupos de indivíduos portadores de deficiência intelectual, nomeadamente crianças, pessoas institucionalizadas, grupos étnicos específicos, e atletas paralímpicos (31), evidenciando que pessoas portadoras de deficiência intelectual apresentam uma pior higiene oral (especialmente em indivíduos com incapacidade motora associada (32,33)) e uma inferior condição periodontal, do que pessoas sem deficiência (13,28,31,32,34-40). Estas condições encontram-se, por sua vez, associadas a uma perda dentária acelerada e, em última instância, a níveis mais elevados de edentulismo, falta de substituição protética, e incapacidade oral (36). Também Kavvadia *et al.* (41) observaram níveis mais elevados de placa dentária entre adolescentes e jovens adultos portadores de deficiência intelectual, associando um comprometimento intelectual mais grave a um pior estado periodontal (34). Anders e Davis (31), numa revisão sistemática de 27 estudos, concluíram que pacientes portadores de deficiência intelectual têm pior higiene oral, níveis mais elevados de placa, gengivite e periodontite mais severas, mais cáries dentárias não tratadas (39,42), e um maior número de dentes extraídos. Phadraig *et al.* (43) verificaram que adultos com mais de 50 anos apresentam cerca de duas vezes mais probabilidade de ser edêntulos se tiverem deficiência intelectual (34% vs. 15%) (44), no entanto, quando estes indivíduos perdem dentes, há uma grande propensão para não realizar reabilitação protética (44). Tal situação assume um carácter ainda mais preocupante se pensarmos que o edentulismo pode estar indiretamente relacionado com o aumento do risco de comorbilidades associadas a uma débil saúde geral (44).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Outros estudos relativos ao estado de saúde oral de pacientes portadores de deficiência intelectual relatam, para além das condições previamente descritas, problemas como: acentuados desgastes dentários, devido ao bruxismo, e alta suscetibilidade a lesões traumáticas nos dentes e na boca (13,45). Também a prevalência de má oclusão foi encontrada com sendo superior e mais severa em indivíduos portadores de deficiência intelectual (46), constituindo-se como um obstáculo para a aceitação e integração social do indivíduo, não apenas do ponto de vista estético, mas também porque afeta funcionalmente a cavidade oral (46,47). A má oclusão pode ainda trazer mudanças nos padrões de mastigação e deglutição, bem como dificuldades em projetar certos sons (46).

Muitas características comumente associadas ao paciente portador de deficiência intelectual podem contribuir para um aumento do risco de apresentar doenças orais. Estas incluem a presença de limitações cognitivas, eventualmente associadas a limitações físicas e comportamentais que possam dificultar a realização da higiene oral diária e a cooperação durante as consultas dentárias (28,37,39,48), o elevado consumo de medicação (com potenciais efeitos secundários na saúde oral) (28,35,39,48,49), o frequente baixo estatuto socioeconómico (35,50,51), uma respiração predominantemente oral (48,52), oclusão deficiente (48), dieta cariogénica (27,28,48,50,53), e habitualmente fraca saúde geral (27,35). Para além disso, níveis mais severos de deficiência estão associados a piores condições orais (13,41,50,51,53).

De facto, uma eventual destreza manual reduzida destes pacientes pode levar a uma escovagem ineficaz, exacerbando problemas gengivais e periodontais (28). A ingestão frequente de açúcar em bebidas e *snacks*, como parte da dieta quotidiana, e o consumo de medicamentos líquidos à base de açúcar, laxantes e suplementos alimentares de alto teor calórico, juntamente com uma inadequada higiene oral, podem aumentar o risco de cáries dentárias (28). A utilização de determinados medicamentos pode também causar respostas gengivais exageradas, aumento da inflamação gengival e perda de osso de suporte, e redução do fluxo salivar (28). Muitas pessoas portadoras de deficiência intelectual experimentam ainda problemas de saúde, como o refluxo gastroesofágico, que aumentam o risco de erosão dentária (28). Note-se ainda que, dos vários fatores que influenciam a saúde oral, a dieta é, talvez, um dos fatores mais fáceis de modificar pelo cuidador, sem grandes resistências por parte do indivíduo, contrariamente ao que acontece com a higiene oral (27).

Outros fatores extrínsecos associados ao estado de saúde oral destes indivíduos incluem a tipologia de residência (35,39), os conhecimentos, atitudes e práticas dos familiares e/ou cuidadores remunerados no apoio aos cuidados de saúde oral (13,35,39,54), a disponibilidade de recursos, apoio organizacional e profissionais capacitados (10,30-32), e o nível educacional do cuidador (50,51).

Experienciar desigualdades nos serviços de saúde é, infelizmente, uma realidade para as pessoas portadoras de deficiência, encontrando-se disparidades nos mais variados setores, nomeadamente na saúde oral (28,35,55). Os cuidados médico-dentários são, efetivamente, uma

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

das necessidades de saúde menos atendidas em indivíduos portadores de deficiência intelectual (40,46,50,56), verificando-se uma maior dificuldade e um menor nível de acesso a serviços de saúde oral nesta população, do que em indivíduos sem deficiência (13,31,32). Por outro lado, quando os pacientes conseguem aceder ao atendimento médico-dentário, os tratamentos realizados são maioritariamente extrações, resultando num elevado número de dentes perdidos (42,45). Procedimentos com sedação ou anestesia geral são de igual forma uma realidade frequente nesta população (45). De facto, as evidências mostram que, para muitos, o tratamento consiste principalmente em extrações de emergência, para eliminar os riscos de infeção dentária, geralmente sob anestesia, em vez de cuidados restauradores abrangentes (55,57). Saliente-se ainda que, segundo Pradhan (27), indivíduos que requerem anestesia geral para os tratamentos médico-dentários de rotina têm 3,2 vezes mais probabilidade de perder um dente, comparativamente com aqueles que são tratados na cadeira sem qualquer sedação. De facto, o planeamento realizado pelos médicos dentistas para pessoas portadoras de deficiências em anestesia geral é frequentemente menos conservador, e dentes que suscitem dúvidas quanto à sua viabilidade de manutenção acabam por ser extraídos. Tal acontece devido a constrangimentos de tempo, dificuldades inerentes à realização de tratamentos endodônticos e colocação de coroas ou pontes numa única sessão num paciente intubado, e, ainda, para evitar problemas num futuro próximo (27).

1.4 Barreiras à saúde oral da pessoa portadora de deficiência

Apesar das pessoas portadoras de deficiência apresentarem frequentemente uma fraca condição oral, estas continuam a enfrentar desafios e barreiras consideráveis no acesso a serviços médico-dentários (58-61). O reduzido acesso a apropriados cuidados de saúde oral pode estar relacionado com fatores físicos, económicos, comportamentais, bem como com o escasso número de médicos dentistas dispostos a prestar serviços a este grupo populacional (1,58,61-66). De facto, e apesar das políticas internacionais defenderem a inclusão das pessoas portadoras de deficiência nos serviços de saúde, os impedimentos a um adequado acesso continuam a ser uma realidade (58).

Nas últimas décadas, o acesso aos serviços médico-dentários tem sido amplamente conceptualizado usando seis dimensões (acessibilidade, disponibilidade, recursos financeiros, acomodação, aceitabilidade e adequação) (58), pelo que as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde oral serão seguidamente apresentadas de acordo com cada uma destas dimensões (58), que se encontram inter-relacionadas (67).

1.4.1 Acessibilidade

A dimensão acessibilidade diz respeito aos meios físicos pelos quais o paciente chega aos serviços médico-dentários (68). O acesso físico ao tratamento é uma questão importante que deve ser abordada nas pessoas portadoras de deficiência intelectual, uma vez que estas também possuem frequentemente deficiências motoras associadas (13,69). Assim, as barreiras relativas à acessibilidade (70), mais frequentemente experienciadas pelas pessoas portadoras de deficiência, relatadas na literatura, são: condicionantes relativas ao transporte, especialmente em pessoas que se deslocam em cadeiras de rodas (58,68,69,71-77), distâncias consideráveis até encontrar clínicas dentárias qualificadas e disponíveis para efetuar o tratamento (58,68,71-74,76,78), inacessibilidades físicas das clínicas (58,74,78) e ausência de estacionamento adequado (58,69,72).

1.4.2 Disponibilidade

A dimensão disponibilidade refere-se ao volume e tipo de serviços disponíveis que permitem a escolha e inclusão da pessoa portadora de deficiência (68). A falta de consciencialização acerca da importância dos cuidados médico-dentários (a saúde oral não é considerada uma prioridade face a outras potenciais necessidades médicas) (76,79), o acesso limitado dos cuidadores a informações apropriadas acerca da saúde oral (61,76) e a dificuldade em encontrar médicos dentistas disponíveis para o atendimento a pessoas portadoras de deficiências (76,80-84) são algumas das principais barreiras, relacionadas com esta dimensão, reportadas por um recente estudo de meta-análise relativo ao acesso a serviços médico-dentários (58). Também um estudo de Serrano *et al.* (74) salienta a ausência generalizada de consciência acerca da importância da saúde oral (nomeadamente no que se refere à sua estreita relação com a saúde sistémica (71)) e a falta de atitudes positivas em relação à promoção da saúde oral (74) na população portadora de deficiência. Efetivamente, não parece existir um conhecimento suficiente da importância da higiene oral e da intervenção profissional atempada na prevenção de infeções e progressão de doenças (71). Aliás, estudos há que fazem referência à maior utilização de outras especialidades de saúde por esta população, comparativamente à utilização de serviços médico-dentários (58,80). Note-se ainda que estudantes de áreas profissionais, como enfermagem, terapia física e ocupacional, reabilitação e serviço social, que futuramente poderão vir a trabalhar com pessoas portadoras de deficiência, recebem pouca ou nenhuma formação acerca de doenças orais e da sua prevenção. Para além disso, as tentativas de inserir estas temáticas nos seus planos de estudos tendem a encontrar resistência (71).

Esta reduzida perceção acerca da importância da saúde oral é ainda bastante evidente por parte de pais e prestadores de cuidados (74,81,85), que muitas vezes subestimam a necessidade de tratamento, a dor oral e o desconforto do indivíduo (40,86-89). Verifica-se ainda, frequentemente, que os cuidadores não se encontram a par dos serviços de saúde e

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

apoios disponíveis para pessoas portadoras de deficiência (69,72). De salientar são, também, os elevados níveis de rotatividade do pessoal, verificados por alguns estudos (28,90,91), que sentiram dificuldades em encontrar cuidadores disponíveis para responder aos seus questionários que trabalhassem há mais de 6 meses com pessoas portadoras de deficiência. Para além disso, os procedimentos de higiene oral recaem sobretudo em cuidadores que, por norma, são mal remunerados, com pouca escolaridade, que dão uma reduzida importância à saúde oral, e que possuem, eles próprios, uma história de cuidados médico-dentários e higiene oral inadequados (71). Estes apresentam ainda, como principais razões para a omissão de cuidados, a falta de colaboração dos indivíduos, falta de tempo, de pessoal e equipamento, e a dificuldade em executar aspetos do cuidado diário, como é o caso do uso de fio dentário (28). Neste sentido, a literatura recomenda a preparação e formação dos cuidadores para melhorar a saúde oral dos indivíduos a seu cargo (40,61).

De facto, a higiene oral prestada ou supervisionada por cuidadores treinados é fundamental para manter uma adequada saúde oral e reduzir a necessidade de extensas restaurações ou extrações dentárias (38). Tais factos são salientados no estudo de Pradhan (27), no qual o autor verificou que indivíduos que limpam os dentes sozinhos, sem assistência de cuidadores treinados, têm 5,1 vezes mais probabilidade de ter um dente restaurado e 4 vezes mais probabilidade de experienciar cáries, comparativamente com aqueles que recebem assistência parcial ou completa por parte de cuidadores. Ainda assim, indivíduos que se considerem capazes de higienizar os dentes de forma autónoma devem ser encorajados a essa atividade; contudo, os cuidadores devem certificar-se que a higiene está a ser realizada de forma adequada (27).

Já no que diz respeito ao profissional de saúde, vários são os motivos que vêm sendo apresentados para explicar a frequente indisponibilidade para o atendimento de pessoas portadoras de deficiência, nomeadamente: lacunas no conhecimento e na experiência no atendimento desta população específica (38,58,60,74,92,93), fracas capacidades de comunicação, falta de tempo e de recursos (58,60,69,74,93), e falta de reembolso que compense o tempo adicional requerido para cuidar destes pacientes (58). Adicionalmente, o controlo do comportamento pode ser desafiador em pessoas portadoras de deficiência intelectual (69). Note-se, a título exemplificativo, que Pradhan *et al.* (69), no seu estudo relativo ao acesso aos cuidados médico-dentários em função do contexto residencial, verificaram que a falta de médicos dentistas com conhecimentos e capacidades adequados no atendimento de pessoas portadoras de deficiências foi o problema mais frequentemente reportado pelos cuidadores. Tal situação sugere a necessidade de formar médicos dentistas com conhecimentos, competências e motivação, capazes de fornecer cuidados na área da medicina dentária para pacientes especiais e de estabelecer incentivos para estudantes sob a forma de bolsas de estudo, procurando incentivá-los para esta nova e desafiadora área da profissão (69,71,94,95).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Outros estudos (57,61) defendem, ainda, a criação de uma disciplina académica e clínica de medicina dentária para pacientes especiais, e o fornecimento de diretrizes curriculares internacionais baseadas na CIF (57). Também Pradhan *et al.* (69) referem a falta de treino clínico para estudantes do ensino graduado e pós-graduado, no atendimento a pessoas portadoras de deficiência. Para além disso, e de acordo com os referidos autores, a “Special Needs Dentistry (SND)” somente em 2006 foi considerada, na Austrália, como uma especialidade. Refira-se que, em Portugal, continua a não ser considerada como tal.

1.4.3 Acomodação

A dimensão acomodação refere-se, entre outros, aos horários de abertura, aos tempos de espera para consultas e às burocracias relacionadas com os tratamentos (68).

De facto, longos períodos de espera para obter uma marcação (58,72,73,76,78), tempo de espera na clínica (58,67,72), e consultas longas (58) constituem barreiras ao nível do serviço. Também a falta de equipamentos, de opções alternativas como sedação consciente e anestesia geral, e a ausência de marcações subsequentes, de forma a dar continuidade aos tratamentos, surgem como barreiras frequentemente relatadas nesta dimensão (58). Note-se, porém, que a utilização de anestesia geral surge em diversos estudos como sendo uma das opções menos desejáveis para o tratamento por parte dos cuidadores (58,72,73,96).

1.4.4 Recursos financeiros

A dimensão recursos financeiros refere-se ao custo e capacidade de pagar pelos serviços (68). As preocupações dos cuidadores relativamente às restrições financeiras e custos dos tratamentos médico-dentários são, de igual forma, levantadas na maioria dos estudos (58,69,71,74). A incapacidade de pagar o custo dos cuidados, a falta de um seguro de saúde oral, e a cobertura médico-dentária limitada por financiamento público, colocam o atendimento médico-dentário fora do alcance de muitas pessoas portadoras de deficiências (71).

1.4.5 Aceitabilidade

Esta dimensão refere-se ao nível de satisfação expresso pelo paciente e gira em torno do que faz uma experiência de tratamento satisfatória (68).

De acordo com a literatura, a falta de conhecimentos, atitudes e habilidades dos profissionais de saúde, no atendimento de pessoas portadoras de deficiência, constitui uma importante barreira nesta dimensão (58).

1.4.6 Adequação

Nesta dimensão, verificamos em que medida a abordagem centrada na pessoa é seguida nos serviços médico-dentários, e se são realizados ajustes razoáveis à luz das necessidades do indivíduo (58). De facto, o medo (da cadeira, do profissional, dos ruídos do consultório, etc.), a ansiedade, a relutância em aceitar os tratamentos, e os problemas comunicacionais e comportamentais parecem dissuadir o indivíduo de aceder àqueles serviços (58,74), pelo que a gestão da ansiedade e adequação do tratamento às características do indivíduo devem fazer parte da provisão de cuidados (60). No campo da deficiência intelectual, devido à alta prevalência de marcados prejuízos funcionais e transtornos psiquiátricos, o medo do médico dentista dificulta ainda mais o tratamento médico-dentário (97). Aliás, os resultados de um estudo de Fallea *et al.* (97) mostram que quanto maior o nível de deficiência intelectual, maior a percentagem e a gravidade da ansiedade médico-dentária, sendo a ansiedade moderada a categoria de ansiedade mais prevalente em pacientes portadores de deficiência intelectual leve (18,79%) (97). De acordo com Chadwick *et al.* (28), é, pois, evidente a influência das características pessoais como barreiras aos cuidados médico-dentários, incluindo fatores físicos, sensoriais, cognitivos, comportamentais e afetivos. Também fatores que incluem a compreensão, memória, atenção e preferências pessoais das pessoas portadoras de deficiência intelectual parecem afetar os cuidados de saúde oral (28).

Após a análise das principais barreiras inerentes à saúde oral da pessoa portadora de deficiência, importa, agora, tecer também algumas considerações relativas à posição da sociedade e dos responsáveis políticos no que respeita a esta matéria.

De facto, a sociedade atual demonstra um certo alheamento em relação às atividades de promoção de saúde oral, oferece escassas facilidades para o acesso aos cuidados médico-dentários e insuficiente apoio à investigação (74). Aliás, num estudo (98) onde a própria população portuguesa foi inquirida acerca dos seus hábitos de saúde e higiene oral, 97,1% da população considera importante que seja facilitado o acesso aos cuidados médico-dentários, tornando-os disponíveis no Serviço Nacional de Saúde ou através de contribuições públicas no setor privado (93,7%). Esse mesmo estudo (98) afirma que os indivíduos têm a perceção que a medicina dentária é mais cara que outras áreas de cuidados de saúde e que é fundamental torná-la mais acessível a todos. Note-se ainda que a OMS (99) declarou a doença oral como a quarta doença mais cara a tratar (98). Tais problemas assumem ainda maiores proporções para as pessoas adultas portadoras de deficiência, as quais, para além de todas as barreiras já mencionadas, também não são abrangidas pelo Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. Este programa promove o apoio a grupos populacionais vulneráveis (crianças, grávidas, pessoas idosas beneficiárias do complemento solidário, portadores de VIH, diabéticos e intervenção

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

precoce no cancro oral) (100), mas deixa de fora este amplo e fragilizado grupo que são os adultos portadores de deficiência.

Também o relatório mundial sobre a deficiência (1), produzido conjuntamente pela OMS e pelo Banco Mundial, salienta o estado precário da saúde oral da pessoa portadora de deficiência, bem como o acesso restrito a tratamentos médico-dentários. Assim, o objetivo definido pela “Visão 2020” é que, até 2020, se obtenham melhorias significativas na saúde oral e que as desigualdades sejam amplamente diminuídas (101).

Perante este panorama, a Federação Dentária Internacional adotou uma declaração política (102), também suportada pela International Association for Disability & Oral Health (IADH), referente à saúde oral e cuidados médico-dentários das pessoas portadoras de deficiência, da qual destacamos os seguintes pontos: “Encourage national health policies to consider the needs of people with disabilities; Ensure that all oral health services are accessible to people with intellectual, physical, sensory, emotional and social impairments.”; “Raise awareness of the importance of oral health as an essential component of general health and quality of life amongst people with disabilities, families, caregivers and non-dental health professionals.”

Em suma, e apesar de se verificar algum progresso, uma disparidade considerável continua a existir nos cuidados de saúde oral entre indivíduos portadores de deficiência e a população em geral. Efetivamente, as barreiras acima descritas combinam-se para criar um desafio significativo na provisão de cuidados de saúde oral. Contudo, existem estratégias que podem ajudar a diminuir a magnitude destes obstáculos, para que a disparidade possa ser minimizada (103). A chave para a eliminação destas barreiras é, pois, a educação dos indivíduos portadores de deficiência, das pessoas que os rodeiam, da profissão, da sociedade e dos responsáveis políticos, sublinhando a importância da saúde oral no contexto da qualidade de vida e dos seus efeitos na saúde geral (74,104).

Para mais informações relativas às principais barreiras aos cuidados de saúde oral, soluções integradas para fazer face a essas mesmas barreiras, e metas priorizadas para os serviços médico-dentários, vejam-se as seguintes referências (64,105).

1.5 Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A qualidade de vida é um constructo multidimensional definido pela OMS como sendo “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, face ao contexto cultural e de sistemas de valores em que está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(106,107). A qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) é um fenómeno relativamente recente, que surgiu nas últimas duas décadas (108,109), que descreve o impacto do estado de saúde oral na saúde geral e na vida quotidiana (110-113) e que tem implicações importantes na prática clínica de medicina dentária e na investigação (114). De

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

facto, a QdVRSO é parte integrante da saúde geral e bem-estar e foi reconhecida pela OMS, no Relatório Mundial de Saúde Oral (2003), como um segmento importante do Programa Global de Saúde Oral (114-116).

No passado, a saúde oral era entendida de maneira compartimentada, independente do resto do corpo, como se não afetasse a saúde geral, a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas (117). À medida que se avança em direção a uma visão holística da saúde oral, a ênfase deixa de estar apenas na doença, e passa também a encontrar-se no efeito que esta tem sobre a qualidade de vida (118).

Assim, o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde oral define-se como o resultado de uma interação entre condições de saúde oral, fatores sociais e contextuais (119) e o resto do corpo (120). A QdVRSO é, pois, o somatório de vários sintomas e experiências e representa a perspetiva pessoal do paciente (114). Por outras palavras, refere-se ao impacto que a saúde oral ou doença têm no funcionamento diário, bem-estar, interação social ou qualidade de vida do indivíduo (114,121,122).

Para além disso, reconhece-se que as perspetivas dos pacientes acerca do seu estado de saúde são importantes na identificação de necessidades, no planeamento do tratamento, na tomada de decisões clínicas e na avaliação dos resultados de intervenções, serviços e programas (123-129). Efetivamente, uma das tarefas mais importantes de um instrumento de QdVRSO é a medição da mudança, ou seja, se a situação do paciente melhorou, permaneceu igual ou piorou após uma intervenção terapêutica (121,130-132). O uso de medidas de QdVRSO para avaliar o resultado é, assim, congruente com o cuidado centrado no paciente (114). Além disso, como a avaliação dos pacientes sobre a sua qualidade de vida relacionada com a saúde é muitas vezes marcadamente diferente da opinião dos profissionais, a avaliação das intervenções de cuidados de saúde pelo paciente é justificada (133). A avaliação da QdVRSO tem ainda implicações na análise das disparidades na saúde oral e nas questões relacionadas com o acesso ao atendimento (114).

Neste sentido, pesquisas de levantamento epidemiológico examinam tendências na QdVRSO, identificam características individuais e ambientais que influenciam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, e ajudam na realização de avaliações de necessidades e planeamento de saúde para iniciativas de políticas baseadas na população (114,133). Estas avaliações informam ainda os profissionais de saúde sobre áreas específicas que requerem atenção na perspetiva do paciente (111,114). Ou seja, a importância de avaliar, tanto a perceção de saúde dos pacientes através do uso de medidas de QdVRSO quanto a presença ou ausência de doença, reside na necessidade de ter dados precisos para o planeamento e o desenvolvimento de programas de promoção da saúde, ajudando a orientar as políticas de saúde oral e a contribuir deste modo para a definição e priorização do uso socialmente apropriado de recursos (114,132-137). Aliás, Slade e Spencer (138) sugeriram que medidas de estado de saúde oral possam também ser usadas quando se tenta obter fundos públicos (133).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Quando os cuidados de saúde oral não atendem às necessidades dos indivíduos, tal facto pode afetar negativamente a saúde geral e o bem-estar, deteriorando a qualidade de vida, pois um fraco estado de saúde oral pode causar, entre outros, dor, dificuldades em comer, distúrbios do sono, diminuição da autoestima, desconforto e dieta insatisfatória (31,35,127,137,139-141). De facto, a mastigação, deglutição, fala, desconforto e dor aguda ou crónica são algumas das dimensões da qualidade de vida influenciadas por condições orais como, por exemplo, a cárie dentária (26,28,60). Do ponto de vista psicológico, há também influência em fatores como a aparência, autoestima, ansiedade e estado de felicidade; e, na esfera da vida social, nos fatores associados à intimidade, comunicação e interação social (26,114).

Por outro lado, uma saúde oral adequada às necessidades dos indivíduos vem sendo implicada numa melhor comunicação, nutrição, autoestima, confiança, dignidade, integração social e qualidade de vida (28,125). De facto, várias são as pesquisas que vêm evidenciando que doenças orais têm consequências emocionais e psicossociais tão sérias e importantes como outras doenças (133,142-144).

Assim, a literatura apresenta inúmeros estudos que associam as condições orais à qualidade de vida em crianças (108,145,146), idosos (147-156), pessoas afetadas por AVC (110,129,157), e ainda outros que demonstram o impacto específico de aspetos sociais (158-160), pessoais (161,162), e de determinadas condições clínicas (123,163,164) na qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Contudo, e apesar dos impactos da saúde oral na qualidade de vida serem mais comuns nas pessoas com necessidades especiais do que na população geral - desigualdade esta agravada pelo pobre acesso aos cuidados de saúde oral - (139), poucos são os estudos que avaliam o impacto de variáveis clínicas e não-clínicas na qualidade de vida de pessoas portadoras de deficiência intelectual (117).

Dentro da bibliografia disponível, tem sido relatado que a cárie dentária, a gengivite e a doença periodontal estão entre as dez principais condições secundárias em pessoas portadoras de deficiência intelectual que causam limitações nas suas atividades diárias (13,165). Para além disso, dentições esteticamente inaceitáveis e funcionalmente inadequadas afetam a autoestima, a confiança e o estado psicológico, que muitas vezes já está comprometido em indivíduos afetados por deficiências do desenvolvimento (50).

Alves *et al.* (117), analisando o impacto de determinantes clínicos, demográficos, socioeconómicos e psicossociais na qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual, verificaram que os determinantes clínicos foram aqueles que mais influenciaram a qualidade de vida relacionada com a saúde oral nesta população. De facto, os autores observaram que uma pior qualidade de vida estava associada com a presença de bolsas periodontais, com a necessidade de tratamento e com a necessidade de próteses dentárias. Aggarwal *et al.* (134), num estudo em crianças portadoras de deficiência intelectual, demonstraram que a prevalência de impacto na qualidade de vida foi 1,32 vezes superior em crianças com baixa gravidade de cárie, e 2,84 vezes superior em crianças com maior gravidade

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

de cárie dentária, quando comparadas com aquelas que estavam livres de cárie. Amaral *et al.* (166), numa população específica de indivíduos com síndrome de Down, verificaram que a doença periodontal tem um efeito negativo na qualidade de vida dos indivíduos.

Também no que diz respeito às populações com vários tipos de deficiência, tem sido demonstrado o impacto da condição oral na vida quotidiana do indivíduo. Hall, Chapman e Kurth (2013), citado por Pradhan *et al.* (139), verificaram, numa amostra de 433 adultos portadores de deficiência, uma prevalência significativamente maior de dor, desconforto na alimentação, e dificuldade em trabalhar devido a problemas dentários, comparativamente com a população em geral dos EUA. Note-se que, além dos impactos na qualidade de vida, uma fraca saúde oral afeta, provavelmente, a produtividade no local de trabalho e inibe os projetos de incentivo ao trabalho destinados a aumentar a independência das pessoas portadoras de deficiência (139). Também estudos realizados em crianças com paralisia cerebral mostram associações entre severidade das cáries dentárias, reduzida capacidade de comunicação, baixo rendimento familiar e um impacto negativo na QdVRSO (122). Outros estudos em crianças com paralisia cerebral demonstram piores resultados de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, quando comparadas com o grupo controlo (167).

Contrariamente, Pradhan *et al.* (141), num estudo acerca da qualidade de vida relacionada com a saúde oral percebida por cuidadores de adultos portadores de deficiências físicas e intelectuais, verificaram que os cuidadores registaram prevalências relativamente baixas de quatro impactos das condições orais: dificuldade em dormir, dor e desconforto, dieta insatisfatória e irritabilidade. No entanto, os impactos podem ter sido subestimados pelos cuidadores (168). De facto, a maioria dos estudos acerca da qualidade de vida dos indivíduos portadores de deficiência tem sido avaliada a partir da percepção de prestadores de cuidados ou de familiares diretos, sendo muito raramente dada oportunidade aos próprios de poderem ser eles a dar a sua percepção e a manifestar aquilo que realmente sentem e pensam (169). É, pois, fundamental compreender quais os fatores da vida diária que são valorizados pelos indivíduos e o que pode estar na origem do comprometimento desses mesmos fatores (169).

Assim, e de forma a evitar a sobrevalorização da visão normativa do processo saúde/doença, que mascara as dimensões sociais da saúde oral, deve-se, juntamente com a aplicação de índices clínicos, utilizar indicadores de qualidade de vida, por forma a determinar o impacto da condição oral do indivíduo no seu bem-estar físico, psicológico e social (116,170-174). De facto, avaliar apenas os sinais clínicos, sem explorar como as pessoas percebem a sua saúde oral e o impacto que isso tem sobre a sua qualidade de vida, não pode descrever as percepções subjetivas, a satisfação, a autoestima ou a capacidade de realizar atividades diárias (117,158). Dessa forma, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral (QdVRSO) podem ser uma grande ajuda, pois permitem avaliar como a saúde ou doença oral afeta a vida diária e o bem-estar das pessoas (35).

1.6 Instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral

Recentemente, uma nova definição de saúde oral adotada pela Assembleia Geral da Federação Dentária Internacional reconheceu a função psicossocial como um elemento central da saúde oral (135,175). De facto, os impactos psicossociais da saúde oral têm sido o centro das atenções na literatura médico-dentária, em reconhecimento da mudança de paradigma na definição das necessidades de saúde oral, que passou de uma estreita abordagem biomédica para uma mais ampla abordagem biopsicossocial (114,133,135). Neste sentido, a utilização de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral pode produzir importantes benefícios (114,176).

A necessidade de desenvolver esses mesmos instrumentos foi reconhecida pela primeira vez, nos anos 70, por Cohen e Jago (170), que indicaram a falta de dados relacionados com o impacto psicossocial dos problemas de saúde oral naquela época (114,133). Na verdade, até ao final dos anos 80, havia uma relativa ausência de instrumentos específicos para medir a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, destacando-se essencialmente o Social Impacts of Dental Disease (SIDDD) (177) e o Sickness Impact Profile (SIP) (178). No entanto, este último é uma medida genérica do estado de saúde, e pode não ser sensível a todos os problemas de saúde oral. A partir dos anos 90, e dando resposta à crescente preocupação com a qualidade de vida (171), vários instrumentos de medição da QdVRSO foram sendo desenvolvidos (137,176,179-182), nomeadamente: Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) (183); Dental Impact Profile (DIP) (184); Oral Health Impact Profile (OHIP) (138); Subjective Oral Health Status Indicators (185); Dental Impact on Daily Living (DIDL) (186); Oral Health Quality of Life Inventory (OH-QoL) (187); OH-QoL UK (188); Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) (189).

Também questionários de qualidade de vida relacionados especificamente com a saúde oral da criança são igualmente encontrados na literatura, por exemplo: Child Perception Questionnaire (CPQ) (190); CPQ 11-14 (191); Early Childhood Oral Health Impact Score (ECOHIS) (192); Pediatric Oral Health-related Quality of Life (POQL) (193); Child Oral Impacts on Daily Performance (Child-OIDP) (194); Scale of Oral Health Outcomes for 5-year-old children (SOHO-5) (195); Child Oral Health Impact Profile (COHIP) (196-198); Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) (115); Parental-Caregivers Perception Questionnaire (P-CPQ) (146) e Family Impact Scale (FIS) (199).

Estas ferramentas devem ser simples de usar, fiáveis, válidas, precisas, sensíveis à mudança e passíveis de análise estatística (200), permitindo avaliar as perceções dos indivíduos sobre os impactos funcionais e psicossociais dos problemas orais e das intervenções terapêuticas no seu quotidiano (114,132,135,175,201,202).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

De entre os vários instrumentos disponíveis, o Oral Health Impact Profile (OHIP) é um questionário tecnicamente sofisticado, dos mais utilizados e metodologicamente investigados a nível mundial, tendo sido originalmente desenvolvido na Austrália, por Slade e Spencer (138) em 1994 (116,130,138,174,180,202-207). O Oral Health Impact Profile (OHIP-49) é composto por 49 questões, divididas por sete dimensões (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem) baseadas no modelo conceptual de saúde oral de Locker (208), que, por sua vez, deriva da “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” desenvolvida pela OMS (209) em 1980 (133,138,179,202,207,208,210-214).

Cada questão do questionário OHIP-49 é avaliada numa escala de Likert de 5 pontos (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=muitas vezes; 4=quase sempre), de acordo com a frequência com que os inquiridos tiveram cada problema num período de referência, por exemplo 12 meses (133,177,214). Os questionários podem ainda apresentar a opção de resposta “não sei” para cada pergunta. Para três questões relativas aos problemas com a prótese dentária (questões nº 17, 18 e 30), uma opção de resposta é fornecida para que os indivíduos que não usam próteses dentárias possam indicar que essas perguntas não lhes são aplicáveis (177). Se mais de nove respostas forem deixadas em branco ou marcadas como “não sei”, o questionário deverá ser rejeitado (177).

As pontuações gerais do OHIP podem ser calculadas das seguintes formas: método de contagem simples, em que, para cada indivíduo, o número de impactos relatados a partir de um determinado limiar (por exemplo, “muitas vezes” ou “quase sempre”) é contabilizado, podendo variar entre 0 e 49 (177,215); método aditivo, através do qual é realizada a soma das codificações das respostas para as 49 perguntas, podendo a pontuação total variar de 0 a 196, com pontuações mais altas a indicar pior QdVRSO (214-216); e o método com utilização de pesos, no qual as respostas codificadas são multiplicadas pelo peso correspondente para cada pergunta e os produtos são somados dentro de cada dimensão para dar sete pontuações das dimensões (133,177,217,218). O peso associado a cada item reflete a severidade relativa das questões (206,219,220). Na literatura disponível, o método aditivo tem sido o mais recomendado e utilizado para calcular a pontuação total (214,215).

Construído com o objetivo de fornecer uma medida abrangente de autopercepção da disfunção, desconforto e incapacidade atribuídas a condições orais (177), o OHIP-49 tem sido traduzido, validado com comprovadas propriedades psicométricas (179), e aplicado nos mais diversos países (221) e em mais de 20 línguas (211).

Contudo, questionários extensos como o OHIP-49 apresentam desvantagens: o grande número de itens e o longo tempo requerido para completar o seu preenchimento (dificultando a sua aplicação em determinados contextos de pesquisa, como é o caso de estudos epidemiológicos e clínicos) (133,181,218,222), o elevado rácio de não resposta a vários itens quando auto administrado, os maiores custos de administração e de tratamento dos dados, as

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

dificuldades de aplicação em idosos mais debilitados, e as menores taxas de resposta, quando comparadas com versões mais curtas (levando a uma perda substancial de informação) (181,206). Tais desvantagens conduziram à necessidade de desenvolver versões mais reduzidas, que permitissem recolher informação relevante, de forma eficiente, e mantendo propriedades psicométricas suficientes (218,223). Assim, algumas versões reduzidas foram desenvolvidas para abordar os mesmos conceitos da versão completa do OHIP, mas levando a um menor tempo de aplicação (202), sendo frequentemente preferidas por vários investigadores, dada a sua maior facilidade de utilização (224,225).

O OHIP-14 é, pois, uma versão mais curta do OHIP-49, desenvolvida por Slade e Spencer em 1997 (218) (vide anexo 5), e que inclui 14 questões subdivididas pelas mesmas sete dimensões conceptuais existentes no OHIP-49 (2 questões por cada dimensão): limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem (226,227). Apresentando uma boa fiabilidade, validade e precisão em inúmeros estudos de validação (218), o OHIP-14 vem sendo considerado equivalente à versão de 49 itens (214,218,228). Este questionário tem sido, de igual forma, traduzido nas mais diversas línguas e países (35,173,181), nomeadamente: Portugal (229), Espanha (174), Grécia (230), Roménia (231), Polónia (232), Sri Lanka (233), Japão (234), Brasil (235), Malásia (236), Alemanha (237), Suécia (238), Escócia (224), China (239), Croácia e Eslovénia (206), Coreia (240), Sudão (241), Holanda (221), Nova Zelândia (242), Nepal (203), entre outros. As respostas ao questionário são registadas numa escala de Likert de 5 pontos: 0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=muitas vezes; 4=quase sempre (116), e referem-se ao período de 1 ano (227). Da mesma forma que no OHIP-49, uma pontuação mais alta no OHIP-14 indica um maior impacto das condições orais na qualidade de vida.

De acordo com Locker e Allen (243), diferentes formas resumidas do questionário OHIP podem ser necessárias, dependendo do propósito da investigação, da população em que são aplicadas, e do contexto em que serão utilizadas (220), de facto, inúmeras versões resumidas, com diferente número de perguntas, têm sido desenvolvidas, mantendo igualmente importantes propriedades psicométricas (237). A título de exemplo, e tal como é referido no estudo de Yamazaki *et al.* (219), podemos encontrar versões de 30 questões (244), de 19 questões (245), de 14 questões (218) e até de apenas 7 (246) e 5 itens (204,237). Outras versões do OHIP têm, também, sido adaptadas e validadas para condições clínicas específicas (202,206), como: desordem temporomandibular (112,244,247,248), pacientes edêntulos (245,249), pacientes que utilizam próteses dentárias (250), estética dentária (251), entre outras.

Os métodos utilizados para obter estas versões incluem: análise da consistência interna, análise fatorial, e análise de regressão para identificar os itens que apresentam associações mais fortes com a versão original longa do questionário (133).

Contudo, em situações nas quais são realizadas comparações com outros estudos internacionais, um questionário comum é necessário, e a versão reduzida (OHIP-14) de Slade

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

(218) parece ser a principal escolha (220,237). De facto, a maioria das versões do OHIP (116,174,203,206,232,233,235,236,241,252,253) são baseadas na tradução e adaptação linguística desta versão resumida de 14 itens (218), tal como, aliás, acontece no presente estudo.

Comparações entre o OHIP e outros questionários de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral podem ser encontradas na literatura (132,174,200,225,254-258).

Em suma, o OHIP-14 funciona como um indicador para ajudar os investigadores a supervisionar mudanças na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, sendo também amplamente utilizado por académicos de diversos ramos da estomatologia para avaliar o impacto de diferentes métodos terapêuticos na QdVRSO (259). O OHIP-14 e o OHIP-49 são geralmente usados em estudos transversais e longitudinais e têm como objetivo avaliar os impactos físicos, psicológicos e sociais das condições orais (207,260,261). Perante a qualidade e legitimidade do OHIP-49 e do OHIP-14, estes vêm sendo considerados como adequadas ferramentas para avaliar a influência da saúde oral na capacidade mastigatória e na função psicossocial, e foram aprovados como métodos confiáveis para quantificar a QdVRSO (262).

1.7 Processo de validação de um instrumento de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral

Uma vez que existem diversas diferenças (regionais, culturais, sociais ou até de faixa etária) que influenciam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, o uso de instrumentos validados em diferentes idiomas e contextos culturais melhora os valores refletidos por essas medidas (181,216).

Assim, antes de implementar uma nova versão numa população e/ou cultura diferente, é fundamental levar a cabo um rigoroso processo de validação (112,116,220,222,232), que segue passos standardizados e definidos com precisão (232,263,264), os quais têm sido discutidos por inúmeros investigadores (216,220,243,264,265), e que, como veremos mais adiante, foram tidos em consideração neste estudo. É, pois, importante que o instrumento adotado seja culturalmente relevante e válido para a população local, demonstrando propriedades psicométricas aceitáveis (220). O objetivo deste processo de validação é, acima de tudo, alcançar diferentes versões linguísticas do instrumento original, que sejam conceptualmente equivalentes em cada um dos países/culturas-alvo (266).

A validação de um questionário deve, sempre que possível, seguir os seguintes passos: tradução, síntese das traduções, retroversão, painel de especialistas, pré-teste, e avaliação das propriedades psicométricas (179,263,264,266).

Tradução: O processo de tradução de um instrumento já existente noutra língua é um procedimento fundamental na adaptação transcultural (112,267) e constitui o primeiro passo

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

da adaptação de um questionário (264). É amplamente recomendado que pelo menos duas traduções sejam feitas por tradutores independentes e bilingues (cuja língua materna seja o idioma principal da cultura-alvo), permitindo assim a comparação e detecção de erros, discrepâncias e interpretações divergentes (263,264). Um dos tradutores deve ter conhecimento dos conceitos que estão a ser examinados no questionário a traduzir, de modo a oferecer uma restituição mais confiável da medição pretendida. O outro tradutor deve desconhecer esses objetivos e conceitos, sendo mais provável que detete mais facilmente significados diferentes e inesperados da ferramenta original do que o primeiro tradutor (263,264).

As seguintes diretrizes devem ser consideradas no processo de tradução: visar sempre o equivalente conceptual de uma palavra ou frase e não uma tradução literal, devendo considerar-se a definição do termo original e tentar traduzi-lo da maneira mais relevante; ser simples, claro e conciso na formulação de uma questão; evitar frases longas; o idioma de destino deve ter como alvo o público mais comum; os tradutores devem considerar o entrevistado típico para o instrumento que está a ser traduzido; evitar o uso de qualquer jargão (termos técnicos, coloquialismos, expressões idiomáticas ou termos vernaculares) que não possa ser entendido por pessoas comuns na vida quotidiana; considerar questões de aplicabilidade de género e idade e evitar quaisquer termos que possam ser considerados ofensivos para a população-alvo (266).

Sínteses das traduções: A partir das versões do primeiro e do segundo tradutor, é realizada uma síntese das traduções, síntese essa que será utilizada na etapa seguinte como objeto de retroversão (264).

Retroversão: Trabalhando a partir da versão de síntese, o questionário é traduzido de volta para o idioma original (264). A retroversão tem sido demonstrada como útil na melhoria da qualidade da versão final (263) e constitui um tipo de verificação de validade, destacando inconsistências grosseiras ou erros conceptuais na tradução (264). Mais uma vez, pelo menos duas retroversões são necessárias (264). As retroversões devem ser produzidas por duas pessoas que tenham como língua materna a língua de origem do instrumento. Os tradutores não devem ter conhecimento da intenção e dos conceitos subjacentes ao material. Tradutores sem conhecimento *a priori* da intenção do instrumento original estão livres de preconceitos e expectativas e a sua retroversão pode revelar significados ou interpretações inesperadas na versão final, aumentando assim a probabilidade de encontrar imperfeições (263,264,266). Tal como na tradução inicial, a ênfase na retroversão deve estar na equivalência conceptual e cultural e não na equivalência linguística (266).

Painel de especialistas: O objetivo nesta etapa é identificar e resolver as expressões/conceitos inadequados da tradução, bem como quaisquer discrepâncias, permitindo a produção de uma versão final do instrumento com base nas várias traduções e retroversões obtidas (263,264,266). O painel de especialistas, cujo número pode variar, deve, de um modo geral, ser

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

multidisciplinar e incluir especialistas bilingues com experiência no desenvolvimento e tradução de instrumentos (263,264,266). Este painel pode e deve: questionar algumas palavras ou expressões e sugerir alternativas (266), usar técnicas estruturadas para resolver discrepâncias, modificar instruções, alterar ou rejeitar itens inadequados, gerar novos itens que se ajustem melhor à situação cultural alvo (mantendo o conceito geral dos itens excluídos) e assegurar que a introdução do instrumento de investigação e as instruções para o seu preenchimento são cuidadosamente traduzidas, a fim de preservar a sua reprodutibilidade e assegurar que a tradução é compreensível (263). *Guidelines* sobre como produzir traduções perceptíveis para a maioria das pessoas sugerem o uso de linguagem que possa ser entendida por crianças de 10 a 12 anos. As recomendações incluem: frases curtas com palavras-chave em cada item, tão simples quanto possível, o uso de voz ativa e não de voz passiva, repetir substantivos em vez de pronomes, usar termos específicos em vez de termos gerais, e ainda evitar o uso de metáforas e coloquialismos, advérbios e preposições, formas possessivas, palavras que indiquem imprecisão, e frases contendo dois verbos diferentes que sugerem ações diferentes (263).

As decisões tomadas por este painel permitem obter equivalência entre a versão de origem e a versão final (263,264).

Em suma, o papel do painel de especialistas é consolidar todas as versões do questionário e desenvolver o que será considerado como a versão preliminar do questionário para pré-teste (264,266).

Pré-teste: É necessário testar o instrumento na população alvo (266), sendo este o momento final do processo de adaptação (264). No pré-teste, uma amostra da população responde ao questionário para verificar erros e desvios na tradução (263). Os indivíduos que participam no pré-teste devem ser representativos daqueles que receberão o questionário (266). Para verificação e confirmação de que as questões são aceitáveis, sem suscitar relutância ou hesitação (263), os entrevistados devem ser questionados sobre: o que acham que a pergunta quer dizer, se poderiam repetir a pergunta pelas suas próprias palavras, o que veio à sua mente quando ouviram uma frase ou termo em particular, se houve alguma palavra que não tenham entendido, e se consideraram alguma palavra ou expressão inaceitável ou ofensiva (266). O indivíduo deve ser igualmente encorajado a elucidar o seu entendimento de alguns itens de uma maneira aberta. Tal postura garante que o item final seja entendido com um significado equivalente ao do item da versão de origem (263). Deve-lhes ainda ser pedido que expliquem como escolheram a resposta. Estas perguntas devem ser repetidas para cada item. Se existirem palavras ou expressões alternativas para um item ou expressão, o entrevistado deve igualmente ser solicitado a escolher qual das alternativas está em melhor conformidade com seu idioma usual. Esta informação deve, preferencialmente, ser obtida por entrevistas pessoais, embora a organização de um grupo também possa ser uma alternativa (266). Outra forma de realizar o pré-teste é fornecendo a versão original e final a indivíduos leigos bilingues para detetar

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

possíveis discrepâncias. Este método também pode ajudar a identificar qualquer inadequação da versão final com o contexto cultural. Os indivíduos são solicitados a classificar a equivalência de cada item entre a versão original e a final. Os itens com baixo nível de equivalência ou classificados discrepantemente por pessoas diferentes ainda podem ser revistos nesta fase. A administração de um questionário a leigos bilingues não é prática em todos os contextos, mas pode ser possível com imigrantes (263). Se a versão final não atingir um nível satisfatório de equivalência, uma revisão adicional pode ser realizada pelo painel de especialistas (266).

Avaliação das propriedades psicométricas: A adaptação transcultural previamente descrita tenta assegurar a consistência no conteúdo e validade de face entre as versões de origem e de destino de um questionário. Seria de esperar que, se a versão original tivesse fiabilidade e validade, a versão adaptada transculturalmente também o tivesse. Contudo, nem sempre é esse o caso, possivelmente devido a diferenças subtis nos hábitos de vida em diferentes culturas que tornam alguns itens mais ou menos difíceis do que outros, podendo assim alterar as propriedades estatísticas ou psicométricas do instrumento. Deste modo, é altamente recomendável que, após o processo de tradução e adaptação, os investigadores realizem testes adicionais que assegurem que a nova versão tem as propriedades de medição necessárias para a aplicação pretendida (264). Deve, pois, enfatizar-se que o processo de validação de um instrumento deve ser cuidadoso e completo e que só é finalizado após avaliação das suas propriedades psicométricas (202).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

CAPÍTULO 2

JUSTIFICAÇÃO

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

2. Justificação

A justificação para este estudo prende-se, particularmente, com a necessidade de consciencializar a população geral e os decisores políticos acerca dos reais problemas de saúde oral e dos possíveis impactos que estes têm na qualidade de vida de indivíduos adultos portadores de deficiência intelectual leve, permitindo assim reestruturar e reajustar os recursos disponíveis às necessidades dos indivíduos, ou planear e implementar novos programas de intervenção em saúde oral. É importante que as políticas sejam baseadas em pesquisas, permitindo que cada governo seja capaz de identificar as necessidades de saúde da sua população (268).

Apesar da esperança de vida das pessoas portadoras de deficiência intelectual seguir atualmente tendências semelhantes às da população geral, tornando a idade adulta uma realidade importante do curso de vida destes indivíduos (269), a avaliação da saúde oral e, especialmente, do seu impacto na qualidade de vida, vem sendo de alguma forma desconsiderada. Stiefel (71) referiu-se à faixa etária adulta da população com necessidades especiais, como a “geração sandwich”, por possivelmente ser a mais desfavorecida e vulnerável (27,270). Efetivamente, os indivíduos portadores de deficiência apresentam, com frequência, elevados índices de placa bacteriana e um menor acesso a adequados tratamentos médico-dentários, ficando, portanto, mais suscetíveis a doenças orais, como cáries e doença periodontal (esta última em estreita relação com as doenças sistémicas), do que a população em geral (38,74,86,121,271,272). Ora, sabendo-se que as doenças orais são um dos problemas mais prevalentes entre os indivíduos portadores de deficiência, o tratamento médico-dentário certamente uma das suas maiores necessidades, e os cuidados de saúde neste grupo de indivíduos tão frequentemente negligenciados, torna-se premente a realização de uma análise aprofundada sobre a sua verdadeira condição oral, de modo a confirmar as reais necessidades deste grupo populacional (85,94).

Também a avaliação da qualidade de vida, que vem sendo levada a cabo em diversas populações, de modo a validar tratamentos adequados, metas e resultados, raramente inclui pacientes portadores de deficiência, o que nos leva à necessidade de unir esforços no sentido de também se determinar com rigor as reais consequências negativas dos problemas orais na vida psicossocial destes indivíduos, bem como desenvolver estratégias que possam minimizar esta realidade (99,121). Para além disso, os poucos estudos que avaliam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral de pessoas portadoras de deficiência intelectual fazem-no frequentemente através da percepção de cuidadores e não pela ótica do próprio indivíduo (169).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Adicionalmente, estudos que visam monitorizar o exercício dos direitos humanos das pessoas portadoras de deficiência em Portugal salientam também a necessidade de recolher dados estatísticos sobre esta população, controlando de forma sistemática as suas condições de vida e de exercício dos direitos humanos (273,274).

Assim, espera-se que este estudo seja uma mais-valia na construção do conhecimento numa área de pesquisa ainda tão subdesenvolvida mas, paradoxalmente, tão urgentemente requerida, não só em Portugal mas em todo o mundo (27). Em suma, e na senda do que referiu Dominique Declerck no 22º congresso da IADH (International Association for Disability & Oral Health): “‘open mouths’ can open eyes”, está na hora de fazer verdadeiramente face aos reais problemas desta população e realizar criteriosas avaliações epidemiológicas, tornando-as uma prioridade de saúde pública.

CAPÍTULO 3
OBJETIVOS

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

3. Objetivos

Este trabalho de investigação, realizado em pessoas adultas portadoras de deficiência intelectual leve vinculadas à Federação Portuguesa para a Deficiência Mental (HUMANITAS), teve como objetivo geral avaliar a saúde oral do indivíduo e analisar o impacto real desta condição na sua qualidade de vida.

Foram também definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Validação do questionário OHIP-14 de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde oral para a população de referência (OHIP-14-MID-PT);
2. Determinar a verdadeira condição oral, a real necessidade de tratamento, as medidas de atuação preventiva e os hábitos de higiene na população em estudo, mediante a aplicação de:
 - a. Exame clínico baseado nos índices: Clinical Oral Health Index (COHI), Clinical Oral Care Needs Index (COCNI), e Clinical Oral Prevention Index (COPI);
 - b. Questionário sociodemográfico e de saúde oral;
3. Analisar a influência da institucionalização e de diferentes contextos residenciais na saúde oral e qualidade de vida;
4. Avaliar o nível de impacto da saúde oral na qualidade de vida, mediante a aplicação do questionário previamente validado, e determinar os fatores de risco a ele associados.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

CAPÍTULO 4

MATERIAIS E MÉTODOS

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

4. Materiais e Métodos

Neste capítulo encontra-se a descrição detalhada dos procedimentos metodológicos levados a cabo com vista à obtenção dos objetivos anteriormente elencados, garantindo a transparência e fundamentação da estratégia experimental e permitindo a reprodutibilidade do estudo.

4.1 Desenho geral do estudo

O plano de investigação enquadra-se num estudo epidemiológico observacional descritivo transversal, sobre a saúde oral e qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência intelectual leve vinculadas às instituições da Região Centro de Portugal filiadas na HUMANITAS, em 2016.

Primeiramente, realizou-se o processo de validação de uma versão do questionário OHIP-14 modificada para a população em estudo, do qual resultou o questionário OHIP-14-MID-PT. A versão portuguesa do questionário foi elaborada a partir da versão original inglesa, tendo por base as *guidelines* de adaptação transcultural internacionalmente definidas (263,264), seguindo-se a avaliação das propriedades e comportamento psicométrico deste novo instrumento de medida.

Concomitantemente com a aplicação, sob a forma de entrevista presencial conduzida pela autora do estudo, de um questionário sociodemográfico e de saúde oral, e da versão final do questionário OHIP-14-MID-PT, a uma amostra de 240 indivíduos de ambos os géneros e com idades compreendidas entre os 18 e 64 anos, foram também realizados exames intraorais baseados em três índices clínicos: COHI, COCNI e COPI, para determinar, respetivamente, problemas de saúde oral, reais necessidades de tratamento médico-dentário, e as verdadeiras necessidades de medidas de atuação preventiva/educativa.

O projeto deste estudo foi submetido ao parecer da comissão de ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e, posteriormente, apresentado aos responsáveis das várias instituições participantes no estudo, tendo sido obtido o parecer favorável de todas estas entidades (vide anexos 1 e 2).

Para o preenchimento dos questionários e para a realização do exame oral foram previamente distribuídos consentimentos informados escritos e explicados oralmente (vide anexo 3) a todos os participantes, na presença dos prestadores de cuidados. A participação foi realizada sob anonimato (tendo sido atribuído um número a cada pessoa), de forma voluntária e gratuita, e a todos os indivíduos foi explicado o objetivo, a justificação e as condições da pesquisa. Os participantes foram ainda informados da possibilidade de retirarem o seu

consentimento, se assim o desejassem, e de colocarem todas as questões que considerassem necessárias para o seu esclarecimento. Os dados recolhidos para o estudo foram tratados de forma a garantir a sua confidencialidade, sendo os mesmos de uso exclusivo dos investigadores. Todo o estudo foi realizado respeitando os princípios da declaração de Helsínquia, versão 2013.

4.2 População e seleção da amostra

Para definição da população foram selecionadas todas as instituições filiadas na HUMANITAS que pertenciam à zona centro do país (tendo por base as Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS)). De seguida, foi feito o contacto com todas as instituições da NUTS II - Região Centro, num total de 13, e realizado um levantamento do número de pessoas portadoras de deficiência intelectual leve presente em cada uma. Deste modo, chegou-se a um número total de 556 indivíduos portadores de deficiência intelectual leve, os quais constituem a população em estudo, vide tabela 1.

Tabela 1: Número de utentes das instituições da Região Centro filiadas na HUMANITAS.

Instituições	Nº de utentes portadores de deficiência intelectual	Nº de utentes portadores de deficiência intelectual leve (DIL)
APPACDM Albergaria-a-Velha	42	5
APPACDM Aveiro	72	15
APPACDM Castelo Branco	375	0
APPACDM Coimbra	532	84
APPACDM Covilhã	39	9
APPACDM Figueira da Foz	193	18
APPACDM Fundão	41	4
APPACDM Marinha Grande	111	50
APPACDM Vila Nova de Poiares	103	26
APPACDM Viseu	185	90
ARCIL (Lousã)	380	70
ASSOL (Oliveira de Frades)	265	150
CEERIA (Alcobaça)	190	35
Total	2528	556

Posto isto, e após a obtenção da concordância das instituições na participação neste estudo, a dimensão da amostra foi calculada para uma margem de erro de 5% (valor de erro amostral mais frequentemente definido em estudos epidemiológicos), chegando-se assim, a um tamanho mínimo de amostragem de 228 utentes.

De forma a precaver eventuais enviesamentos de amostragem (não respostas, dificuldades na recolha dos dados clínicos, não preenchimento dos critérios de inclusão, etc.), foi dada uma margem significativamente superior, 288 (cerca de mais 25%), por forma a procurar garantir, pelo menos, o valor mínimo de amostragem.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Desta forma, os participantes foram obtidos através de uma amostragem por *clusters*, selecionando-se uma amostra aleatória de instituições (clusters) e utilizando todos os elementos desses mesmos clusters que preenchiam os critérios de inclusão (275). A seleção aleatória foi realizada através da atribuição de um número a cada uma das instituições (entre 1 e 13) e utilizando um gerador aleatório de números *online*.

Na tabela 2 pode observar-se a lista das instituições que, após seleção aleatória, fizeram parte da amostra em estudo, bem como o número de indivíduos que preencheram os requisitos de inclusão.

Tabela 2: Constituição da amostra e número de participantes no estudo.

Amostra	Nº de utentes com DIL	Nº de utentes que preencheram os critérios de inclusão e consentiram em participar no estudo	Taxa de participação
APPACDM de Coimbra	84	67	79,8%
APPACDM da Figueira da Foz	18	15	83,3%
APPACDM Vila Nova de Poiares	26	26	100%
APPACDM de Viseu	90	81	90%
ARCIL (Lousã)	70	51	72,9%
Total	288	240	83,3%

Para inclusão dos indivíduos na amostra foram definidos os seguintes critérios:

1. Os indivíduos serem de nacionalidade portuguesa;
2. Terem idade superior a 18 anos;
3. Terem um relatório médico e avaliação psicológica que ateste a condição de deficiência intelectual leve (sobre os critérios de definição do grau de deficiência intelectual veja-se o Manual de Diagnóstico e Estatística, na sua quinta versão (DSM-5) (8), e a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (276). Acerca das escalas de funcionamento intelectual e das escalas de comportamento adaptativo utilizadas para o diagnóstico pelo profissional de saúde, veja-se (10,277));
4. Autorizarem a participação no estudo através de consentimento informado, livre e esclarecido.

Não foram integrados na amostra os utentes não cooperantes, cujo comportamento ou condição médica tenha inviabilizado a realização dos questionários ou do exame clínico, nem os indivíduos que tenham estado ausentes da instituição nos dias da realização do estudo.

Note-se, ainda, que a dimensão final da amostra em estudo (240 indivíduos) é superior ou similar à encontrada noutros estudos de validação do questionário OHIP-14 para outros grupos populacionais (173,174,223,252,278).

4.3 Metodologias de recolha de dados e processo de calibração do examinador

A administração dos questionários e a realização dos exames clínicos foram levados a cabo pela autora do estudo. A aplicação dos questionários foi feita pelo método indireto, sob a forma de entrevista, permitindo assim a sua utilização em pessoas com características que condicionassem o preenchimento, nomeadamente problemas de iliteracia. Esta metodologia de aplicação, especialmente no que se refere ao questionário OHIP-14, foi adotada em diversos outros estudos (138,139,181,220,233,241,279) e tem como vantagem assegurar um elevado rácio de respostas e uma adequada compreensão de todos os itens, quando comparado com a autoadministração (181). Na realização das entrevistas foram, ainda, tidos em consideração os parâmetros sugeridos pela OMS (280).

Para a realização dos exames clínicos, a autora do estudo realizou um processo de calibração. De acordo com a OMS, aquando da presença de apenas um examinador, a consistência entre as observações é obtida pela concordância alcançada na dupla avaliação de um grupo de indivíduos. A comparação das duas avaliações permite determinar o nível de erro do diagnóstico efetuado e, caso a concordância encontrada não se encontre nos valores considerados aceitáveis, os critérios devem ser revistos (280). Deste modo, a concordância intraexaminador foi analisada, avaliando por duas vezes e tendo por base os critérios de avaliação e códigos de registo estabelecidos nos índices COHI, COCNI, e COPI, 20 pacientes em momentos distintos e antes do início da recolha de dados para o estudo principal.

Deste modo, obteve-se uma percentagem de concordância de 100% para o COHI e COCNI, e de 65,5% (IC=30,9%, 84,7%) para o COPI e um coeficiente Kappa de 1,000 para o COHI e COCNI ($p < 0,001$) e de 0,643 para o COPI ($p = 0,002$). Valores estes considerados bastante satisfatórios, mediante os parâmetros recomendados na literatura (280).

4.4 Instrumentos de recolha de dados

Neste trabalho foram usadas duas técnicas fundamentais de recolha de informação: uma através de investigação por questionário e outra por meio de um exame clínico objetivo.

Assim, os instrumentos de recolha de dados utilizados foram:

1. Questionário sociodemográfico e de saúde oral, para caracterização da amostra, dos seus hábitos de higiene oral, hábitos alimentares, alcoólicos e tabágicos, e dos sinais e sintomas da cavidade oral. Foram ainda recolhidos dados relativos à autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e do estado dos dentes e gengivas (vide anexo 4);

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

2. Questionário OHIP-14-MID-PT (281) para determinar o impacto do estado de saúde oral na qualidade de vida (vide anexo 8);
3. Exame clínico orientado pelos índices COHI, COCNI e COPI, para avaliação objetiva da condição oral (271) (vide anexo 10).

O propósito principal da investigação por questionário é a descrição de amplas populações, seja na sua globalidade, seja a partir de uma amostra estatisticamente significativa.

Existem várias tipologias de questões em inquéritos por questionário, com variadas funcionalidades e interpretações estatísticas (282). No nosso estudo, optou-se, no questionário sociodemográfico e de saúde oral, pela utilização de questões fechadas, sem margem de resposta para além dos itens contemplados; questões semifechadas/semiabertas com a opção de resposta “outro?”/“outras?”; questões de resposta múltipla, permitindo a escolha de mais do que uma opção; e escalas de frequência. Já no questionário OHIP-14-MID-PT encontramos um conjunto de 14 questões avaliadas sob a forma de escala de Likert: “nunca”; “quase nunca”; “às vezes”; “muitas vezes” e “quase sempre”, estando ainda presente a opção “não sei”.

4.5 Definição operacional das diferentes variáveis em estudo

A OMS sugere o uso de questionários acessíveis, de fácil compreensão e estruturados de uma forma simples e metódica para a recolha de dados de autoavaliação da saúde oral, disponibilizando para tal questionários como o “Oral Health Questionnaire For Adults” (280), o qual foi tido em consideração na estruturação do nosso questionário sociodemográfico e de saúde oral. De acordo com a OMS, “estes questionários incluem questões consideradas essenciais na vigilância da saúde oral a nível nacional, podendo, ainda assim, ser adaptadas ao local ou a padrões nacionais” (280). Para além disso, a utilização das perguntas destes questionários permite a realização de pesquisas padronizadas, passíveis de serem comparadas internacionalmente (280).

Operacionalização das variáveis do questionário sociodemográfico e de saúde oral

As variáveis que se seguem e as suas designações foram retiradas ou adaptadas do questionário “Oral Health Questionnaire For Adults” da OMS (280).

Dados gerais

- Data: sob a forma de dia/mês/ano, permitindo desta forma remeter a avaliação clínica ou questionário para uma data específica, caso houvesse necessidade de a mesma ser revista ou consultada (280);

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- Número de identificação: cada indivíduo examinado teve um número de identificação associado. Este número apresenta um total de algarismos igual à totalidade da amostra em estudo. Os dígitos foram inseridos antes do início das avaliações diárias para evitar erros de contagem ou duplicação de números (280).

Variáveis sociodemográficas

- Instituição: instituição à qual está vinculado;
- Localização: urbana, periurbana ou rural;
- Género: feminino ou masculino;
- Idade: em anos completos;
- Anos de vínculo com a instituição: média de anos de vínculo com a instituição;
- Tipo de vínculo com a instituição: lar residencial, centro de atividades ocupacionais - CAO, formação profissional, escola de educação especial, apoio domiciliário, centro de recursos para a inclusão - CRI, outro. As designações desta variável dão conta das principais tipologias de respostas sociais das instituições em estudo;
- Residência: vive sozinho no seu próprio domicílio, vive com o cônjuge no seu próprio domicílio, vive no domicílio dos pais, vive no domicílio de outros familiares, vive no domicílio de pessoas amigas/de acolhimento. As designações desta variável resultam do contacto direto com os responsáveis de cada instituição, de forma a englobar todas as possibilidades de resposta perante a realidade dos seus utentes.

Note-se que as variáveis “estado civil”, “escolaridade”, “profissão”, frequentemente presentes em questionários sociodemográficos, foram excluídas do nosso questionário, após avaliação do mesmo por psicólogos das instituições, que as consideraram de pouca relevância, perante a realidade e o enquadramento da população em análise.

Variáveis de saúde oral

- Número de dentes naturais: nenhum, 1-9 dentes, 10-19 dentes, 20 dentes ou mais;
- Autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário: trata-se da primeira questão para determinar o impacto subjetivo da condição oral, tendo sido usadas categorias de resposta como “sim”, “não” e “não sei”. À semelhança do que acontece noutros estudos (241,283), a inserção desta variável auxiliou na avaliação da validade convergente do OHIP-14-MID-PT;
- Utilização de prótese dentária: sim ou não;
- Autopercepção do estado dos dentes e gengivas: trata-se da segunda questão para determinar o impacto subjetivo da condição oral, estando as opções de resposta

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

categorizadas numa escala ordinal: “excelente”, “muito bom”, “bom”, “médio”, “fraco”, “muito fraco”, “não sei”. À semelhança do que acontece noutros estudos (173,241), a inserção desta variável contribuiu para a avaliação da validade convergente do OHIP-14-MID-PT;

- Freqüência de higienização: diariamente, ocasionalmente ou nunca;
 - Se realiza a escovagem diariamente, quantas vezes o faz por dia?
 - Se realiza a escovagem apenas ocasionalmente, com que regularidade o faz?
- Opções de higienização dentária: escova elétrica, escova manual, palitos, pasta dentífrica, fio dentário, escovilhão, elixir bucal, raspador lingual, outras;
- Tempo decorrido desde a última ida a uma consulta de medicina dentária: menos de 6 meses, 6 a 12 meses, entre 1 a 2 anos, entre 2 a 5 anos, há mais de 5 anos, nunca;
- Motivo da última visita ao médico dentista: consulta de rotina/aconselhamento médico, dor ou problemas com os dentes ou gengivas, início de tratamento ou continuidade do tratamento planeado, não sei/não me recordo;
- Tipo de alimentação: para avaliar esta variável utilizou-se uma adaptação da tabela 13 do questionário “Oral Health Questionnaire For Adults” da OMS (280);

	Várias vezes ao dia	Todos os dias	Várias vezes por semana	Uma vez por semana	Várias vezes por mês	Raramente/Nunca
Frutas frescas						
Biscoitos e bolos						
Geleias ou mel						
Pastilhas com açúcar						
Doces/Guloseimas						
Refrigerantes						
Chá com açúcar						
Café com açúcar						

- Fumador: sim ou não;
- Consumo de bebidas alcoólicas (por dia e tendo como referência o mês anterior): menos de 1, 1, 2, 3, 4, 5 ou mais, não consumi álcool.

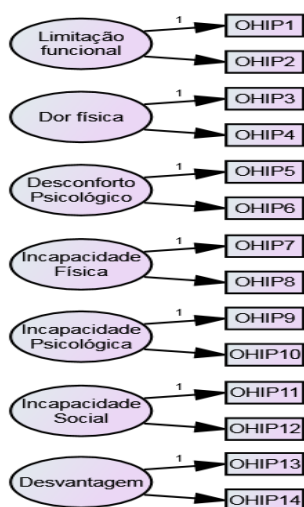
4.6 OHIP-14-MID-PT

Tal como já referido anteriormente, um dos indicadores mais divulgados internacionalmente para medir o impacto da saúde oral na qualidade de vida é o Oral Health Impact Profile de 14 itens (OHIP-14), o qual nunca foi validado para Portugal para a população em análise. Assim, o nosso estudo constitui a primeira aplicação do questionário OHIP-14-MID-

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

PT (Oral Health Impact Profile - 14 - Mild Intellectual Disability - Portugal) (281), com a respetiva avaliação das suas propriedades psicométricas, em pessoas portadoras de deficiência intelectual leve, em Portugal, e o primeiro a avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, neste subgrupo populacional.

O OHIP-14-MID-PT é constituído por 14 questões distribuídas por 7 dimensões de impacto oral: **limitação funcional** (questões 1-2 relativas a dificuldades na fala e na perceção do paladar em consequência de problemas orais), **dor física** (questões 3-4 relativas à existência de dor na cavidade oral e desconforto na alimentação por causa dos problemas orais), **desconforto psicológico** (questões 5-6 relativas ao constrangimento e ao nervosismo que os problemas orais podem desencadear), **incapacidade física** (questões 7-8 relativas às consequências dos problemas orais na alimentação), **incapacidade psicológica** (questões 9-10 relativas à incapacidade de descansar e à eventual vergonha sentida perante a condição oral), **incapacidade social** (questões 11-12 relativas à influência que os problemas orais têm na convivência com os outros e na realização das tarefas do quotidiano) e **desvantagem** (questões 13-14 relativas à influência dos problemas orais no decurso da vida diária e à experiência de incapacidade que estes possam causar), vide esquema infra.



Esquema 1: Dimensões da escala OHIP-14-MID-PT.

Cada questão foi avaliada numa escala de Likert de 5 pontos (0=nunca, 1=quase nunca, 2=às vezes, 3=muitas vezes e 4=quase sempre), estando ainda presente a opção “não sei”. As questões referem-se à frequência com que os indivíduos experienciaram cada problema nos últimos 12 meses, e as respostas em branco e “não sei” foram consideradas como “*missing values*” e tratadas por item-wise deletion.

Para avaliação da prevalência do impacto da saúde oral na qualidade de vida, determinada através do OHIP-14-MID-PT, as respostas foram dicotomizadas em: sem impacto

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

“nunca” e “quase nunca”), e com impacto (“às vezes”, “muitas vezes” e “quase sempre”), e foram avaliadas pela percentagem de indivíduos que deram uma das respostas definidas como tendo impacto. Já a severidade do impacto foi obtida pelo método aditivo (215), através do somatório dos códigos de cada resposta, podendo a pontuação final variar entre 0 (todas as questões respondidas com “0=nunca”) e 56 (todas as questões respondidas com “4=sempre”), sendo que pontuações mais elevadas indicam uma menor qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Saliente-se ainda, e de acordo com Allen e Locker (215), que as pontuações do OHIP, com ou sem peso, seja na versão longa ou resumida, têm performances similares (220). Aliás, existem mesmo estudos que não recomendam a utilização dos pesos para a maioria das aplicações do OHIP (219). Assim, muitos autores (206,219,237,284,285) têm optado por não fazer uso dos pesos. Também nós não os utilizámos no cálculo estatístico.

4.7 Processo de criação da versão modificada do questionário OHIP-14, adaptada a indivíduos portadores de deficiência intelectual leve (OHIP-14-MID-PT)

4.7.1 Processo de tradução e adaptação transcultural

Sempre que um instrumento de avaliação da QdVRSO é usado num contexto ou grupo cultural diferente, este tem de ser adaptado culturalmente e testado quanto às suas propriedades psicométricas. Este procedimento visa assegurar a adequação do questionário ao novo contexto, bem como a sua equivalência ao instrumento original.

Para criar a versão portuguesa do questionário OHIP-14, procedeu-se à tradução da versão original do questionário seguindo as técnicas de adaptação transcultural descritas no estado da arte (263,264,266). Assim, o processo de tradução da versão inglesa foi realizado por dois tradutores bilingues, nativos da língua portuguesa. Os tradutores trabalharam de forma independente. Um dos tradutores teve conhecimento dos conceitos a ser examinados no questionário a traduzir, o outro tradutor desconhecia tais objetivos e conceitos.

Duas versões separadas foram obtidas. Seguidamente estas foram analisadas pela autora e pelos tradutores, com o objetivo de identificar possíveis erros na tradução, de sugerir alterações em algumas palavras ou expressões, e de comparar as duas traduções entre si, com o objetivo de chegar a uma só versão de consenso (vide anexo 6). Refira-se que as palavras equivalentes que foram necessárias para a tradução do questionário não foram difíceis de encontrar, por causa da estrutura simples do OHIP-14 e da natureza universal dos seus conteúdos (174).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Esta versão de consenso foi sujeita a retroversão por dois tradutores independentes bilíngues, nativos da língua inglesa, completamente desconhecedores da versão original e não envolvidos no estudo, de forma a garantir a exatidão e a comparabilidade da tradução.

Um grupo de discussão, composto por quatro especialistas em línguas, dois médicos dentistas (sendo um deles a autora do estudo), e um especialista em comunicação, reviu as traduções e retroversões procurando consensos e discrepâncias, avaliando a equivalência semântica com a versão original, para aprovar uma versão preliminar. Assim, e após comparação das retroversões com a versão original, verificou-se uma grande similitude entre as questões, sendo estas iguais ou com palavras sinónimas da versão original, fazendo assim do nosso questionário um instrumento de pesquisa científica localmente relevante e, ao mesmo tempo, preservando o conceito e o conteúdo da versão original (220). Apesar do grupo de discussão não ter considerado nenhum dos itens do questionário complexo, sugeriu, no entanto, as seguintes modificações, no sentido de tornar a linguagem mais acessível à população em estudo:

1. A modificação da explicação das instruções para preenchimento do questionário, de forma a torná-las mais sucintas, diretas e claras;
2. Na questão 1, substituiu-se o pretérito perfeito composto do verbo ter “tem tido” pela forma de pretérito perfeito simples “teve”. Também a palavra “dificuldade” foi especificada através do quantificador indefinido “alguma”, para deixar claro que a intensidade da dificuldade não é relevante para a resposta a dar;
3. Na questão 3, a expressão “sentiu dor” foi substituída por “teve alguma dor”. Introduziu-se, uma vez mais, o quantificador indefinido “alguma” para especificar que a quantificação da dor não é, em termos absolutos e precisos, relevante para a resposta. A mesma sugestão de alteração foi feita para a questão 4, tendo sido proposta a inclusão do quantificador indefinido “algum” antes do nome “desconforto”, para especificar, também neste caso, que a quantificação do nível de desconforto não é relevante para a resposta a dar;
4. A questão 5: “Tem-se sentido constrangido por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” foi, para maior clareza e simplicidade, reformulada para “Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos (...)”;
5. Na questão 9: “Sentiu dificuldade em relaxar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” acrescentou-se a expressão “descansar” para maior clareza do significado de “relaxar”;
6. A questão 11: “Tem-se sentido um pouco irritado(a) com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?”, foi reformulada para “Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a (...)”. Tal alteração pretende, por um lado, especificar melhor que em causa está a falta de tolerância ou paciência, e não qualquer tipo de eventual

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

agressividade, e, por outro, salientar que as pessoas em causa são as do seu habitual círculo de relações e não outras quaisquer;

7. Na questão 12, foi sugerida a substituição da palavra “tarefas” por “atividades”, por esta ter sido considerada mais adequada à mundividência da população em estudo.

Assim surgiu a versão preliminar (vide anexo 7), que foi ainda avaliada pelos psicólogos e diretores técnicos de todas as instituições participantes, levando a outros pequenos ajustamentos ao questionário, tendo em conta as características específicas da população em estudo. Procedeu-se então à reformulação final do questionário, de acordo com as seguintes orientações:

1. A administração do questionário deverá ser feita pelo método indireto, em que a entrevistadora preenche o inquérito, sempre com o cuidado de não influenciar as respostas do entrevistado;
2. A questão 2: “Sentiu que o seu paladar piorou devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” foi reformulada para “Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a (...)”;
3. A questão 6: “Sentiu-se tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” foi considerada como equivalente à questão 5, pelo que, para melhor clareza e compreensão, foi alterada para “Sentiu-se nervoso(a) devido a (...)”;
4. A questão 7: “A sua alimentação tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?”, foi reformulada para “Deixou de comer algum alimento devido a (...)”, pelo facto de os psicólogos terem considerado a palavra “insatisfatória” complexa e algo subjetiva;
5. Na questão 13, a expressão “tem sido menos satisfatória” foi alterada para “tem corrido pior”, pelas razões apontadas para a questão 7.

Com estas alterações surgiu a versão pré-final (vide anexo 8) que foi, então, sujeita a um pré-teste numa amostra de conveniência de 20 participantes portadores de deficiência intelectual leve selecionados aleatoriamente de uma das instituições integrantes do estudo, com o objetivo de avaliar o seu conteúdo, formulação, sequência e duração média de aplicação. Este procedimento permitiu verificar a compreensão e adequação das perguntas aos objetivos da pesquisa e à população em estudo. Depois de cada resposta, o participante foi incentivado a expandir a sua compreensão da questão de uma maneira aberta, garantindo assim que a pergunta estava a ser entendida com um significado equivalente ao da questão da versão original. Os indivíduos foram ainda inquiridos acerca de eventuais dúvidas, palavras ou expressões que não compreendessem, não tendo sido apresentadas quaisquer dúvidas ou sugestões de alteração. Assim se chegou à versão final, denominada como OHIP-14-MID-PT (Oral Health Impact Profile - 14 - Mild Intellectual Disability - Portugal) (vide anexo 8).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Para além do pré-teste do questionário OHIP-14-MID-PT, foi também realizado o pré-teste (na mesma amostra de indivíduos) do questionário sociodemográfico e de saúde oral, no qual também não foi sugerida qualquer alteração por parte dos inquiridos.

No esquema infra, podemos encontrar uma explicação sumária do processo de adaptação transcultural do OHIP-14.



Esquema 2: Representação esquemática dos passos de adaptação transcultural realizados.

4.7.2 Propriedades psicométricas: fiabilidade teste-reteste e consistência interna

Após a tradução, adaptação transcultural e aplicação numa amostra da população, do questionário OHIP-14-MID-PT, seguiu-se a análise das características psicométricas do instrumento.

Foram analisados dois tipos de fiabilidade: teste-reteste e consistência interna. A fiabilidade teste-reteste mede a capacidade de um instrumento apresentar os mesmos

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

resultados quando aplicado sob as mesmas condições, mas em momentos distintos (286). A fiabilidade teste-reteste foi determinada calculando o coeficiente de correlação intraclassa (ICC), de acordo com o método de Shrout e Fleiss (287), e usando os resultados de duas administrações do OHIP-14-MID-PT a uma subamostra de 20 dos 240 participantes, com duas semanas de intervalo entre si (tempo suficientemente curto para assumirmos que a variável a ser medida não foi alterada (288)). O ICC foi calculado para toda a escala e para cada uma das suas sete dimensões. Os intervalos de confiança foram estabelecidos nos 95%, de acordo com o método de Bland e Altman (289). Os valores definidos para análise do ICC foram: fraco $<0,40$, moderado $0,41-0,60$, bom $0,61-0,80$ e excelente $> 0,80$ (290). Esta etapa foi realizada para permitir a avaliação da reprodutibilidade da medida (135).

A consistência interna é uma medida tipicamente baseada nas correlações entre um item e os restantes itens da mesma escala, verificando se todos os itens medem o mesmo conceito (286). Para medir a consistência interna utilizou-se o alfa de Cronbach (291). O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado para toda a escala e para cada uma das sete dimensões, tal como proposto na publicação da versão original. Adicionalmente, o impacto no valor de alfa, removendo itens do OHIP-14, foi avaliado, bem como as correlações inter-item e item-total. A homogeneidade da escala foi avaliada com base no coeficiente de correlação item-total, avaliando a relação entre cada item individual e o resto da escala.

Valores de alfa de Cronbach acima de 0,7 são considerados aceitáveis; para uma boa consistência os valores de alfa de Cronbach devem ser superiores a 0,8, e para uma consistência excelente superiores a 0,9 (291).

4.7.3 Propriedades psicométricas: validade convergente e validade divergente

Os testes de validade são levados a cabo para garantir que o instrumento está a quantificar aquilo que se pretende que seja medido. Dois testes de validade foram realizados: validade convergente e validade divergente (241).

Validade convergente

A validade convergente examina uma hipótese lógica testando o questionário em relação a uma medida *proxy* de um conceito similar (131). A validade convergente foi avaliada identificando associações entre as variáveis “autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário” e “autopercepção do estado dos dentes e gengivas”, inquiridas no questionário de saúde oral, e o resultado das pontuações obtidas na aplicação do questionário OHIP-14-MID-PT. Para a validade convergente, assumiu-se então que a autopercepção da ausência de necessidade de tratamento e de uma boa saúde oral estaria associada a resultados inferiores no OHIP-14-MID-PT (Testes de Mann-Whitney e Correlação de Pearson). Os valores do coeficiente de correlação são interpretados de acordo com a seguinte tabela (292).

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 3: Interpretação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson.

Correlação	Interpretação
.90 to 1.00 (-.90 to -.1.00)	Correlação muito elevada positiva (negativa)
.70 to .90 (-.70 to -.90)	Correlação elevada positiva (negativa)
.50 to .70 (-.50 to -.70)	Correlação moderada positiva (negativa)
.30 to .50 (-.30 to -.50)	Correlação baixa positiva (negativa)
.00 to .30 (.00 to -.30)	Correlação negligenciável

Validade divergente

A validade divergente foi explorada medindo-se a relação entre os resultados do OHIP e as variáveis clínicas. Assim, comparámos as pontuações do OHIP com a variável de saúde oral - número de dentes naturais - e com os resultados do COHI. Assumiu-se que elevados resultados na escala OHIP-14-MID-PT estariam associados a um elevado número de dentes perdidos e à existência de um ou mais problemas orais com impacto importante a severo na saúde (COHI- 2 no exame clínico). (Teste estatístico não paramétrico Kruskal-Wallis).

4.7.4 Propriedades psicométricas: análise fatorial confirmatória

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) foi realizada pelo método da Máxima Verosimilhança, para verificar se havia validade convergente entre todas as dimensões do questionário bem como existência de relações significativas entre elas. Esta análise foi realizada com recurso ao *software AMOS 22*.

Para medir a qualidade do ajustamento do modelo, utilizaram-se os valores de referência recomendados por Maroco (293) e Arbuckle (294), de acordo com a tabela infra.

Tabela 4: Valores de referência para a avaliação do ajustamento dos modelos de equações estruturais (293,294).

Índices absolutos de ajustamento	Descrição	Valores recomendados
Qui-Quadrado/ g.l.	Cálculo da diferença entre as matrizes de covariância observadas e esperadas, ajustado aos graus de liberdade	< 2 bom; entre 2 e 5 aceitável; > 5 inaceitável
RMSEA (Root mean square error of approximation)	Indica o ajustamento global do modelo relativamente aos graus de liberdade	< 0,05 ajustamento muito bom; 0,05 - 0,08 ajustamento bom; 0,08-0,10 ajustamento medíocre
NFI (Normed of fit index)	Compara o modelo proposto com o modelo nulo, não ajustado aos graus de liberdade	De 0 (sem ajustamento) a 1 (ajustamento perfeito); 0,90 - 0,95 ajustamento bom; > 0,95 ajustamento muito bom
CFI (Comparative fit index)	Índice de adequação global do modelo	De 0 (sem ajustamento) a 1 (ajustamento perfeito); 0,80 - 0,90 ajustamento sofrível; > 0,90 ajustamento recomendado

4.8 Clinical Oral Health Index (COHI), Clinical Oral Care Needs Index (COCNI) e Clinical Oral Prevention Index (COPI)

Para a realização do exame intraoral utilizámos três índices clínicos da autoria da Professora Martine Hennequin e da sua equipa (271), os quais foram gerados a partir de uma associação algorítmica de vários indicadores clínicos que permitem uma medição clínica mais sensível da saúde oral. Baseada na revisão de literatura e em entrevistas com especialistas de medicina dentária para pacientes especiais, especialistas em educação especial e profissionais do Serviço Nacional de Saúde Francês, esta equipa de investigadores partiu de uma lista inicial de 36 indicadores clínicos, os quais testou em 236 indivíduos portadores de deficiência, tendo validado um total de 24 indicadores clínicos, que foram então associados para a criação de três índices originais de saúde oral (sobre a forma como foram associados para a sua produção, vide (271).

Assim, a nossa escolha para a realização do exame clínico recaiu sobre estes índices, uma vez que a saúde oral da pessoa portadora de deficiência é um conceito muito mais amplo e complexo do que a simples existência ou inexistência de dentes cariados, perdidos ou obturados. A saúde oral engloba todos os aspetos da saúde relacionados com o complexo oro-maxilo-facial (271).

O COHI é constituído por 4 níveis, assumindo os valores de 0, 1, 2 ou indeterminado, em função dos problemas de saúde oral do indivíduo: 0 - caso não sejam evidenciados quaisquer problemas de saúde oral; 1 - se existir um ou mais problemas com baixo a moderado impacto na saúde; 2 - se existir um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde; e indeterminado quando se observa outra condição que, por eliminação, não se enquadra nos níveis anteriores (271). No nosso estudo, sempre que foram observadas próteses dentárias totais fixas ou removíveis foi aplicado o critério 'indeterminado'.

O COCNI, constituído por 4 níveis (0, 1, 2, 3), permite avaliar e determinar a necessidade de cuidados médico-dentários de cada indivíduo. O COCNI assume o valor 0, na ausência de necessidade de observação ou tratamento; o valor 1, perante a necessidade de observação; o valor 2, quando é necessário tratamento ou observação; e o valor 3, perante a necessidade de tratamento ou observação urgente (271).

O COPI, por sua vez, determina possíveis necessidades em termos de iniciativas de educação e prevenção dentária. Deste modo, assume o nível 0 quando não se verifica a necessidade de ações de prevenção e de educação em saúde oral, e o nível 1 quando se verifica a necessidade de pelo menos uma ação de prevenção ou educação sobre o indivíduo observado (271).

Na aplicação dos índices, a avaliação da existência de placa bacteriana ou de cálculos seguiu os critérios do índice de Greene and Vermillion, a presença de gengivite foi determinada através do índice de Löe and Silness e o estágio de desenvolvimento das cáries foi avaliado

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

através da classificação de Ekstrand, tal como acontece no estudo original da criação dos índices (271). Durante a avaliação, foram consideradas como doenças sistémicas, que requerem monitorização específica da saúde oral, as seguintes: epilepsia, doença cardíaca congénita, broncopneumopatia (incluindo asma), prótese interna, imunodeficiência, doença hematológica e diabetes (271).

Índice de Greene and Vermillion

O índice de higiene oral de Greene and Vermillion (295) determina os depósitos de placa bacteriana e os cálculos nas superfícies dentárias. De acordo com os critérios dos índices COHI e COCNI, considerámos ausência de placa bacteriana e de cálculos quando o índice de Greene e Vermillion é 0 para ambas as arcadas; presença de placa bacteriana quando os valores de placa são > 0 num grupo de dentes ou em todos os dentes de uma arcada; e presença de cálculo quando os valores de cálculo são > 0 num grupo de dentes ou em todos os dentes de uma arcada dentária (271).

Para a aplicação deste índice foi apenas utilizado espelho e sonda (296).

Índice de Løe and Silness

O índice gengival de Løe and Silness (297) consiste na avaliação da severidade da inflamação gengival. Segundo os índices COHI e COCNI, considerámos ausência de gengivite, quando o valor do índice de Løe and Silness for 0 para ambas as arcadas; gengivite localizada, se o valor for > 0 num grupo de dentes ou numa arcada; e gengivite generalizada, se o valor do índice for > 0 em ambas as arcadas (271).

Classificação de Ekstrand

A classificação de Ekstrand (298) foi utilizada na avaliação das lesões de cárie dentária. De acordo com os índices COHI e COCNI, considerámos como lesão de cárie incipiente o grau 1 e 2 da classificação de Ekstrand, e como lesão de cárie desenvolvida os graus 3 e 4 desta classificação (271). No exame clínico não foram realizadas radiografias.

4.9 Exame Clínico

O exame clínico teve lugar nas instalações de cada uma das instituições, numa sala cedida para o efeito, e o horário foi estabelecido consoante o considerado mais conveniente por cada uma delas. Os utentes foram sentados em cadeiras com apoios de braço, com suficiente apoio para a cabeça, de forma a que esta ficasse ligeiramente inclinada para trás e numa posição inferior à da examinadora, tirando partido da luminosidade natural e, sempre que necessário, artificial, de modo a obter-se uma visibilidade e posicionamento adequados. Os enfermeiros de

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

cada instituição, assim como outro pessoal auxiliar médico, estiveram presentes, ajudando a examinadora, quando necessário.

Os materiais utilizados para a observação foram todos eles descartáveis e de uso único: espelhos, compressas, sondas exploratórias e sondas periodontais, pinças, luvas e máscara de proteção.

À medida que o exame ia sendo realizado, a informação era registada sob a forma dos códigos anteriormente descritos em cada índice clínico. As instruções e os critérios de medição estavam sempre acessíveis e disponíveis numa mesa de apoio.

O tempo necessário para a avaliação clínica de cada utente foi, em média, de cerca de 10 minutos.

Os resultados dos exames intraorais, as necessidades de tratamento e as medidas de higiene adequadas a cada indivíduo foram reportados oralmente aos prestadores de cuidados de cada instituição e aos utentes. Foram ainda distribuídos folhetos educativos e, sempre que possível, amostras de material dentário. Em situações de grande gravidade, foi da responsabilidade da examinadora referenciar de imediato o utente para os adequados cuidados de saúde.

Foram tidos em conta os princípios de controlo de infeção cruzada, utilizando material descartável, esterilizado, e aberto somente no momento do exame clínico. Todo o material foi posteriormente levado para ser depositado em contentor próprio para contaminados.

4.10 Análise dos dados

A informação recolhida foi, por fim, sujeita a análise estatística. Para tal, os dados foram introduzidos no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 22.0), com o propósito de analisar, interpretar e comparar a informação recolhida. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais, utilizando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e intervalos de confiança de 95%.

Os resultados obtidos através da análise descritiva foram apresentados sob a forma de gráficos e/ou tabelas com as respetivas frequências absolutas (valor de n) e relativas (em percentagem). Já para a obtenção dos resultados através da estatística inferencial, foram utilizados os seguintes testes estatísticos: teste do Qui-Quadrado (para as variáveis categóricas), teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e teste não paramétrico de Mann-Whitney (para estudar a relação entre variáveis escalares e categóricas, quando as variáveis escalares não cumprem o pressuposto da normalidade, isto é, variáveis contínuas com distribuição assimétrica), e o Coeficiente de Correlação de Pearson (para estudar a relação entre variáveis escalares). Todos estes testes foram usados com o propósito de analisar as associações entre as diversas variáveis em estudo.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

A análise de regressão logística binária foi adotada para analisar a associação entre as variáveis em estudo e a escala OHIP-14-MID-PT e, dessa forma, encontrar preditores de risco para a qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

A regressão logística binária utiliza a estatística de Hosmer-Lemeshow para determinar a qualidade do ajuste, sendo um resultado não significativo indicativo de boa qualidade de ajuste. O teste Omnibus pode ser interpretado como um teste da capacidade de todos os preditores no modelo para estimar a resposta, em que um valor de prova significativo (inferior a 5%) corresponde a uma conclusão de que há ajuste adequado dos dados ao modelo. O coeficiente de determinação R² não pode ser calculado para modelos de regressão logística binária, pelo que se utilizam aproximações de cálculo de pseudo R²: o R² de Cox e Snell's que tenta imitar a interpretação do R², mas o seu máximo pode ser inferior a 1.0, o que dificulta a sua interpretação, e o R² de Nagelkerke's, modificação do coeficiente de Cox and Snell, para garantir que varia entre 0 e 1, sendo a medida de qualidade do ajuste mais utilizada para estimar pseudovalores de R². A variável binária OHIP-14 Impacto (0=sem impacto, 1=com impacto) é a variável dependente. Na regressão logística binária, a categoria mais elevada (1=com impacto) é estimada, e a categoria inferior (0=sem impacto) é a comparação de referência. Se o valor de prova for inferior a 5% (0,05), então a variável independente associada é significativa para o modelo.

CAPÍTULO 5
RESULTADOS

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

5. Resultados

5.1 Processo de validação do questionário OHIP-14-MID-PT

5.1.1 Fiabilidade: teste-reteste

Na avaliação teste-reteste da fiabilidade do questionário, o coeficiente de correlação intraclasse, usando um modelo de efeitos mistos de dois fatores e do tipo consistência (287,299), apresentou um valor de ICC=0,999 com um intervalo de confiança a 95% de 0,996-0,999, correspondendo portanto a uma muito elevada fiabilidade. A média da variação obtida nas duas medições para o OHIP-14-MID-PT foi de $M=0,20$ ($M=10,80$ para a primeira medição e $M=10,60$ para a segunda medição), com um desvio padrão de $DP=0,89$, ou seja, $0,20 \pm 0,89$, vide tabelas 5 e 6.

Tabela 5: Estatísticas (média e desvio padrão) das duas avaliações.

Primeira medida	Primeira avaliação		Segunda avaliação		Diferença	
	M	DP	M	DP	M	DP
OHIP-14	10,80	12,151	10,60	11,816	0,200	0,894
1. Limitação funcional	1,20	1,436	1,10	1,373	0,100	0,308
2. Dor física	2,25	2,268	2,20	2,167	0,050	0,224
3. Desconforto psicológico	2,25	2,268	2,20	2,285	0,050	0,394
4. Incapacidade física	1,80	2,331	1,75	2,221	0,050	0,605
5. Incapacidade psicológica	1,45	2,188	1,45	2,164	0,000	0,324
6. Incapacidade social	0,95	1,638	1,00	1,686	-0,050	0,224
7. Desvantagem	0,90	2,100	0,90	2,100	0,000	0,000

Verificou-se ainda que não existe diferença significativa entre as duas administrações do questionário, através da utilização do teste ANOVA ($F_{1,19}=1,000$, $p=0,330$).

Para as sete dimensões do OHIP-14-MID-PT, o valor do coeficiente de correlação intraclasse variou entre ICC=0,982 na dimensão “4. incapacidade física” e ICC=1,000 na dimensão “7. desvantagem”, como é visível na tabela 6.

Tabela 6: Coeficiente de correlação intraclasse para cada dimensão do OHIP-14-MID-PT.

	ICC	IC a 95%		$F_{1,19}$	P
		LI	LS		
OHIP-14-MID-PT	0,999	0,996	0,999	1,000	0,330
1. Limitação funcional	0,988	0,969	0,995	2,111	0,163
2. Dor física	0,997	0,994	0,999	1,000	0,330
3. Desconforto psicológico	0,992	0,981	0,997	0,322	0,577
4. Incapacidade física	0,982	0,955	0,993	0,137	0,716
5. Incapacidade psicológica	0,994	0,986	0,998	0,000	1,000
6. Incapacidade social	0,995	0,989	0,998	1,000	0,330
7. Desvantagem	1,000	1,000	1,000	0,000	1,000

5.1.2 Fiabilidade: análise da consistência interna

Um outro sinal da fiabilidade do OHIP-14-MID-PT é a sua consistência interna. O valor de alfa de Cronbach obtido foi de 0,922, sendo superior ao valor recomendado de 0,80 (232,291).

O coeficiente alfa de Cronbach foi calculado para o questionário OHIP-14-MID-PT global, mas, também, para cada uma das suas 7 dimensões. Assim, o valor de alfa de Cronbach variou entre 0,611 para a dimensão “5. incapacidade psicológica” e 0,812 para a dimensão “6. incapacidade social”, vide tabela 7.

Tabela 7: Estatísticas de consistência interna para as dimensões do OHIP-14-MID-PT.

	alfa de Cronbach	N Itens	Correlação Item-Total Corrigida
1. Limitação funcional	,654	2	,490
2. Dor física	,675	2	,510
3. Desconforto psicológico	,745	2	,602
4. Incapacidade física	,768	2	,627
5. Incapacidade psicológica	,611	2	,445
6. Incapacidade social	,812	2	,687
7. Desvantagem	,788	2	,674

Analisando a matriz de correlações inter-item, verificou-se uma correlação positiva entre todos os itens, ou seja, verificámos que a consistência interna foi apropriada, dada a homogeneidade da matriz de valores exposta na tabela 8, na qual não existe nenhuma correlação inter-item negativa, oscilando de 0,277 (entre a questão 3 e a questão 2) até 0,749 (entre a questão 13 e a questão 12).

Tabela 8: Análise da fiabilidade baseada na correlação inter-item do OHIP-14-MID-PT.
Matriz de correlação inter-item.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000													
2	0,498	1,000												
3	0,317	0,277	1,000											
4	0,449	0,384	0,519	1,000										
5	0,456	0,431	0,333	0,540	1,000									
6	0,421	0,316	0,338	0,530	0,605	1,000								
7	0,357	0,383	0,412	0,547	0,488	0,448	1,000							
8	0,391	0,491	0,479	0,543	0,513	0,462	0,602	1,000						
9	0,335	0,412	0,519	0,489	0,420	0,465	0,449	0,589	1,000					
10	0,380	0,473	0,304	0,470	0,732	0,497	0,420	0,473	0,441	1,000				
11	0,406	0,387	0,385	0,526	0,515	0,494	0,419	0,549	0,455	0,478	1,000			

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

12	0,384	0,495	0,335	0,498	0,470	0,494	0,475	0,553	0,482	0,483	0,701	1,000		
13	0,412	0,409	0,369	0,477	0,509	0,531	0,435	0,509	0,422	0,487	0,651	0,749	1,000	
14	0,386	0,405	0,353	0,441	0,468	0,523	0,456	0,455	0,433	0,433	0,559	0,733	0,684	1,00

Na tabela 9 podemos ver os coeficientes de correlação item-total, sendo o valor mínimo da correlação 0,529, valor este bastante superior a 0,20, que constitui o valor mínimo recomendado para incluir um item numa escala (173,300). Não existem itens correlacionados de forma negativa com a escala.

A remoção de um item de cada vez resultou em valores de alfa de Cronbach inferiores, comparativamente ao valor original obtido, o que vem suportar a importância da inclusão de todos os itens, não se devendo, portanto, prescindir de nenhum deles.

Tabela 9: Correlação item-total corrigida e efeito da eliminação de cada item nos valores do coeficiente alfa de Cronbach.

	Correlação Item-Total Corrigida	alfa de Cronbach sem o item
1. Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,554	,919
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,572	,918
3. Teve alguma dor na sua boca?	,529	,920
4. Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,699	,914
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,711	,914
6. Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,663	,915
7. Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,636	,917
8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,718	,914
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,637	,916
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,661	,916

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,698	,915
12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,728	,914
13. Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,705	,914
14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	,672	,917

5.1.3 Validade do constructo: validade convergente

No que diz respeito à validade convergente do OHIP-14-MID-PT, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que não sentiam necessidade de tratamento médico-dentário e os que sentiam essa necessidade. De facto, as pontuações do questionário OHIP-14-MID-PT foram superiores nas pessoas que afirmavam sentir necessidade de algum tipo de tratamento médico-dentário, vide tabela 10.

Tabela 10: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário.

	Q7	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
OHIP-14-MID-PT	Não	52	5,37	7,657	2366,5	** 0,000
	Sim	156	11,89	11,497		
1. Limitação funcional	Não	56	1,00	1,868	3920,5	0,059
	Sim	165	1,35	1,756		
2. Dor física	Não	55	1,51	1,875	3127,5	** 0,000
	Sim	170	2,68	2,080		
3. Desconforto psicológico	Não	55	,76	1,440	2865,5	** 0,000
	Sim	166	2,25	2,345		
4. Incapacidade física	Não	56	1,09	1,751	3868,5	* 0,027
	Sim	169	1,83	2,206		
5. Incapacidade psicológica	Não	55	,45	1,015	2497,5	** 0,000
	Sim	169	2,23	2,255		
6. Incapacidade social	Não	55	,49	,979	4153,5	0,181
	Sim	167	1,08	1,948		

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

7. Desvantagem	Não	56	,29	,803	3772	** 0,005
	Sim	168	1,02	1,766		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

Da mesma forma, verificou-se uma correlação moderada negativa estatisticamente significativa entre o questionário OHIP-14-MID-PT e a questão “9. Como descreveria o estado dos seus dentes e gengivas?”, o que significa que indivíduos que autopercepcionaram de forma positiva o estado dos seus dentes e gengivas apresentaram pontuações inferiores no questionário OHIP-14-MID-PT e vice-versa, vide tabela 11.

Tabela 11: Correlação de Pearson. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a autopercepção do estado dos dentes e gengivas.

		9. Como descreveria o estado dos seus dentes e gengivas?
OHIP-14-MID-PT	Coef. Correlação	-0,545(**)
	Valor de prova	0,000
	N	210
1. Limitação funcional	Coef. Correlação	-0,360(**)
	Valor de prova	0,000
	N	223
2. Dor física	Coef. Correlação	-0,451(**)
	Valor de prova	0,000
	N	226
3. Desconforto psicológico	Coef. Correlação	-0,516(**)
	Valor de prova	0,000
	N	223
4. Incapacidade física	Coef. Correlação	-0,404(**)
	Valor de prova	0,000
	N	226
5. Incapacidade psicológica	Coef. Correlação	-0,551(**)
	Valor de prova	0,000
	N	225
6. Incapacidade social	Coef. Correlação	-0,368(**)
	Valor de prova	0,000
	N	222
7. Desvantagem	Coef. Correlação	-0,425(**)
	Valor de prova	0,000
	N	225

** Correlação significativa para $p < 0,01$

Para além disso, observaram-se ainda correlações negativas estatisticamente significativas entre todas as dimensões do questionário OHIP-14-MID-PT e a questão 9, que vão de uma correlação baixa para a dimensão “1. limitação funcional” ($r = -0,360$), até uma correlação moderada para a dimensão “5. incapacidade psicológica” ($r = -0,551$).

5.1.4 Validade do constructo: validade divergente

Na tabela 12 são apresentados os resultados da avaliação da validade divergente. No questionário global OHIP-14-MID-PT observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que têm 20 dentes ou mais, os que têm 10-19 dentes, e os que têm 1-9 dentes. Os valores do OHIP-14-MID-PT foram menores (autopercepção da qualidade de vida superior) em quem tem 20 dentes ou mais em comparação com quem tem menos dentes, no entanto, indivíduos totalmente edêntulos apresentaram um valor médio de autopercepção da qualidade de vida apenas ligeiramente inferior àqueles que têm 20 dentes ou mais.

Tabela 12: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o número de dentes naturais.

		N	Média	Desvio padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14-MID-PT	Nenhum	5	8,60	11,632	29,74	** 0,000
	1-9 dentes	31	17,10	12,166		
	10-19 dentes	40	14,20	12,313		
	20 dentes ou mais	145	7,34	8,902		
1. Limitação funcional	Nenhum	5	1,20	2,168	22,87	** 0,000
	1-9 dentes	32	2,44	2,047		
	10-19 dentes	42	1,57	1,796		
	20 dentes ou mais	156	,88	1,546		
2. Dor física	Nenhum	5	1,80	1,095	2,62	0,454
	1-9 dentes	32	2,72	2,144		
	10-19 dentes	42	2,62	2,163		
	20 dentes ou mais	160	2,22	2,043		
3. Desconforto psicológico	Nenhum	5	1,00	2,236	26,85	** 0,000
	1-9 dentes	31	3,35	2,416		
	10-19 dentes	40	2,60	2,351		
	20 dentes ou mais	159	1,35	1,945		
4. Incapacidade Física	Nenhum	5	2,80	3,114	32,44	** 0,000
	1-9 dentes	32	2,75	2,155		
	10-19 dentes	42	2,50	2,156		
	20 dentes ou mais	160	1,12	1,878		
5. Incapacidade Psicológica	Nenhum	5	,60	1,342	15,73	** 0,001
	1-9 dentes	32	2,72	2,530		
	10-19 dentes	42	2,48	2,340		
	20 dentes ou mais	159	1,38	1,875		

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

6. Incapacidade Social	Nenhum	5	,60	1,342	10,56	* 0,014
	1-9 dentes	32	1,59	2,046		
	10-19 dentes	42	1,31	2,101		
	20 dentes ou mais	156	,67	1,529		
7. Desvantagem	Nenhum	5	,60	1,342	9,36	* 0,025
	1-9 dentes	32	1,41	2,108		
	10-19 dentes	42	1,24	1,923		
	20 dentes ou mais	159	,55	1,286		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

A capacidade do OHIP-14-MID-PT para discriminar entre grupos com diferentes condições orais foi também confirmada avaliando a associação com o “Clinical Oral Health Index”. No questionário global OHIP-14-MID-PT verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que tinham problemas orais de impacto importante a severo na saúde - COHI nível 2, os que tinham problemas de impacto baixo a moderado - COHI nível 1, e os que não tinham problemas orais - COHI nível 0. Verificou-se assim que indivíduos identificados com o nível 2 no COHI apresentavam valores superiores no questionário OHIP-14-MID-PT, quando comparados com os indivíduos que apresentavam o nível 0 ou 1, vide tabela 13.

Tabela 13: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o Clinical Oral Health Index.

		N	Média	Desvio padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14-MID-PT	ausência de problemas	5	5,00	5,099	18,50	** 0,000
	baixo a moderado impacto	94	7,04	8,993		
	impacto importante a severo	117	12,61	11,630		
1. Limitação funcional	ausência de problemas	5	1,00	2,236	6,19	* 0,045
	baixo a moderado impacto	100	,95	1,648		
	impacto importante a severo	125	1,45	1,798		
2. Dor física	ausência de problemas	5	2,20	1,924	8,78	* 0,012
	baixo a moderado impacto	100	1,90	1,888		
	impacto importante a severo	129	2,72	2,169		
3. Desconforto psicológico	ausência de problemas	5	,60	1,342	19,07	** 0,000
	baixo a moderado impacto	100	1,16	1,791		
	impacto importante a severo	125	2,42	2,377		
4. Incapacidade física	ausência de problemas	5	,00	,000	23,58	** 0,000
	baixo a moderado impacto	101	,98	1,661		
	impacto importante a severo	128	2,13	2,253		

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

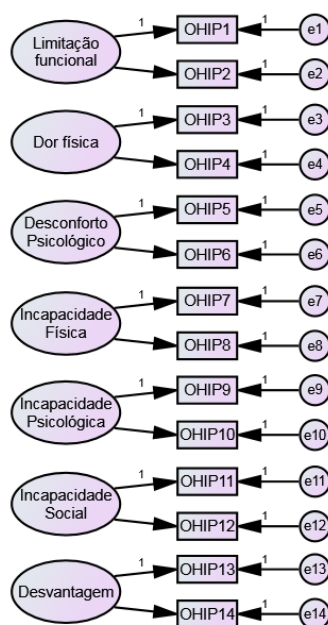
5. Incapacidade psicológica	ausência de problemas	5	1,00	1,414	22,20	** 0,000
	baixo a moderado impacto	100	1,03	1,684		
	impacto importante a severo	128	2,36	2,282		
6. Incapacidade social	ausência de problemas	5	,20	,447	2,88	0,237
	baixo a moderado impacto	98	,71	1,547		
	impacto importante a severo	127	1,10	1,910		
7. Desvantagem	ausência de problemas	5	,00	,000	7,87	* 0,020
	baixo a moderado impacto	101	,50	1,180		
	impacto importante a severo	127	1,06	1,825		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

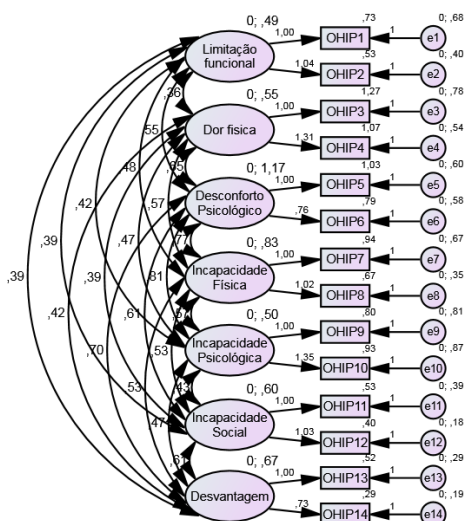
5.1.5 Análise fatorial confirmatória

Na Análise Fatorial Confirmatória (AFC), verificámos que existe validade convergente de todas as dimensões, pois as saturações fatoriais foram elevadas (o valor mais baixo foi de 0,620 para a questão 9 da dimensão “5. incapacidade psicológica”) e todas significativas ($p < 0,001$), vide esquemas 3-5 e tabela 14.

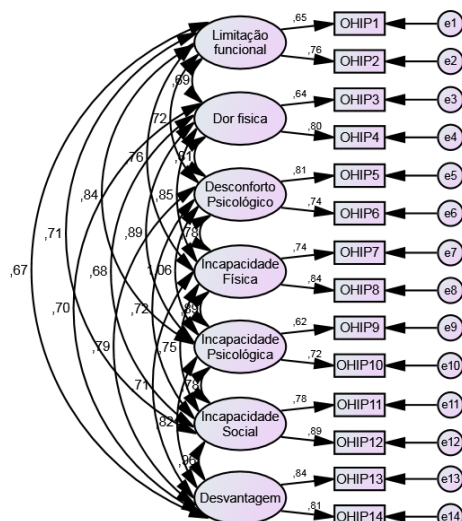


Esquema 3: Análise fatorial confirmatória do OHIP-14-MID-PT.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve



Esquema 4: Estimativas não estandardizadas.



Esquema 5: Estimativas estandardizadas.

Tabela 14: Saturações do OHIP-14-MID-PT, resultantes da análise fatorial confirmatória e validade convergente.

Dimensão	Variável	Saturações		Erro padrão	Teste T	P
		Não estandardizadas	Estandarizadas			
1. Limitação funcional	OHIP1	1,000	0,648	0,127	8,200	<0,001
	OHIP2	1,039	0,757			
2. Dor física	OHIP3	1,000	0,642	0,143	9,138	<0,001
	OHIP4	1,309	0,795			
3. Desconforto psicológico	OHIP5	1,000	0,814	0,064	11,882	<0,001
	OHIP6	0,765	0,737			
4. Incapacidade física	OHIP7	1,000	0,743	0,086	11,870	<0,001
	OHIP8	1,019	0,842			
5. Incapacidade psicológica	OHIP9	1,000	0,620	0,141	9,565	<0,001
	OHIP10	1,351	0,717			
6. Incapacidade social	OHIP11	1,000	0,778	0,073	14,201	<0,001
	OHIP12	1,033	0,885			
7. Desvantagem	OHIP13	1,000	0,837	0,052	14,206	<0,001
	OHIP14	0,732	0,806			

* Parâmetro fixado em 1, sem valor de T

Todas as dimensões apresentaram ainda relações significativas entre elas, vide tabela 15.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 15: Saturações entre as dimensões do OHIP-14-MID-PT.

Dimensão	Dimensão	Saturações			Teste T	P
		Não estand.	Estand.	Erro padrão		
1. Limitação funcional	2. Dor física	0,357	0,686	0,067	5,328	<0,001
1. Limitação funcional	3. Desconforto psicológico	0,552	0,725	0,091	6,067	<0,001
1. Limitação funcional	4. Incapacidade física	0,484	0,756	0,080	6,031	<0,001
1. Limitação funcional	5. Incapacidade psicológica	0,417	0,835	0,071	5,866	<0,001
1. Limitação funcional	6. Incapacidade social	0,388	0,712	0,064	6,011	<0,001
1. Limitação funcional	7. Desvantagem	0,386	0,670	0,065	5,909	<0,001
2. Dor física	3. Desconforto psicológico	0,645	0,806	0,098	6,556	<0,001
2. Dor física	4. Incapacidade física	0,574	0,853	0,088	6,497	<0,001
2. Dor física	5. Incapacidade psicológica	0,466	0,888	0,076	6,144	<0,001
2. Dor física	6. Incapacidade social	0,392	0,684	0,065	5,996	<0,001
2. Dor física	7. Desvantagem	0,424	0,699	0,069	6,182	<0,001
3. Desconforto psicológico	4. Incapacidade física	0,768	0,780	0,108	7,093	<0,001
3. Desconforto psicológico	5. Incapacidade psicológica	0,812	1,057	0,107	7,583	<0,001
3. Desconforto psicológico	6. Incapacidade social	0,607	0,724	0,086	7,022	<0,001
3. Desconforto psicológico	7. Desvantagem	0,698	0,786	0,092	7,619	<0,001
4. Incapacidade física	5. Incapacidade psicológica	0,575	0,891	0,086	6,692	<0,001
4. Incapacidade física	6. Incapacidade social	0,527	0,748	0,077	6,872	<0,001
4. Incapacidade física	7. Desvantagem	0,529	0,710	0,077	6,842	<0,001
5. Incapacidade psicológica	6. Incapacidade social	0,429	0,781	0,067	6,446	<0,001
5. Incapacidade psicológica	7. Desvantagem	0,475	0,817	0,070	6,763	<0,001
6. Incapacidade social	7. Desvantagem	0,606	0,956	0,073	8,332	<0,001

Para medir a qualidade do ajustamento, utilizaram-se os valores de referência recomendados por Maroco (293) e Arbuckle (294) e apresentados na metodologia.

Assim, no nosso estudo, as medidas indicaram um ajustamento aceitável do modelo proposto aos dados recolhidos, se tivermos em conta o Qui-Quadrado ($\chi^2/g.l.=2,796$); um ajustamento recomendado, tendo em consideração o CFI=0,943; um ajustamento bom, tendo em conta o NFI=0,916; e um ajustamento medíocre, se considerarmos o RMSEA=0,087. Portanto, podemos concluir que o modelo apresentou globalmente bons índices de ajustamento (293), cf. tabela 16.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 16: Ajustamento do modelo estrutural.

Qui-Quadrado (χ^2)	Graus de liberdade	Qui-Quadrado/ g.l. ($\chi^2/g.l.$)	CFI	RMSEA	NFI
156,557	56	2,796	0,943	0,087	0,916

CFI - Comparative fit index; RMSEA - Root mean square error of approximation; NFI - Normed of fit index.

Em função dos resultados apresentados, podemos concluir que a Análise Fatorial Confirmatória sustenta a utilização das sete dimensões do questionário OHIP-14-MID-PT.

5.2 Análise descritiva do OHIP-14-MID-PT

Analisando os resultados da aplicação do questionário OHIP-14-MID-PT, verificou-se uma prevalência de impacto da saúde oral na qualidade de vida, com 76,9% da amostra a reportar um ou mais itens com “às vezes”, “muitas vezes” ou “quase sempre”. Já a pontuação média total (severidade) do OHIP-14-MID-PT foi de $9,98 \pm 10,79$. As dimensões mais afetadas foram a “2. dor física” com 61,9% de prevalência e $2,35 \pm 2,06$ de severidade do impacto, seguida da “3. desconforto psicológico” e “5. incapacidade psicológica” com 45,1% / $1,82 \pm 2,21$ e 45% / $1,74 \pm 2,12$, respetivamente. As dimensões menos afetadas foram a “7. desvantagem” com 19,7% / $0,79 \pm 1,57$ e a “6. incapacidade social” com 22,6% / $0,91 \pm 1,74$, vide tabelas 17 e 18.

Tabela 17: Estatísticas das dimensões do OHIP-14-MID-PT.

	N	Desvio		Mínimo	Mediana	Máximo	Mínimo Possível	Máximo Possível
		Média	Padrão					
OHIP-14-MID-PT	221	9,98	10,79	0	6	47	0	56
1. Limitação funcional	235	1,22	1,76	0	0	8	0	8
2. Dor física	239	2,35	2,06	0	2	8	0	8
3. Desconforto psicológico	235	1,82	2,21	0	1	8	0	8
4. Incapacidade física	239	1,62	2,11	0	0	8	0	8
5. Incapacidade psicológica	238	1,74	2,12	0	0,5	8	0	8
6. Incapacidade social	235	0,91	1,74	0	0	8	0	8
7. Desvantagem	238	0,79	1,57	0	0	8	0	8

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 18: Frequências do OHIP-14-MID-PT (impacto).

	Sem impacto		Com impacto	
	N	%	N	%
1. Limitação funcional	153	65,1%	82	34,9%
2. Dor física	91	38,1%	148	61,9%
3. Desconforto psicológico	129	54,9%	106	45,1%
4. Incapacidade física	144	60,3%	95	39,7%
5. Incapacidade psicológica	131	55,0%	107	45,0%
6. Incapacidade social	182	77,4%	53	22,6%
7. Desvantagem	191	80,3%	47	19,7%

Os itens que apresentaram maior prevalência e severidade de impacto foram: a questão 3 - “Teve alguma dor na sua boca?” com 50,8% / $1,27 \pm 1,16$; a questão 4 - “Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” com 42,7% / $1,08 \pm 1,22$; e a questão 5 - “Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” com 37,4% / $1,03 \pm 1,34$. Por outro lado, as questões que apresentaram menor prevalência e severidade de impacto foram: a questão 14 - “Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” com 9,7% / $0,29 \pm 0,74$; a 12 - “Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” com 14,7% / $0,39 \pm 0,90$; e a 13 - “Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?” com 19,2% / $0,52 \pm 0,98$, vide tabelas 19-21.

Tabela 19: Frequências do OHIP-14-MID-PT.

	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	156	65,8%	15	6,3%	48	20,3%	14	5,9%	4	1,7%
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	177	74,4%	12	5,0%	36	15,1%	11	4,6%	2	,8%
3. Teve alguma dor na sua boca?	94	39,2%	24	10,0%	92	38,3%	24	10,0%	6	2,5%
4. Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	122	51,0%	15	6,3%	73	30,5%	20	8,4%	9	3,8%
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	135	56,7%	14	5,9%	56	23,5%	13	5,5%	20	8,4%
6. Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	151	63,7%	9	3,8%	58	24,5%	14	5,9%	5	2,1%

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

	0		1		2		3		4	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
7. Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	138	57,5%	18	7,5%	56	23,3%	17	7,1%	11	4,6%
8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	165	69,0%	13	5,4%	41	17,2%	14	5,9%	6	2,5%
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	151	62,9%	18	7,5%	42	17,5%	26	10,8%	3	1,3%
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	149	62,6%	10	4,2%	44	18,5%	16	6,7%	19	8,0%
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	177	75,0%	11	4,7%	34	14,4%	10	4,2%	4	1,7%
12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	195	81,9%	8	3,4%	23	9,7%	9	3,8%	3	1,3%
13. Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	180	75,0%	14	5,8%	31	12,9%	12	5,0%	3	1,3%
14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	201	84,5%	14	5,9%	17	7,1%	4	1,7%	2	,8%

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0- Nunca; 1- Quase nunca; 2- Às vezes; 3- Muitas vezes; 4- Quase sempre.

Tabela 20: Estatísticas do OHIP-14-MID-PT (média e desvio padrão).

	N	Média	Desvio Padrão
1. Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	237	0,71	1,08
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	238	0,53	0,97
3. Teve alguma dor na sua boca?	240	1,27	1,16
4. Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	239	1,08	1,22
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	238	1,03	1,34
6. Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	237	0,79	1,13
7. Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	240	0,94	1,23

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	239	0,67	1,10
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	240	0,80	1,15
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	238	0,93	1,34
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	236	0,53	1,00
12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	238	0,39	0,90
13. Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	240	0,52	0,98
14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	238	0,29	0,74

Os valores indicados reportam-se à escala de medida:

0- Nunca; 1- Quase nunca; 2- Às vezes; 3- Muitas vezes; 4- Quase sempre.

Tabela 21: Frequências do OHIP-14-MID-PT (impacto).

	Sem impacto		Com impacto	
	N	%	N	%
1. Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	171	72,2%	66	27,8%
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	189	79,4%	49	20,6%
3. Teve alguma dor na sua boca?	118	49,2%	122	50,8%
4. Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	137	57,3%	102	42,7%
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	149	62,6%	89	37,4%
6. Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	160	67,5%	77	32,5%
7. Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	156	65,0%	84	35,0%
8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	178	74,5%	61	25,5%
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	169	70,4%	71	29,6%
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	159	66,8%	79	33,2%
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	188	79,7%	48	20,3%

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

	Sem impacto		Com impacto	
	N	%	N	%
12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	203	85,3%	35	14,7%
13. Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	194	80,8%	46	19,2%
14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	215	90,3%	23	9,7%

Refira-se que quando, nas tabelas supra, a soma das frequências observadas é inferior à dimensão da amostra, significa que existem *missing values* (não respostas) que se podem observar no valor de N para o cálculo das estatísticas.

5.3 Análise das variáveis do questionário sociodemográfico e de saúde oral

5.3.1 Caracterização sociodemográfica geral

Dos 240 indivíduos participantes no estudo, 122 eram do género feminino e 118 do género masculino. A média de idades situou-se nos 35,9 anos, sendo o limite inferior 18 e o superior 64. 45% da amostra residia em ambiente urbano e 55% em meio rural.

Embora todos os indivíduos em estudo apresentassem alguma forma de vínculo institucional, apenas 13,3% se encontravam institucionalizados, sendo a média de anos de vínculo com a instituição de 7. Os vínculos mais duradouros foram observados no género masculino ($U=3385,0$; $p=0,001$). Quanto à tipologia residencial dos indivíduos não institucionalizados, verificámos que estes se encontravam a viver em diferentes contextos de autonomia, vide tabela 22.

Tabela 22: Caracterização sociodemográfica da amostra.

		N	%
Género (n=240)	Feminino	122	50,8
	Masculino	118	49,2
Idade (n=240)		35,9 ± 12,1	
Localização (n=240)	Urbana	108	45
	Rural	132	55

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Anos de vínculo com a instituição (n=195)		7±10,7	
Tipo de vínculo institucional (n=240)	Lar (Institucionalizado)	32	13,3
	Centro de atividades ocupacionais - CAO	64	26,7
	Formação profissional	124	51,7
	Centro de Emprego Protegido - CEP	20	8,3
Residência (n=208)	Vive sozinho	18	9
	Vive com o cônjuge	49	23
	Vive com os pais	108	52
	Vive com outros familiares	22	11
	Vive com pessoas amigas/de acolhimento	11	5

Saliente-se ainda que a percentagem de indivíduos institucionalizados foi superior no género masculino e de não institucionalizados no género feminino ($\chi^2_{(1)}=5,666$; $p=0,017$). Também na tipologia de residência se verificaram diferenças estatisticamente significativas em função do género ($\chi^2_{(4)}=16,377$; $p=0,003$) e da média de idades dos indivíduos ($\chi^2 =18,14$; $p=0,001$). Cf. gráficos 1-3.

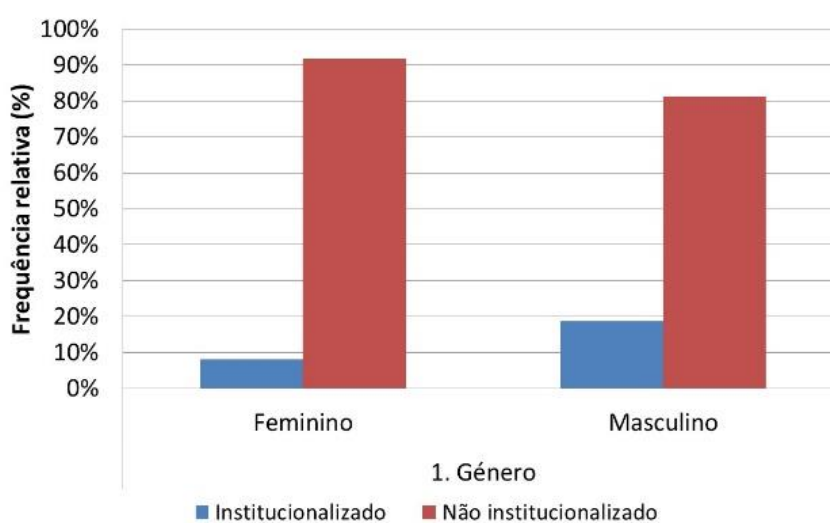


Gráfico 1: Relação entre o tipo de vínculo com a instituição e o género.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

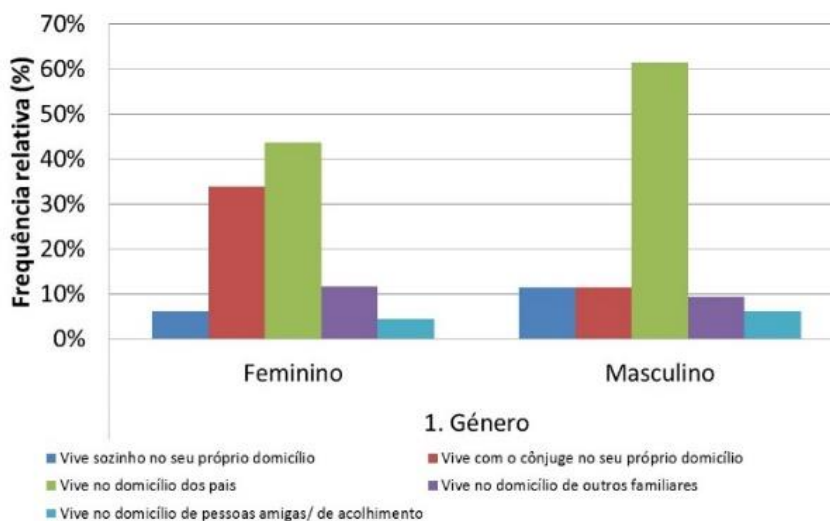


Gráfico 2: Relação entre o contexto de residência e o gênero.

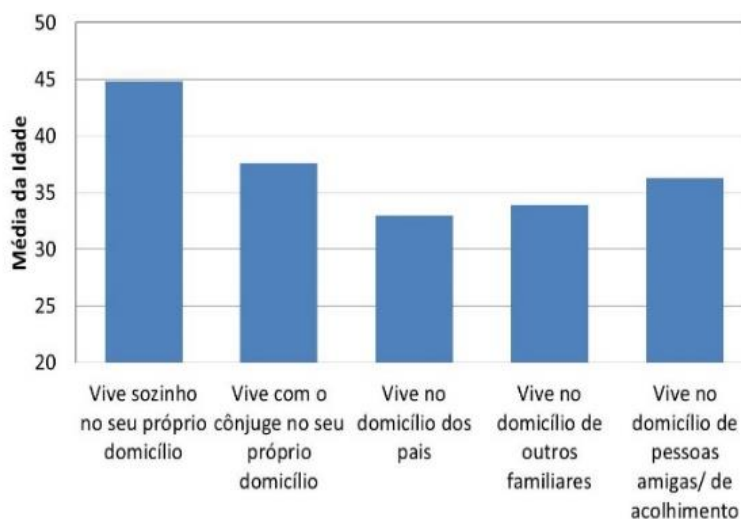


Gráfico 3: Relação entre o contexto de residência e a idade.

5.3.2 Caracterização da saúde oral/hábitos de higiene

Relativamente à condição oral, verificou-se que 32,9% dos indivíduos da amostra apresentavam menos de 20 dentes. Ainda assim, apenas 15% da totalidade dos indivíduos usava prótese dentária, sendo a sua utilização superior em indivíduos com idades mais avançadas ($U=1584,0$; $p<0,001$).

No que diz respeito aos hábitos de higiene oral, cerca de 21% dos indivíduos não faziam a higienização de uma forma diária. A utilização de escova manual e pasta dentífrica era de quase 100%, no entanto o uso de utensílios complementares, como fio dentário (7,1%) ou elixir (24,1%), era bastante reduzido. Para além disso, apenas 28,4% da amostra visitou o médico dentista nos últimos 6 meses, tal como é aconselhado para *check-ups* periódicos, e somente

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

18,8% afirmou, como motivo da última consulta, rotina ou aconselhamento médico, vide tabela 23.

Tabela 23: Caracterização da saúde oral e hábitos de higiene da amostra.

		N	%
Número de dentes naturais (n=240)	20 dentes ou mais	161	67,1
	10-19 dentes	42	17,5
	1-9 dentes	32	13,3
	Nenhum	5	2,1
Uso de prótese dentária (n=240)	Sim	36	15
	Não	204	85
Frequência de higiene oral (n=240)	Diariamente	191	79,6
	Ocasionalmente	45	18,8
	Nunca	4	1,7
Utensílios para higienização (n=240)	Escova elétrica	10	4,2
	Escova manual	230	95,8
	Palitos	4	1,7
	Pasta dentífrica	235	97,9
	Fio dentário	17	7,1
	Escovilhão	6	2,5
	Elixir bucal	58	24,1
	Raspador lingual	3	1,2
Tempo decorrido desde a última consulta (n=222)	Menos de 6 meses	63	28,4
	6 a 12 meses	30	13,5
	Entre 1 a 2 anos	47	21,2
	Entre 2 a 5 anos	23	10,4
	Há mais de 5 anos	43	19,4
	Nunca	16	7,2
Motivo da última visita (n=208)	Rotina/Aconselhamento	39	18,8
	Dor	101	48,6
	Início/continuidade de tratamento	68	32,7

Note-se ainda que a percentagem de indivíduos que foram a uma consulta de medicina dentária por motivo de rotina ou aconselhamento médico foi superior no género feminino ($\chi^2_{(2)}=6,531$; $p=0,038$) e nos indivíduos mais jovens ($\chi^2=7,51$; $p=0,023$). No que diz respeito às opções utilizadas na higienização, verificou-se que a percentagem de utilização de fio dentário foi, também ela, superior no género feminino ($U=6675,0$; $p=0,029$). Cf. gráficos 4-6.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

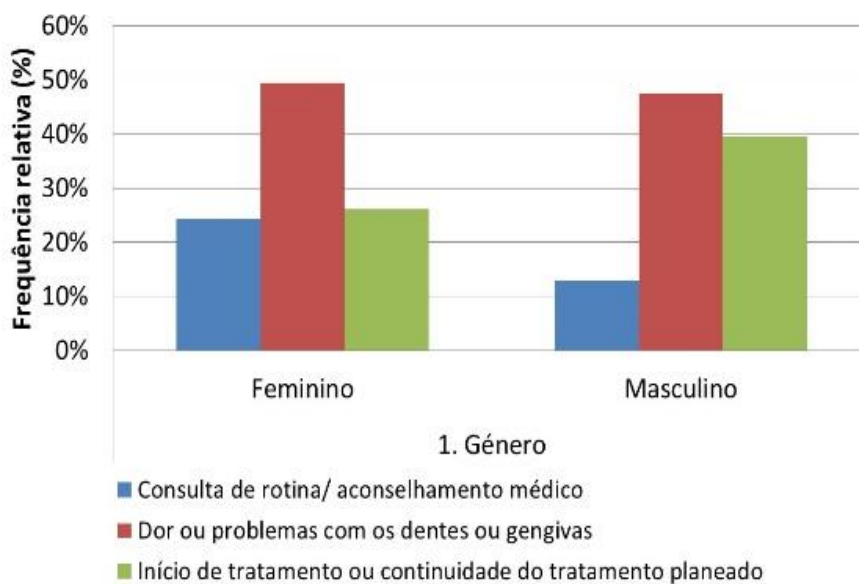


Gráfico 4: Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e o género.

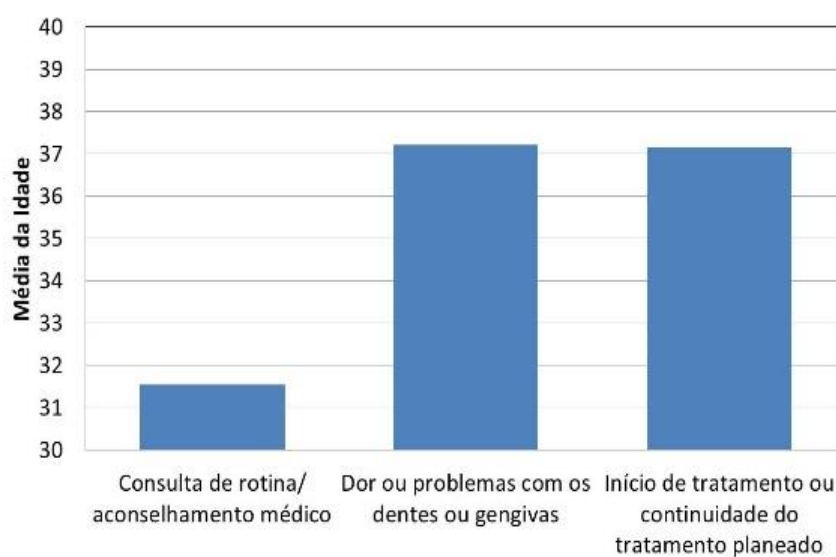


Gráfico 5: Relação entre o motivo da última visita ao médico dentista e a idade.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

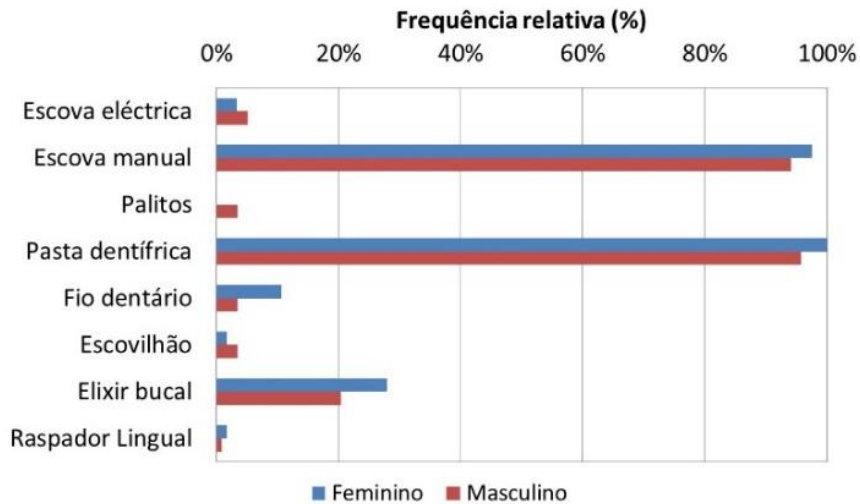


Gráfico 6: Relação entre as opções utilizadas para limpar os dentes e o género.

Saliente-se ainda a relação estatisticamente significativa observada entre o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista e a frequência de escovagem. De facto, a percentagem de indivíduos que foram a uma consulta do médico dentista há menos de 12 meses foi superior naqueles que higienizavam os dentes diariamente. Da mesma forma a percentagem de indivíduos que não foram a uma consulta do médico dentista há mais de 5 anos foi superior naqueles que afirmaram nunca lavar os dentes, seguidos dos que o fazem de forma ocasional ($\chi^2_{(4)}=14,959$; $p=0,005$). Cf. gráfico 7.

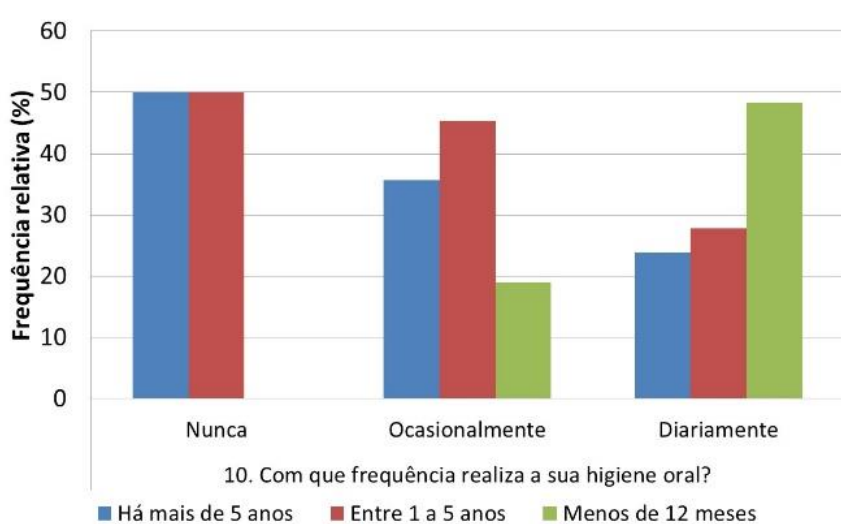


Gráfico 7: Relação entre o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista e a frequência com que realiza a higiene oral.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tais características de saúde oral/hábitos de higiene enfatizam a necessidade de medidas preventivas e justificam os elevados resultados obtidos no “Clinical Oral Prevention Index (COPI)”, como veremos mais adiante neste estudo.

5.3.3 Caracterização da autopercepção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas

Quanto à autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário, 75,2% da amostra afirmou sentir necessidade de algum tipo de tratamento médico-dentário, sendo esta percentagem superior no género feminino ($\chi^2_{(1)}=6,460$; $p=0,011$). No que diz respeito à autopercepção do estado dos dentes e gengivas, menos de metade (37,4%) da amostra descreveu a sua condição oral como boa ou superior, vide tabela 24 e gráfico 8.

Tabela 24: Caracterização da autopercepção da necessidade de tratamento e do estado dos dentes e gengivas da amostra.

		N	%
Autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário (n=226)	Não	56	24,8
	Sim	170	75,2
Autopercepção do estado dos dentes e gengivas (n=227)	Excelente	4	1,8
	Muito bom	6	2,6
	Bom	75	33,0
	Médio	88	38,8
	Fraco	31	13,7
	Muito fraco	23	10,1

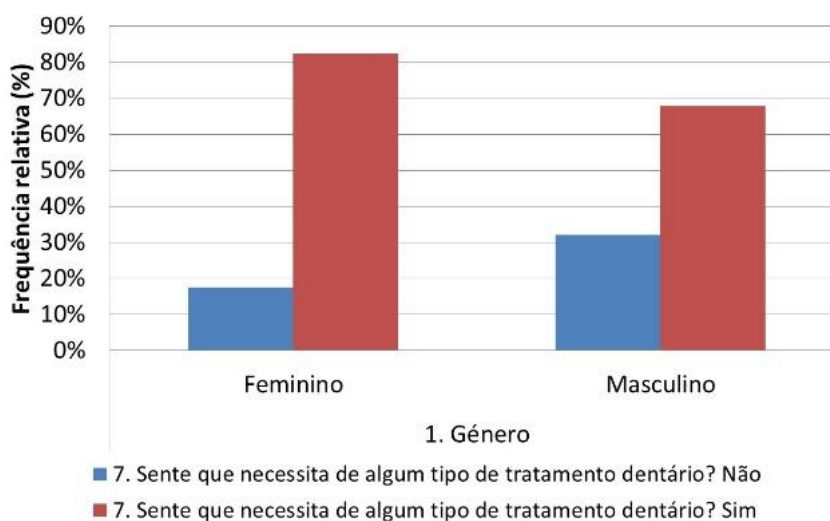


Gráfico 8: Relação entre a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e o género.

5.3.4 Caracterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos

Quanto aos hábitos alimentares, cerca de 73% da amostra afirmou consumir algum dos alimentos cariogénicos indicados na pergunta 14 do questionário de saúde oral, pelo menos uma vez por semana.

Verificámos também que 24,2% da amostra era fumadora e 24% afirmou ter consumido bebidas alcoólicas no último mês. Na amostra, a percentagem de fumadores e a média de consumo de bebidas alcoólicas foram superiores para o género masculino ($\chi^2_{(1)}=11,996$; $p=0,001$) e ($U=5542,0$; $p<0,001$) respetivamente, vide tabela 25 e gráficos 9 e 10.

Tabela 25: Caracterização dos hábitos alimentares/tabágicos/alcoólicos da amostra.

		N	%
Hábitos alimentares (n=240)	Fruta	205	85,4
	Alimentos cariogénicos	175	72,9
Fumar (n=240)	Não	182	75,8
	Sim	58	24,2
Consumo de bebidas alcoólicas (n=240)	Menos de 1	15	6,3
	1	15	6,3
	2	9	3,8
	3	5	2,1
	4	3	1,3
	5 ou mais	10	4,2
	Não consumi	183	76,3

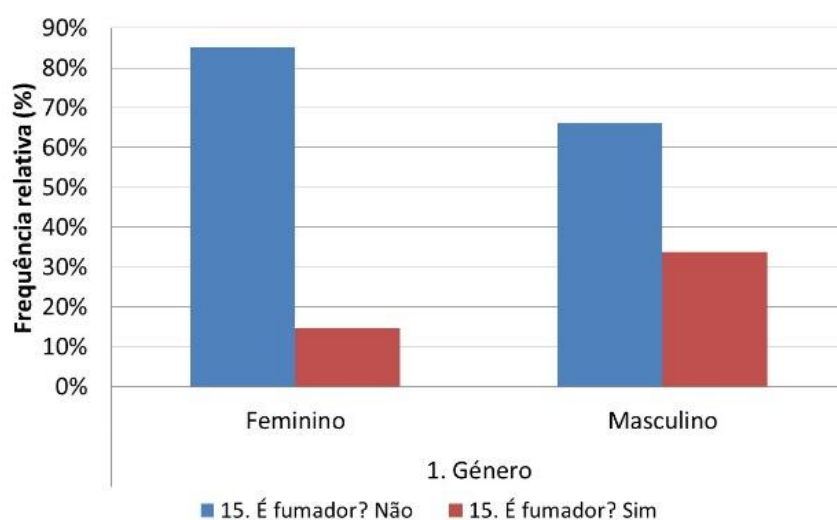


Gráfico 9: Relação entre ser fumador e o género.

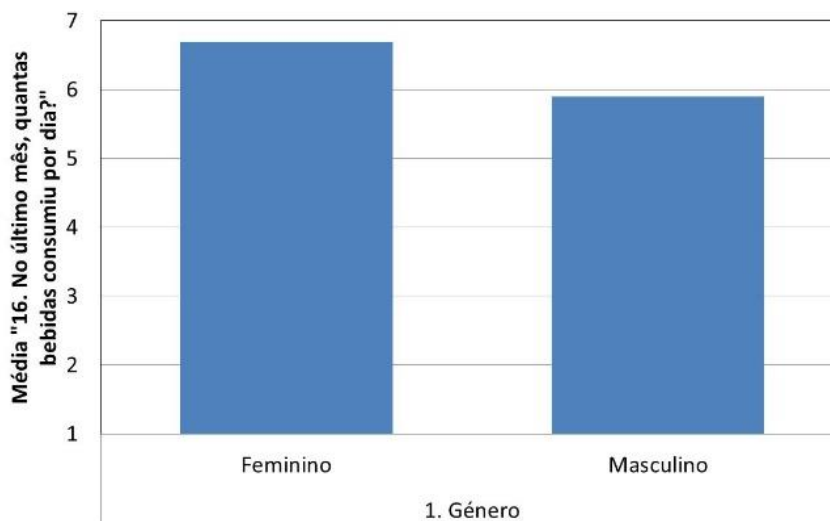


Gráfico 10: Relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e o gênero (escala de medida invertida).

5.4 Influência dos hábitos de higiene oral, alimentares, tabágicos e alcoólicos na qualidade de vida e na saúde oral

5.4.1 Frequência de escovagem

Na escala global OHIP-14-MID-PT não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida mediante a frequência de escovagem dentária ($\chi^2=5,18$, $p=0,075$). Ainda assim, o valor médio do OHIP-14-MID-PT foi superior em quem nunca escovava os dentes ($M=14,25$; $DP=10,78$), e em quem o fazia de forma ocasional ($M=12,10$; $DP=11,74$), comparativamente a quem realizava uma escovagem diária ($M=9,39$; $DP=10,54$). Ou seja, apesar da qualidade de vida não diferir significativamente entre as três categorias de higiene oral, esta apresentava melhores resultados com o aumento da frequência da escovagem dentária.

Já no que diz respeito aos resultados do exame clínico, verificámos que a percentagem de “um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde” - COHI nível 2 - era superior em quem nunca fazia a escovagem dentária, enquanto que a percentagem de “ausência de problemas” - COHI nível 0 -, ou de “problemas com baixo a moderado impacto na saúde” - COHI nível 1 -, era superior em quem fazia a escovagem diária ($\chi^2_{(4)}=14,088$; $p=0,007$). Cf. gráfico 11.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

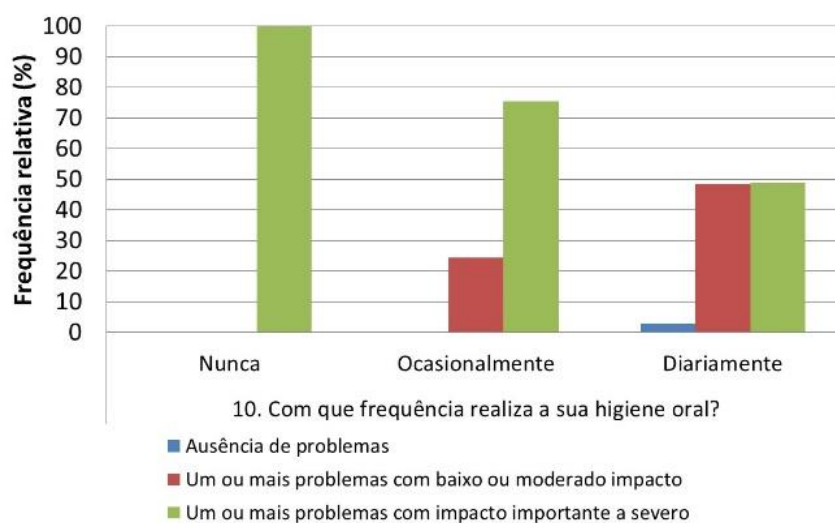


Gráfico 11: Relação entre o Clinical Oral Health Index e a frequência com que realiza a higiene oral.

Da mesma forma, a percentagem de “ausência de necessidade de observação/tratamento” - COCNI nível 0 - apenas se verificou em quem fazia a escovagem dentária de forma diária, enquanto que a “necessidade de observação/tratamento urgente” - COCNI nível 3 - foi superior em quem afirmou nunca higienizar os dentes ($\chi^2_{(6)}=31,243$; $p<0,001$).

Na amostra, a percentagem de “ausência de necessidade de ações educativas/preventivas de saúde oral” - COPI nível 0 - foi superior em quem fazia a higienização diária, enquanto que a “necessidade de pelo menos uma medida de atuação educativa/preventiva” - COPI nível 1 - foi superior em quem nunca fazia a higiene oral, seguindo-se quem o fazia de forma ocasional ($\chi^2_{(2)}=5,814$; $p=0,055$). Cf. gráficos 12 e 13.

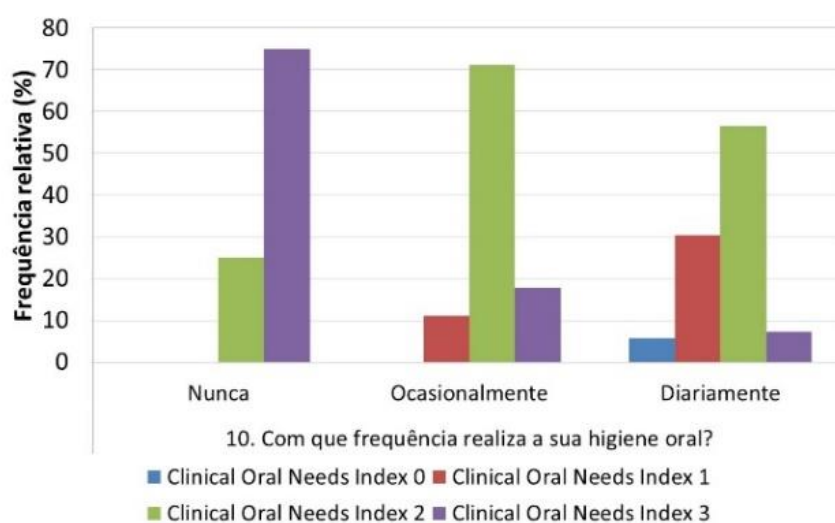


Gráfico 12: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e a frequência com que realiza a higiene oral.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

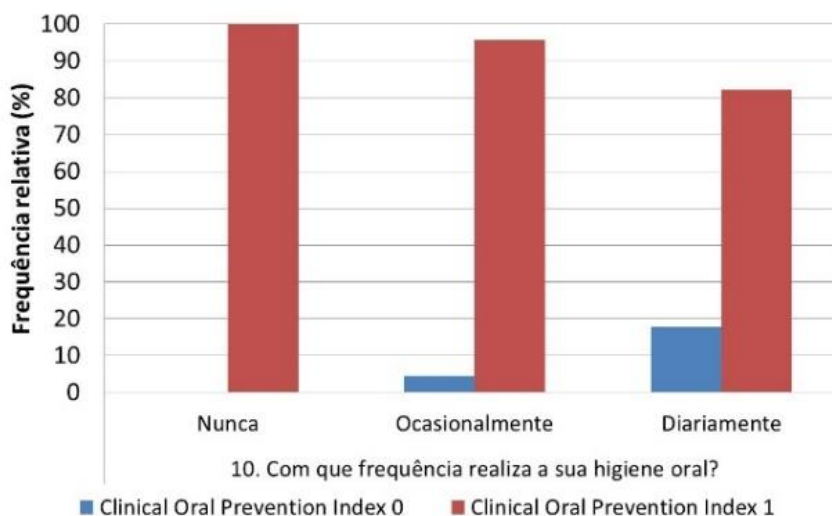


Gráfico 13: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e a frequência com que realiza a higiene oral.

5.4.2 Métodos de escovagem

Quanto às opções utilizadas para levar a cabo o processo de higienização e ao seu impacto na qualidade de vida, apenas se verificou uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a dimensão “3. desconforto psicológico” e a utilização de escova elétrica, o que significa que quem utilizava escova elétrica tinha uma melhor autopercepção da qualidade de vida nesta dimensão ($p=0,038$).

Já nos resultados do exame clínico, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na utilização do fio dentário, entre os indivíduos com COHI nível 0, nível 1 ou nível 2, sendo a utilização de fio dentário superior em quem não apresentava problemas de saúde oral ($\chi^2=9,66$; $p=0,008$). O mesmo aconteceu em relação aos índices COCNI e COPI, uma vez que os indivíduos que utilizavam fio dentário apresentavam menores necessidades de tratamento ($\chi^2=8,86$; $p=0,031$) e menores necessidades de medidas de atuação educativa/preventiva ($U=3258,0$; $p=0,015$) do que aqueles que não usavam.

5.4.3 Frequência de consultas dentárias

Relativamente à frequência de consultas médico-dentárias e à sua influência na qualidade de vida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos resultados do questionário OHIP-14-MID-PT ($\chi^2=0,29$; $p=0,867$).

Já no exame clínico, verificou-se que a percentagem de COHI nível 2 foi superior em quem não ia a uma consulta de medicina dentária há mais de 5 anos, enquanto que a

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

percentagem de COHI nível 0 e nível 1 foi superior em quem tinha sido consultado há menos de 12 meses ($\chi^2_{(4)}=17,421$; $p=0,002$). Cf. gráfico 14.

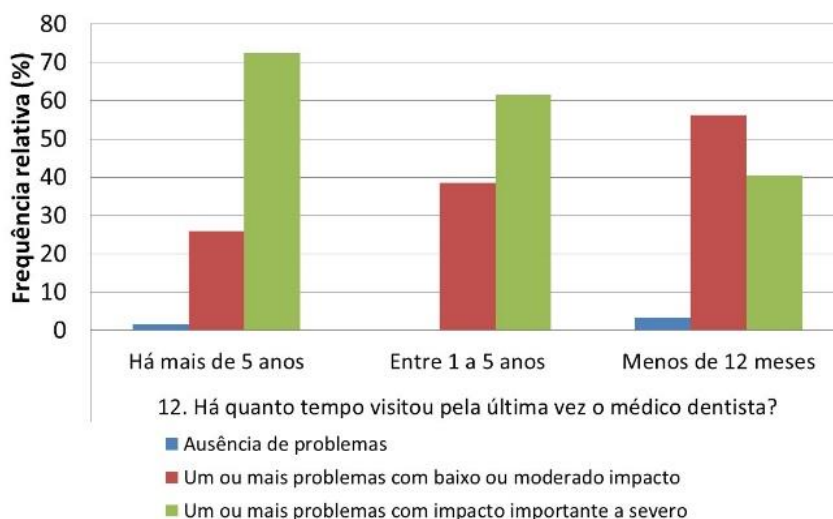


Gráfico 14: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.

O mesmo acontece em relação às necessidades de tratamento observadas. A percentagem de COCNI nível 3 foi superior em quem não ia a uma consulta de medicina dentária há mais de 5 anos, enquanto que a percentagem de COCNI nível 0 e nível 1 foi superior em quem tinha ido ao médico dentista há menos de 12 meses ($\chi^2_{(6)}=29,719$; $p<0,001$).

Na amostra, a percentagem de COPI nível 0 foi superior em quem tinha estado no médico dentista há menos de 12 meses, enquanto que a percentagem de COPI nível 1 foi superior em quem tinha ido ao médico dentista no espaço de 1 a 5 anos ou há mais de 5 anos, não sendo, contudo, as diferenças observadas estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)}=3,872$; $p=0,144$). Cf. gráficos 15 e 16.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

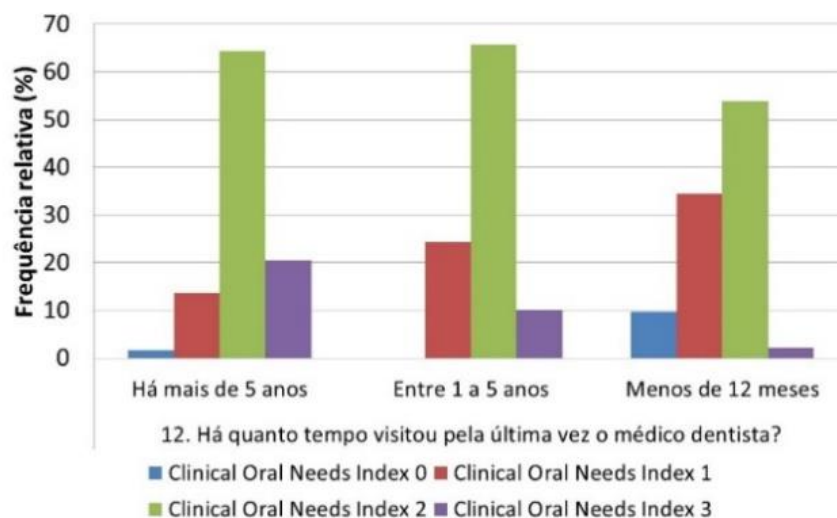


Gráfico 15: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.

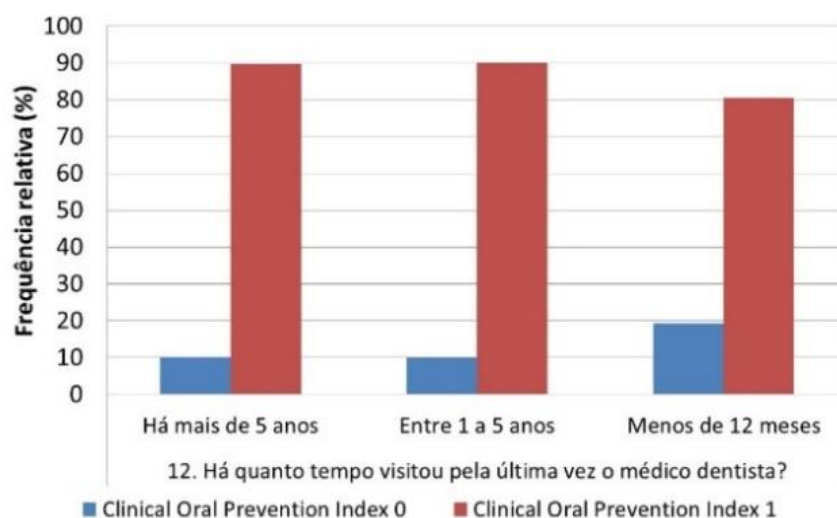


Gráfico 16: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista.

5.4.4 Motivo da consulta

Já no que se refere ao motivo da última visita ao médico dentista e à sua influência na qualidade de vida, observaram-se diferenças estatisticamente significativas somente nas dimensões “2. dor física” ($p=0,008$) e “6. incapacidade social” ($p=0,025$) do questionário OHIP-14-MID-PT, sendo os valores superiores (percepção da qualidade de vida inferior) nos participantes que tinham consultado o médico dentista por motivo de dor ou outros problemas orais.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

No exame clínico, a percentagem de “ausência de problemas” ou de “um ou mais problemas com baixo a moderado impacto na saúde” foi superior em quem foi pela última vez ao médico dentista por motivo de consulta de rotina/aconselhamento médico, enquanto que a percentagem de “um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde” foi superior em quem recorreu ao médico dentista por motivo de dor ou outros problemas com os dentes e gengivas, não sendo, contudo, as diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(4)}=4,790$; $p=0,310$). Cf. gráfico 17.

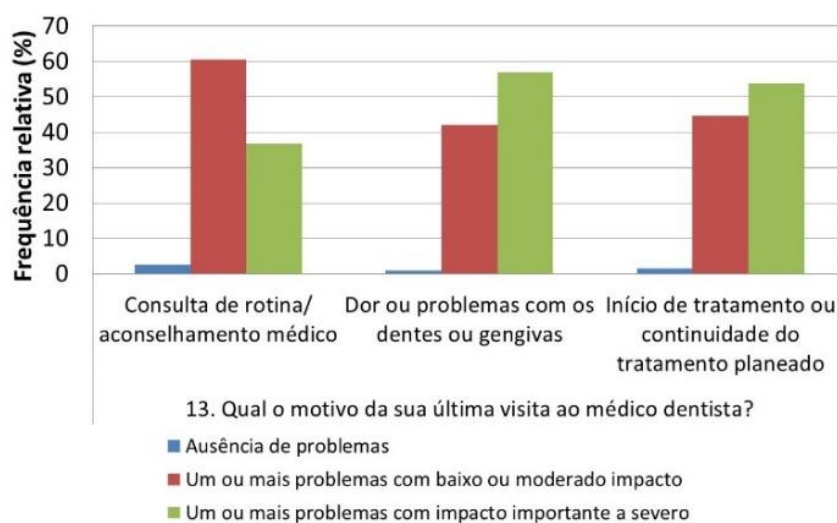


Gráfico 17: Relação entre Clinical Oral Health Index e o motivo da última visita ao médico dentista.

Também em relação às necessidades de tratamento, embora a percentagem de COCNI nível 0 tenha sido superior em quem consultou o médico dentista por rotina/aconselhamento médico, e inferior em quem só consultou o médico dentista por motivo de dor, as diferenças não foram estatisticamente significativas ($\chi^2_{(4)}=3,217$; $p=0,781$). Relativamente às necessidades de medidas de atuação preventiva/educativa, estas assumem uma percentagem semelhante e não estatisticamente significativa ($\chi^2_{(2)}=0,206$; $p=0,902$), independentemente do motivo da consulta. Cf. gráficos 18 e 19.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

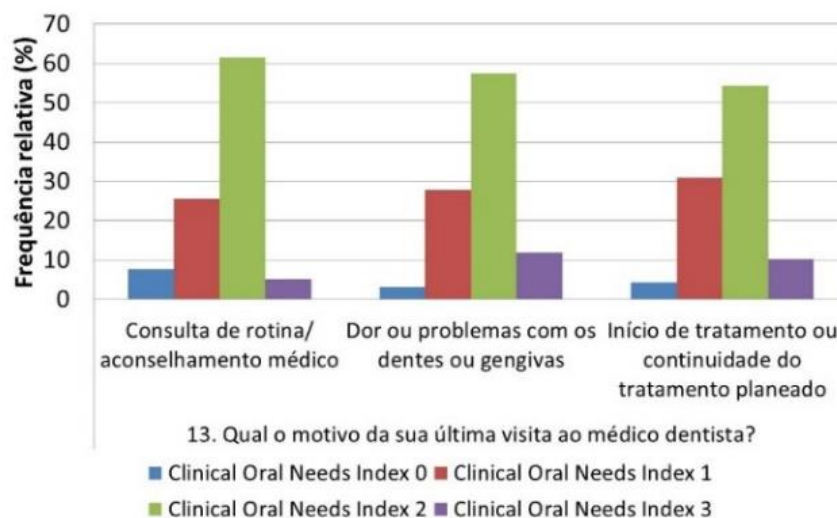


Gráfico 18: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o motivo da última visita ao médico dentista.

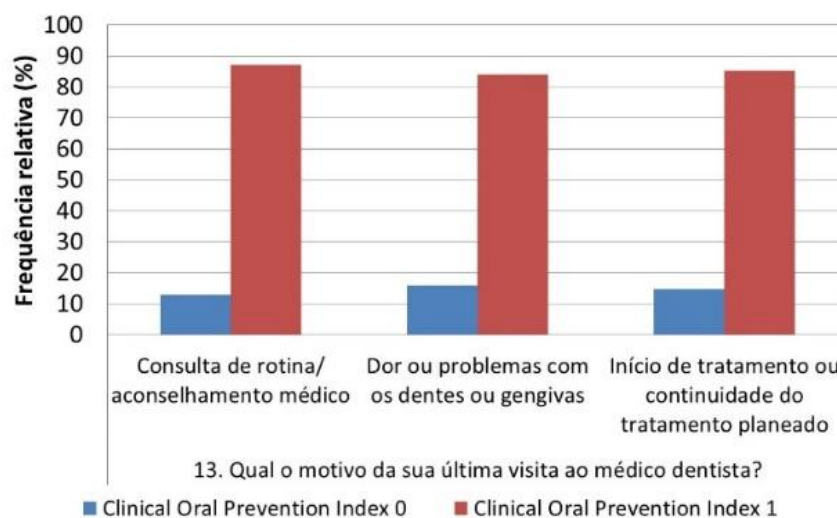


Gráfico 19: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o motivo da última visita ao médico dentista.

5.4.5 Hábitos alimentares

No que concerne à influência dos hábitos alimentares na saúde oral e na qualidade de vida, verificaram-se correlações negativas estatisticamente significativas assinaladas com “Frutas frescas”, o que demonstra que quem consome mais estes alimentos tem uma autopercepção superior da qualidade de vida na escala OHIP-14-MID-PT e nas dimensões assinaladas, vide tabela 26.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Para além disso, verificaram-se correlações positivas estatisticamente significativas assinaladas com “Biscoitos e bolos”, “Pastilhas com açúcar”, “Doces/guloseimas”, “Refrigerantes” e “Café com açúcar”, o que significa que quem consome mais estes alimentos tem uma menor autopercepção da qualidade de vida na escala e nas dimensões assinaladas, vide tabela 26.

Tabela 26: Correlação de Pearson. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a frequência com que consome determinados alimentos.

		Frutas frescas	Biscoitos e bolos	Geleias mel	Pastilhas c/ açúcar	Doces/guloseimas	Refrigerantes	Chá c/ açúcar	Café c/ açúcar
OHIP-14-MID-PT	r	-,134(*)	,146(*)	-,123	,209(**)	,198(**)	,203(**)	,131	,184(**)
	P	,046	,029	,069	,002	,003	,002	,052	,006
	N	221	221	221	221	221	221	221	221
1. Limitação funcional	r	-,030	,069	-,073	,122	,094	,052	,113	,071
	P	,642	,293	,267	,062	,152	,431	,083	,277
	N	235	235	235	235	235	235	235	235
2. Dor física	r	-,189(**)	,138(*)	-,085	,187(**)	,233(**)	,206(**)	,109	,110
	P	,003	,033	,189	,004	,000	,001	,092	,089
	N	239	239	239	239	239	239	239	239
3. Desconforto psicológico	r	-,186(**)	,141(*)	-,113	,234(**)	,205(**)	,158(*)	,112	,161(*)
	P	,004	,031	,083	,000	,002	,016	,086	,014
	N	235	235	235	235	235	235	235	235
4. Incapacidade física	r	-,136(*)	,121	-,081	,198(**)	,128(*)	,137(*)	,179(**)	,146(*)
	P	,036	,062	,213	,002	,048	,035	,006	,024
	N	239	239	239	239	239	239	239	239
5. Incapacidade psicológica	r	-,173(**)	,131(*)	-,176(**)	,294(**)	,181(**)	,198(**)	,054	,218(**)
	P	,008	,043	,006	,000	,005	,002	,409	,001
	N	238	238	238	238	238	238	238	238
6. Incapacidade social	r	-,147(*)	,052	-,176(**)	,202(**)	,161(*)	,178(**)	,098	,094
	P	,025	,423	,007	,002	,014	,006	,135	,153
	N	235	235	235	235	235	235	235	235
7. Desvantagem	r	-,149(*)	,087	-,130(*)	,176(**)	,163(*)	,123	,113	,122
	P	,022	,181	,045	,007	,012	,057	,083	,059
	N	238	238	238	238	238	238	238	238

* p<0,05

** p<0,01

Ainda assim, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas dignas de registo entre os hábitos alimentares e os resultados do exame clínico (p>0,05).

5.4.6 Hábitos tabágicos e alcoólicos

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, verificaram-se, na escala global OHIP-14-MID-PT, diferenças estatisticamente significativas entre os não fumadores e os fumadores, sendo a qualidade de vida percecionada como superior pelos não fumadores, vide tabela 27. Relativamente ao impacto do consumo de álcool na qualidade de vida e nos resultados do exame clínico, não se verificaram quaisquer diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 27: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e ser fumador.

	É fumador?	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
OHIP-14-MID-PT	Não	171	8,82	9,685	3270,5	* 0,011
	Sim	50	13,92	13,292		
1. Limitação funcional	Não	181	1,17	1,701	4660	0,562
	Sim	54	1,41	1,938		
2. Dor física	Não	181	2,18	1,961	4331	* 0,040
	Sim	58	2,88	2,295		
3. Desconforto psicológico	Não	178	1,53	2,017	3660,5	** 0,001
	Sim	57	2,72	2,548		
4. Incapacidade física	Não	181	1,25	1,838	3365	** 0,000
	Sim	58	2,76	2,466		
5. Incapacidade psicológica	Não	180	1,40	1,962	3364	** 0,000
	Sim	58	2,78	2,271		
6. Incapacidade social	Não	180	,74	1,529	4258,5	* 0,048
	Sim	55	1,45	2,243		
7. Desvantagem	Não	181	,64	1,361	4379,5	* 0,027
	Sim	57	1,26	2,057		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

No exame clínico, observámos que a percentagem de COHI nível 2 foi superior nos fumadores, enquanto que a percentagem de COHI nível 0 e nível 1 foi superior nos não fumadores ($\chi^2_{(2)}=14,665$; $p=0,001$), Cf. gráfico 20.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

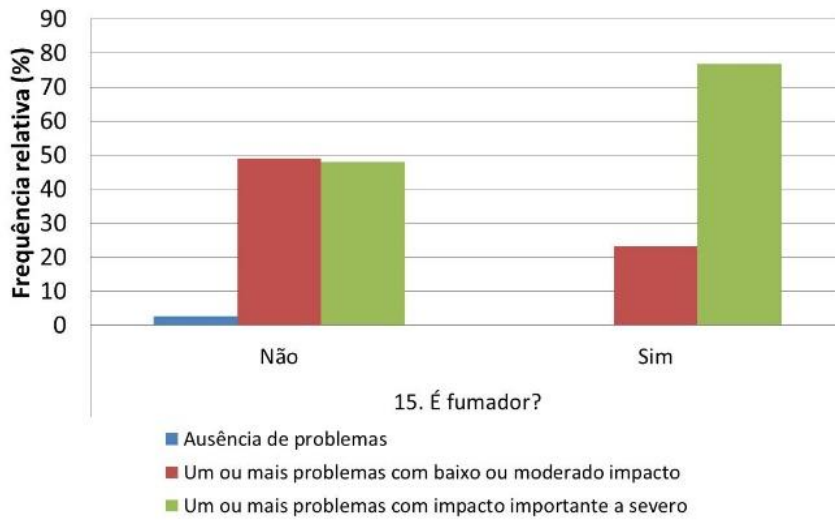


Gráfico 20: Relação entre o Clinical Oral Health Index e ser fumador.

O mesmo aconteceu em relação às necessidades de tratamento e de medidas de atuação educativa/preventiva. A percentagem de COCNI nível 2 e de COCNI nível 3 foi superior nos fumadores, enquanto que a percentagem de COCNI nível 0 e nível 1 foi superior nos não fumadores ($\chi^2_{(3)}=16,597$; $p=0,001$). A percentagem de COPI nível 0 foi também ela mais elevada nos não fumadores, enquanto que COPI nível 1 foi superior nos fumadores ($\chi^2_{(1)}=8,005$; $p=0,005$). Cf. gráficos 21 e 22.

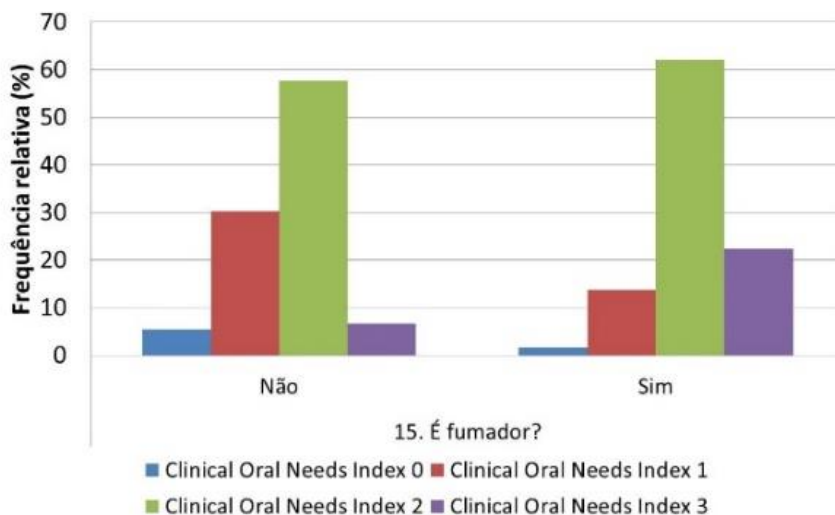


Gráfico 21: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e ser fumador.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

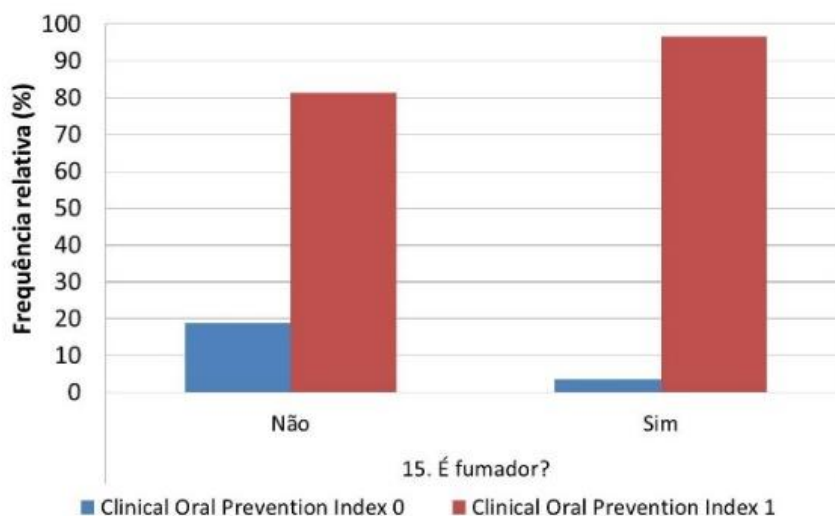


Gráfico 22: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e ser fumador.

5.5 Análise da condição oral (COHI), das necessidades de tratamento (COCNI) e das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias (COPI)

5.5.1 Clinical Oral Health Index - Avaliação da condição oral

54,9% da amostra apresentou, aquando do exame clínico, “um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde” - COHI nível 2; 43% apresentou “um ou mais problemas com baixo a moderado impacto na saúde” - COHI nível 1; e somente 2,1% da amostra apresentou “ausência de problemas orais” - COHI nível 0, cf. tabela 28.

Tabela 28: Frequências do Clinical Oral Health Index.

	Frequência	Percentagem
Ausência de problemas	5	2,1
Um ou mais problemas com baixo a moderado impacto	101	43,0
Um ou mais problemas com impacto importante a severo	129	54,9
Total	235	100,0

Verificaram-se 5 respostas “Indeterminado - próteses dentárias totais”, que correspondem a 2,1% da amostra e que não foram tratadas.

A maior preocupação com a higiene oral por parte do género feminino, que pudemos inferir da análise das variáveis de saúde/higiene oral anteriormente descritas, reflete-se nos resultados obtidos no exame clínico. De facto, a percentagem de COHI nível 0 e de COHI nível

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

1 foi mais elevada no género feminino, enquanto a percentagem de COHI nível 2 foi superior no género masculino ($\chi^2_{(2)}=6,302$; $p=0,043$). Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=14,65$; $p=0,001$) entre a média de idades e o estado de saúde oral observado no exame clínico, sendo a média de idades superior em quem tem problemas de impacto importante a severo - COHI nível 2. Cf. gráficos 23 e 24.

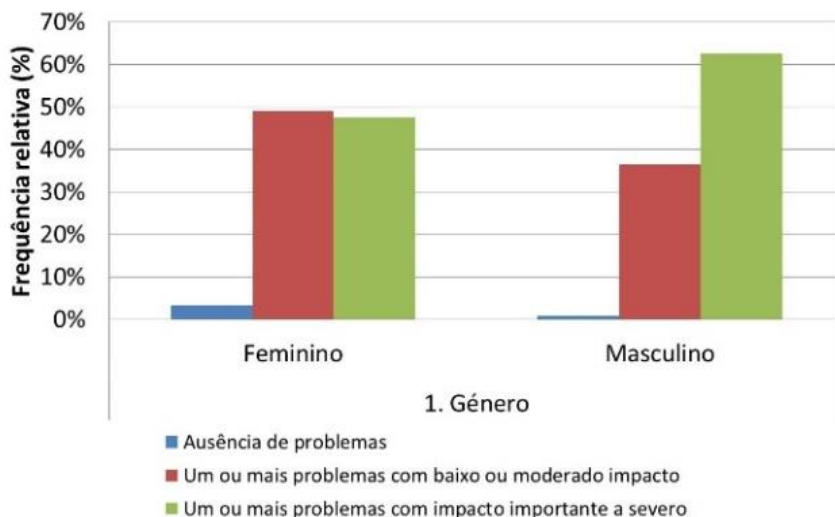


Gráfico 23: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o género.

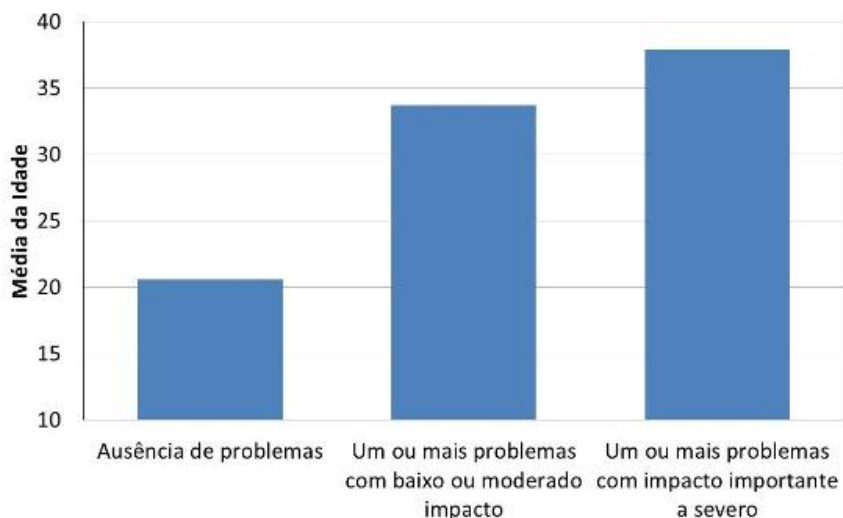


Gráfico 24: Relação entre o Clinical Oral Health Index e a idade.

5.5.2 Clinical Oral Care Needs Index - Avaliação das necessidades de tratamento

Relativamente às necessidades de tratamento, verificou-se que 10,4% dos indivíduos da amostra necessitavam de cuidados ou observação urgente - COCNI nível 3; 58,8% necessitavam

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

de cuidados ou observação - COCNI nível 2; 26,3% precisavam de ser observados - COCNI nível 1; e somente 4,6% dos indivíduos não necessitavam de cuidados ou observação, cf. tabela 29.

Tabela 29: Frequências do Clinical Oral Care Needs Index.

	Frequência	Porcentagem
0	11	4,6
1	63	26,3
2	141	58,8
3	25	10,4
Total	240	100,0

Foi também no gênero feminino que encontramos melhores resultados no que diz respeito às necessidades de tratamento médico-dentário ($\chi^2_{(3)}=12,137$; $p=0,007$). Cf. gráfico 25.

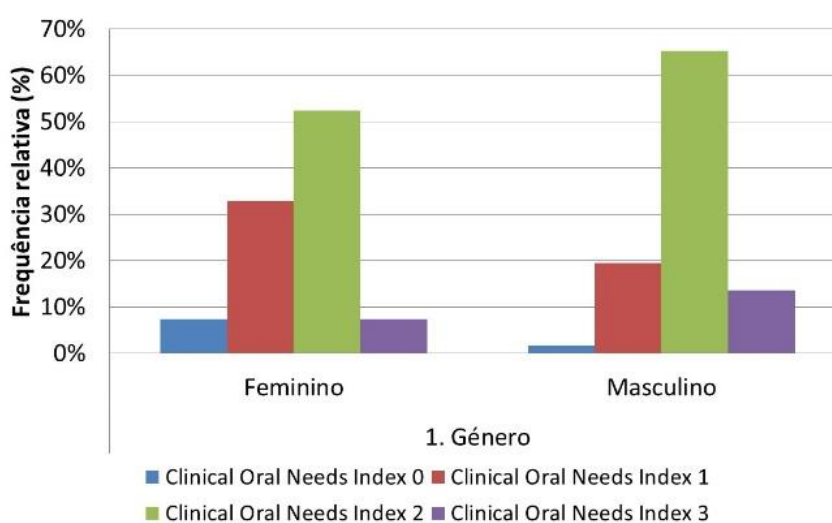


Gráfico 25: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e o gênero.

5.5.3 Clinical Oral Prevention Index - Avaliação das medidas de atuação preventiva/educativa necessárias

No que diz respeito à necessidade de alguma medida preventiva/educativa em saúde oral, verificou-se que 85% da amostra apresentava essa necessidade, cf. tabela 30.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 30: Frequências do Clinical Oral Prevention Index.

	Frequência	Porcentagem
0	36	15,0
1	204	85,0
Total	240	100,0

Mais uma vez é no género feminino que verificamos menor necessidade de ações educativas/preventivas ($\chi^2_{(1)}=7,752$; $p=0,005$). Cf. gráfico 26.

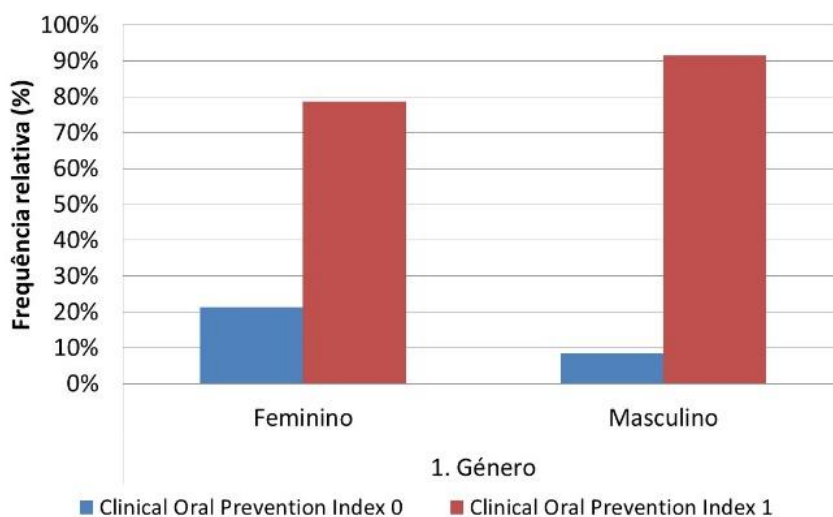


Gráfico 26: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e o género.

5.6 Análise das diferenças na qualidade de vida e na saúde oral entre indivíduos institucionalizados e não institucionalizados

No que se refere à qualidade de vida, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala global OHIP-14-MID-PT entre indivíduos institucionalizados e não institucionalizados, sendo a qualidade de vida percebida como superior pelos institucionalizados, vide tabela 31.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 31: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o tipo de vínculo com a instituição.

	Q4	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
OHIP-14-MID-PT	Institucionalizado	29	6,14	9,176	1955,5	** 0,010
	Não institucionalizado	192	10,56	10,916		
1. Limitação funcional	Institucionalizado	32	1,19	1,786	3204,5	0,892
	Não institucionalizado	203	1,23	1,757		
2. Dor física	Institucionalizado	32	1,94	1,865	2891,5	0,237
	Não institucionalizado	207	2,41	2,090		
3. Desconforto psicológico	Institucionalizado	31	,94	1,569	2425,5	* 0,025
	Não institucionalizado	204	1,95	2,267		
4. Incapacidade física	Institucionalizado	32	1,44	2,184	3070,5	0,471
	Não institucionalizado	207	1,64	2,097		
5. Incapacidade psicológica	Institucionalizado	32	,50	1,191	2025	** 0,000
	Não institucionalizado	206	1,93	2,171		
6. Incapacidade social	Institucionalizado	30	,43	1,278	2557,5	0,060
	Não institucionalizado	205	,98	1,793		
7. Desvantagem	Institucionalizado	32	,50	1,164	2991	0,278
	Não institucionalizado	206	,83	1,627		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

Da mesma forma, verificou-se uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a escala OHIP-14-MID-PT e os anos de vínculo com a instituição, mostrando que a qualidade de vida é percebida como superior pelos indivíduos institucionalizados há mais anos, vide tabela 32.

Tabela 32: Correlação de Pearson. Relações entre o OHIP-14-MID-PT e os anos de vínculo com a instituição.

		3. Anos de vínculo com a instituição
OHIP-14-MID-PT	R	-,219(**)
	P	,003
	N	179
1. Limitação funcional	R	-,089
	P	,220
	N	190
2. Dor física	R	-,245(**)
	P	,001
	N	194
3. Desconforto psicológico	R	-,256(**)
	P	,000
	N	190

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

4. Incapacidade física	R	-,078
	P	,277
	N	195
5. Incapacidade psicológica	R	-,266(**)
	P	,000
	N	193
6. Incapacidade social	R	-,136
	P	,060
	N	192
7. Desvantagem	R	-,186(**)
	P	,009
	N	194

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Ainda de salientar, é a correlação positiva estatisticamente significativa observada entre os anos de vínculo com a instituição e a questão “9. Como descreveria o estado dos seus dentes e gengivas?”, demonstrando que os indivíduos vinculados há mais tempo à instituição tinham uma autopercepção mais positiva do estado dos seus dentes e gengivas, cf. tabela 33.

Tabela 33: Correlação de Pearson. Relação entre a autopercepção do estado dos dentes e gengivas e os anos de vínculo com a instituição.

		9. Como descreveria o estado dos seus dentes e gengivas?
3. Anos de vínculo com a instituição	Coef. Correlação	,209(**)
	Valor de prova	,005
	N	183

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

A média de anos de vínculo com a instituição também foi, de igual forma, superior nos indivíduos que afirmavam não sentir necessidade de tratamento médico-dentário ($U=2230,0$; $p=0,007$). Cf. gráfico 27.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

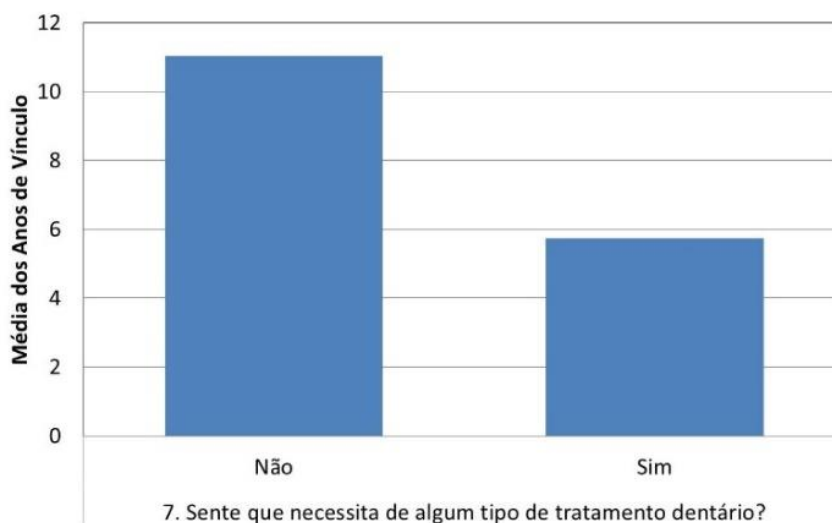


Gráfico 27: Relação entre a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e os anos de vínculo com a instituição.

No exame clínico, a percentagem de um ou mais problemas com baixo a moderado impacto na saúde foi superior nos indivíduos institucionalizados, enquanto que a percentagem de um ou mais problemas com impacto importante a severo foi superior nos indivíduos não institucionalizados, não sendo, contudo, as diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(2)}=3,743$; $p=0,154$).

Também nas necessidades de tratamento e de medidas de atuação educativa/preventiva não se observaram diferenças estatisticamente significativas em função da institucionalização ($\chi^2_{(3)}=7,302$; $p=0,063$) e ($\chi^2_{(1)}=2,896$; $p=0,089$), respetivamente. Ainda assim, foi possível observar que as percentagens de COCNI nível 0 e nível 1 foram mais elevadas em indivíduos institucionalizados e que as percentagens de COCNI nível 2 e nível 3 foram superiores em não institucionalizados. Da mesma forma, nas necessidades de medidas de atuação educativa/preventiva, a percentagem de COPI nível 0 foi superior nos participantes institucionalizados e de COPI nível 1 nos não institucionalizados.

Note-se ainda que, no exame clínico, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do COHI ($\chi^2=1,989$; $p=0,370$), COCNI ($\chi^2=2,518$; $p=0,472$), e COPI ($\chi^2=2,138$; $p=0,160$), e os anos de vínculo com a instituição.

Em relação às variáveis de higiene e saúde oral, verificámos somente diferenças estatisticamente significativas entre as idas ao consultório médico-dentário e a institucionalização. De facto, a percentagem de indivíduos que consultaram o médico dentista há menos de 12 meses foi mais elevada em quem se encontrava institucionalizado, e a percentagem de pessoas que foi há mais de 5 anos e entre 1 e 5 anos era superior em quem não estava institucionalizado ($\chi^2_{(2)}=13,261$; $p=0,001$). Cf. gráfico 28.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

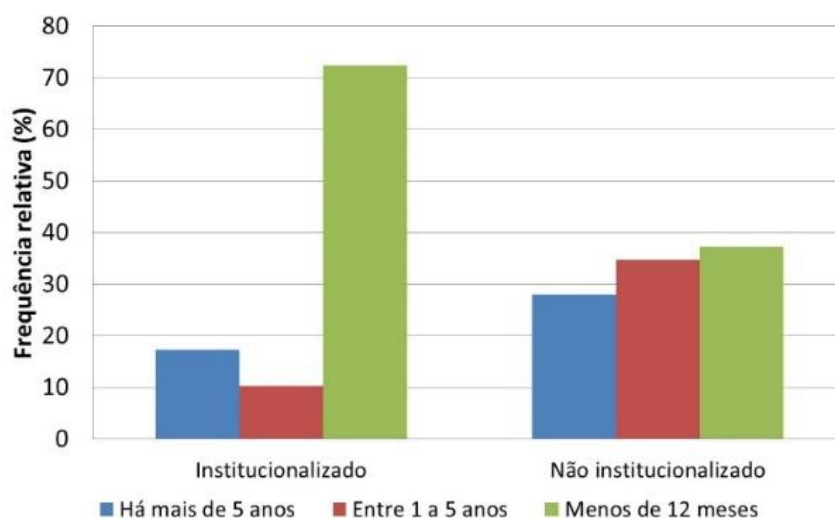


Gráfico 28: Relação entre o tempo decorrido desde a última visita ao médico dentista e o tipo de vínculo com a instituição.

Apresentam-se ainda as diferenças observadas na qualidade de vida e no exame clínico dos indivíduos não institucionalizados mediante os seus diferentes contextos de autonomia.

Na qualidade de vida percebida pelos indivíduos não institucionalizados, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na escala global OHIP-14-MID-PT entre os diferentes contextos de autonomia, sendo a qualidade de vida percebida como superior por quem vivia com outros familiares ou com os pais, em comparação com os que viviam sozinhos, com o cônjuge ou com amigos/família de acolhimento, vide tabela 34.

Tabela 34: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e a residência.

	5. Residência	N	Média	Desvio Padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14-MID-PT	sozinho	18	17,22	13,22	22,39	** 0,000
	com o cônjuge	43	14,33	11,96		
	com os pais	101	8,26	9,28		
	outros familiares	20	6,25	8,94		
	amigos/ acolhimento	10	14,20	11,54		
1. Limitação funcional	sozinho	18	2,17	2,12	11,93	* 0,018
	com o cônjuge	46	1,43	1,64		
	com os pais	108	1,03	1,61		
	outros familiares	21	0,76	2,02		
	amigos/ acolhimento	10	1,70	2,06		

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

2. Dor física	Sozinho	18	3,06	1,98	19,16	** 0,001
	com o cônjuge	49	3,39	2,13		
	com os pais	107	1,89	1,90		
	outros familiares	22	2,23	2,29		
	amigos/ acolhimento	11	2,45	1,92		
3. Desconforto psicológico	sozinho	18	3,06	2,55	19,93	** 0,001
	com o cônjuge	47	2,83	2,44		
	com os pais	106	1,41	1,98		
	outros familiares	22	1,41	2,17		
	amigos/ acolhimento	11	2,73	2,10		
4. Incapacidade física	sozinho	18	2,83	2,33	13,41	** 0,009
	com o cônjuge	48	2,15	2,23		
	com os pais	108	1,30	1,89		
	outros familiares	22	1,36	2,22		
	amigos/ acolhimento	11	1,45	2,02		
5. Incapacidade psicológica	sozinho	18	3,00	2,20	16,52	** 0,002
	com o cônjuge	49	2,51	2,26		
	com os pais	106	1,50	1,99		
	outros familiares	22	1,41	2,20		
	amigos/ acolhimento	11	2,73	2,28		
6. Incapacidade social	sozinho	18	1,67	2,25	7,45	0,114
	com o cônjuge	49	1,27	1,98		
	com os pais	106	0,74	1,52		
	outros familiares	21	0,62	1,43		
	amigos/ acolhimento	11	1,64	2,69		
7. Desvantagem	sozinho	18	1,44	2,20	5,71	0,222
	com o cônjuge	47	1,11	1,95		
	com os pais	108	0,65	1,33		
	outros familiares	22	0,36	0,95		
	amigos/ acolhimento	11	1,45	2,34		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Note-se ainda que a percentagem de indivíduos que sentiram necessidade de algum tipo de tratamento médico-dentário foi, também ela, superior em quem vivia sozinho ou com o cônjuge, enquanto a percentagem de indivíduos que não sentiam necessidade de tratamento foi superior em quem vivia no domicílio dos pais ($\chi^2_{(4)}=13,920$; $p=0,008$). A média da auto percepção do estado dos dentes e gengivas foi mais positiva em quem vivia com os pais e outros familiares, comparativamente a quem vivia com amigos/famílias de acolhimento, sozinho, ou com o cônjuge ($\chi^2=18,718$; $p=0,001$). Cf. gráficos 29 e 30.



Gráfico 29: Relação entre a auto percepção da necessidade de tratamento médico-dentário e a residência.

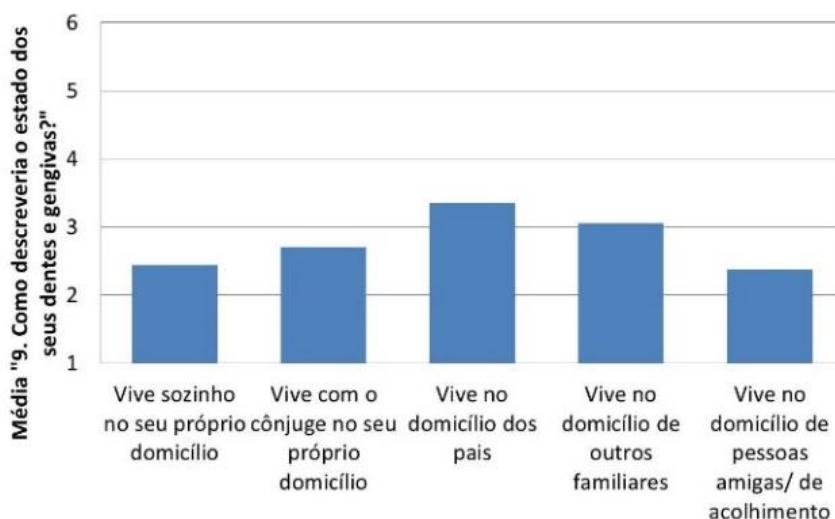


Gráfico 30: Relação entre a auto percepção do estado dos dentes e gengivas e a residência.

Quanto à saúde oral da amostra de indivíduos não institucionalizados, a percentagem de “um ou mais problemas de impacto importante a severo” foi superior em quem vivia sozinho

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

no próprio domicílio, seguido de quem vivia com o cônjuge. Já a percentagem de “ausência de problemas” foi nula em quem vivia sozinho e superior em quem vivia com amigos/famílias de acolhimento ($\chi^2_{(8)}=28,387$; $p<0,001$). Também a percentagem de pessoas sem dentes e com 1-9 dentes foi superior em quem vivia sozinho, enquanto que a percentagem de 20 dentes ou mais foi superior em quem vivia no domicílio de outros familiares e no domicílio dos pais ($\chi^2_{(12)}=30,133$; $p=0,003$). Cf. gráficos 31 e 32.



Gráfico 31: Relação entre o Clinical Oral Health Index e a residência.

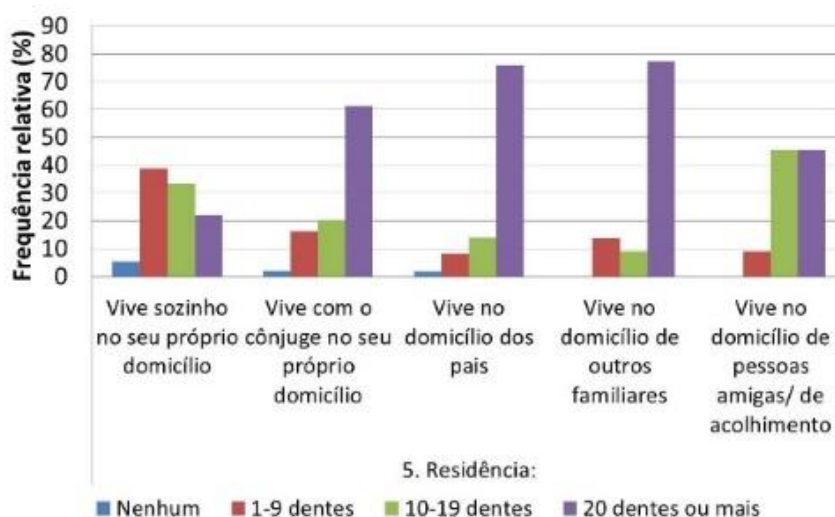


Gráfico 32: Relação entre o número de dentes naturais e a residência.

Quanto às necessidades de tratamento e de medidas de atuação preventiva/educativa, verificou-se que a “ausência de necessidade de tratamentos” era superior em quem vivia no domicílio de pessoas amigas/de acolhimento, enquanto que a “necessidade de tratamento ou

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

observação urgente” era mais elevada em quem vivia sozinho no seu próprio domicílio ($\chi^2_{(12)}=30,181$; $p=0,003$). A necessidade de “pelo menos uma medida de atuação preventiva/educativa” foi superior em quem vivia sozinho no próprio domicílio, enquanto que a ausência dessa necessidade foi superior em quem vivia no domicílio de pessoas amigas/de acolhimento ($\chi^2_{(4)}=3,886$; $p=0,422$). Cf. gráficos 33 e 34.

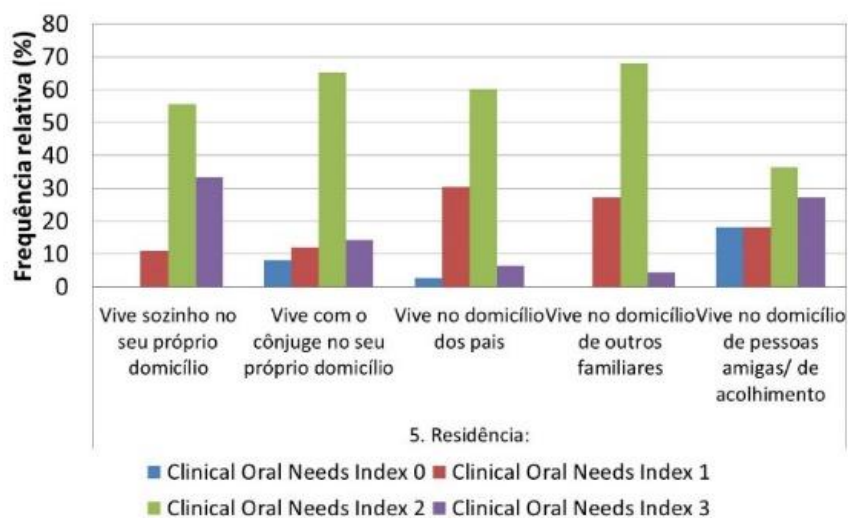


Gráfico 33: Relação entre o Clinical Oral Care Needs Index e a residência.

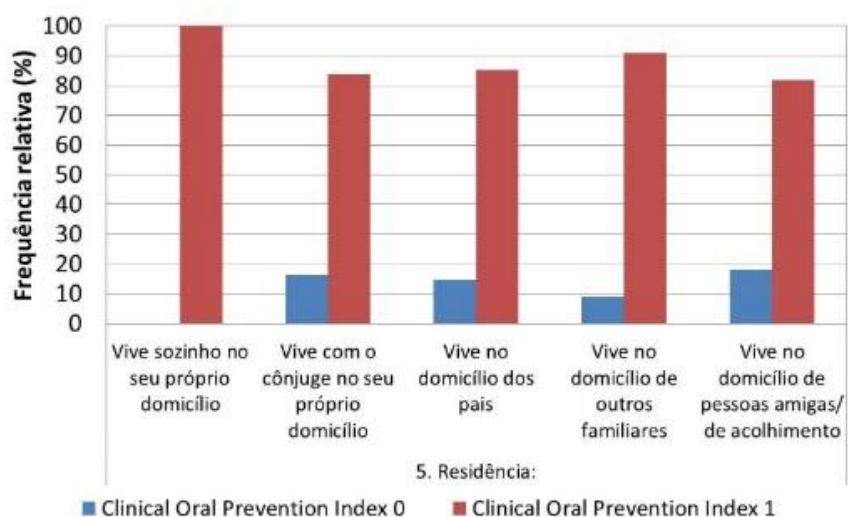


Gráfico 34: Relação entre o Clinical Oral Prevention Index e a residência.

5.7 Análise do impacto da saúde oral na qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Adicionalmente aos dados já apresentados, que demonstraram que 76,9% dos participantes apresentavam algum tipo de impacto dos problemas de saúde oral na qualidade de vida, cruzamos agora as variáveis clínicas inquiridas no questionário de saúde oral (número de dentes naturais; uso de prótese dentária), e os resultados do exame clínico com os resultados da qualidade de vida aferida através do questionário OHIP-14-MID-PT.

Deste modo, e tal como já foi previamente demonstrado na tabela 12, existiram diferenças estatisticamente significativas entre o número de dentes naturais e a qualidade de vida ($\chi^2=29,74$; $p<0,001$), sendo esta última percecionada como superior por quem tinha um maior número de dentes.

Para além disso, pudemos ainda verificar diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que não usavam prótese dentária e os que usavam, sendo a qualidade de vida percecionada como superior por quem não utilizava prótese dentária, vide tabela 35.

Tabela 35: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o uso de prótese dentária.

	Q8	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
OHIP-14-MID-PT	Não	186	9,08	10,190	2225,5	** 0,003
	Sim	35	14,77	12,652		
1. Limitação funcional	Não	199	1,09	1,618	2917,5	** 0,047
	Sim	36	1,94	2,280		
2. Dor física	Não	203	2,29	2,065	3218	0,243
	Sim	36	2,69	2,054		
3. Desconforto psicológico	Não	200	1,73	2,214	2883	0,075
	Sim	35	2,34	2,155		
4. Incapacidade física	Não	203	1,41	2,006	2326,5	** 0,000
	Sim	36	2,75	2,310		
5. Incapacidade psicológica	Não	202	1,66	2,089	3192	0,211
	Sim	36	2,17	2,274		
6. Incapacidade social	Não	199	,79	1,621	2933	* 0,029
	Sim	36	1,56	2,223		
7. Desvantagem	Não	202	,71	1,452	3177	0,120
	Sim	36	1,25	2,103		

* diferença significativa para $p<0,05$

** diferença significativa para $p<0,01$

Saliente-se ainda que esta percepção negativa decorrente do uso da prótese dentária se encontra em conformidade com os resultados obtidos no exame clínico, no qual observámos que a percentagem de “um ou mais problemas com impacto importante a severo” foi superior em quem usava prótese dentária, enquanto que a “ausência de problemas” ou “problemas de

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

impacto baixo a moderado” foi superior em quem não usava prótese dentária, demonstrando a falta de adaptação às próteses dentárias nos indivíduos portadores de deficiência intelectual leve em estudo ($\chi^2_{(2)}=15,022$; $p=0,001$). Cf. gráfico 35.

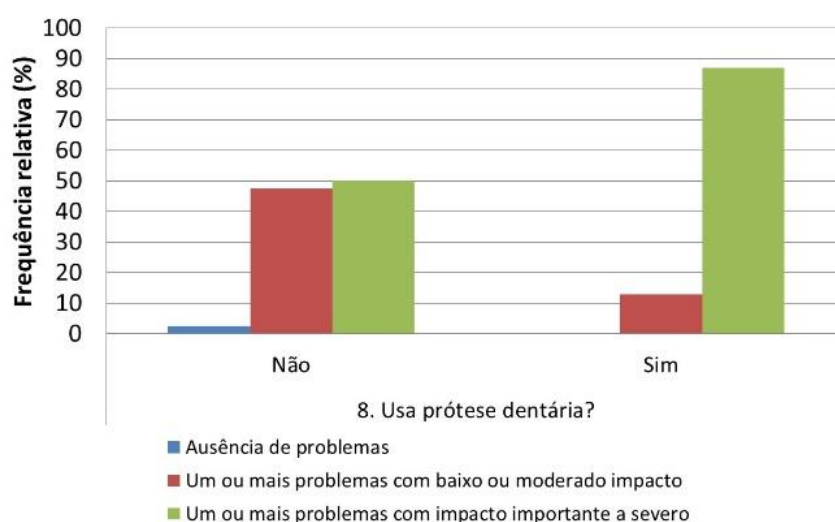


Gráfico 35: Relação entre o Clinical Oral Health Index e o uso de prótese dentária.

Para além disso, verificámos, em resultados anteriormente descritos aquando da avaliação da validade divergente do questionário (tabela 13), a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os resultados do “Clinical Oral Health Index” e a escala OHIP-14-MID-PT ($\chi^2=18,50$; $p<0,001$). Assim, a qualidade de vida foi percecionada como superior por quem, no diagnóstico do exame clínico, tinha problemas de impacto baixo a moderado, em comparação com quem tinha problemas de impacto importante a severo.

Da mesma forma, verificámos diferenças estatisticamente significativas na qualidade de vida em função das necessidades de tratamento. De facto, a QdVRSO foi percecionada, na escala global OHIP-14-MID-PT, como superior por quem tinha COCNI nível 0 e 1, em comparação com os que apresentaram COCNI nível 2 ou 3, vide tabela 36.

Tabela 36: Estatística descritiva e testes de Kruskal-Wallis: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o Clinical Oral Care Needs Index.

	COCNI	N	Média	Desvio Padrão	Qui ² (KW)	P
OHIP-14-MID-PT	0	11	8,55	9,637	16,37	** 0,001
	1	58	7,19	9,172		
	2	130	10,12	10,861		
	3	22	17,18	12,050		

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

1. Limitação funcional	0	11	1,64	2,157	3,02	0,388
	1	63	1,13	1,699		
	2	137	1,18	1,774		
	3	24	1,54	1,668		
2. Dor física	0	11	2,18	1,537	17,89	** 0,000
	1	62	1,85	1,949		
	2	141	2,30	2,084		
	3	25	3,88	1,787		
3. Desconforto psicológico	0	11	1,55	2,207	7,99	* 0,046
	1	61	1,25	1,813		
	2	140	1,94	2,267		
	3	23	2,74	2,544		
4. Incapacidade física	0	11	1,27	2,370	17,14	** 0,001
	1	63	1,05	1,698		
	2	140	1,69	2,183		
	3	25	2,80	2,041		
5. Incapacidade psicológica	0	11	1,09	1,578	19,48	** 0,000
	1	62	1,05	1,833		
	2	140	1,86	2,148		
	3	25	3,04	2,208		
6. Incapacidade social	0	11	,55	1,036	4,19	0,241
	1	62	,56	1,250		
	2	137	1,01	1,890		
	3	25	1,36	2,079		
7. Desvantagem	0	11	,27	,905	5,79	0,122
	1	63	,49	1,148		
	2	139	,86	1,612		
	3	25	1,36	2,252		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

Já no que diz respeito à necessidade de medidas de atuação preventiva/educativa, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na escala global OHIP-14-MID-PT entre os indivíduos que apresentavam COPI nível 0 e os que tinham COPI nível 1. Contudo, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões “3. desconforto psicológico” e “5. incapacidade psicológica”, sendo os valores superiores para os que apresentavam COPI nível 1, vide tabela 37.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Tabela 37: Estatística descritiva e testes de Mann-Whitney: Relações entre o OHIP-14-MID-PT e o Clinical Oral Prevention Index.

	COPI	N	Média	Desvio padrão	U Mann-Whitney	P
OHIP-14-MID-PT	0	33	7,21	7,983	2597	0,135
	1	188	10,46	11,156		
1. Limitação funcional	0	36	1,31	1,687	3380	0,547
	1	199	1,21	1,773		
2. Dor física	0	36	1,97	1,665	3299	0,342
	1	203	2,41	2,124		
3. Desconforto psicológico	0	34	1,15	1,794	2723,5	* 0,043
	1	201	1,93	2,259		
4. Incapacidade física	0	36	1,11	1,909	3003,5	0,064
	1	203	1,70	2,130		
5. Incapacidade psicológica	0	36	1,03	1,682	2845	* 0,026
	1	202	1,86	2,170		
6. Incapacidade social	0	35	,60	1,117	3326,5	0,555
	1	200	,97	1,828		
7. Desvantagem	0	36	,47	1,108	3297,5	0,251
	1	202	,85	1,639		

* diferença significativa para $p < 0,05$

** diferença significativa para $p < 0,01$

5.8 Determinação dos fatores associados com a qualidade de vida percebida pelo indivíduo através de um modelo de regressão logística

As variáveis independentes relacionadas de forma estatisticamente significativa com a escala OHIP-14-MID-PT são: localização; gênero; anos de vínculo com a instituição; tipo de vínculo com a instituição (institucionalizado ou não institucionalizado); número de dentes naturais; autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário; uso de prótese dentária; autopercepção do estado dos dentes e gengivas; hábitos alimentares; hábitos tabágicos; COHI e COCNI. A variável “5. Residência” não é utilizada porque diz respeito apenas aos não institucionalizados. A variável dependente é a escala OHIP-14-MID-PT.

Para este modelo, verificam-se 172 casos válidos, que correspondem a 71,7% da amostra, devido à existência de 68 casos com *missing values*.

Testes do ajuste do modelo

O valor de prova é superior a 5%, pelo que o modelo se ajusta adequadamente aos dados.

Tabela 38: Teste de Hosmer-Lemeshow.

Qui-Quadrado	Gl	P
3,749	8	,879

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

O valor de prova é 0,0%, pelo que podemos concluir que o modelo, por ser inferior a 5%, se ajusta adequadamente aos dados, em termos da existência de variáveis com capacidade preditora.

Tabela 39: Teste Omnibus aos coeficientes do modelo.

	Qui-Quadrado	Gl	P
Step	59,897	20	** 0,000
Block	59,897	20	** 0,000

Os valores do Pseudo R2 indicam a variação da variável dependente explicada pelo modelo. O valor do R2 de Nagelkerke's é 45,8%.

Tabela 40: Pseudo R².

R2 de Cox & Snell	R2 de Nagelkerke
,294	,458

Os coeficientes da regressão logística binária, também denominados coeficientes da regressão logística binária não estandardizados, coeficientes logit ou simplesmente estimativas dos parâmetros, correspondem aos coeficientes *b* da regressão linear. Na tabela apresentam-se os resultados da regressão: coeficientes *b*, respetivo desvio padrão, estatística de Wald e a sua significância, e o valor interpretável Exp(*b*), vide tabela 41.

Tabela 41: Estimativas dos Parâmetros.

	<i>b_i</i>	<i>s(b_i)</i>	Wald	Df	P	Odds Ratio		
						Exp(<i>b</i>)	Lower	Upper
Localização	,009	,561	,000	1	0,987	1,009	,336	3,030
1. Género	-,673	,567	1,411	1	0,235	,510	,168	1,549
3. Anos de vínculo com a instituição	-,022	,025	,735	1	0,391	,979	,931	1,028
4. Tipo de vínculo com a instituição	-1,389	,704	3,887	1	* 0,049	,249	,063	,992
Q6. 20 dentes ou mais (referência)			5,832	2	0,054			
Q6. 1-9 dentes	3,424	1,637	4,374	1	* 0,036	30,687	1,240	759,388
Q6. 10-19 dentes	2,478	1,185	4,375	1	* 0,036	11,919	1,169	121,544
7. Necessita de tratamento médico-dentário?	1,373	,648	4,489	1	* 0,034	3,946	1,108	14,049
8. Usa prótese dentária?	-1,258	1,358	,858	1	0,354	,284	,020	4,070
9. Estado dos seus dentes e gengivas?	-,755	,338	4,986	1	* 0,026	,470	,242	,912

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Frutas frescas	-,091	,182	,249	1	0,618	,913	,640	1,304
Biscoitos e bolos	-,023	,218	,011	1	0,915	,977	,637	1,498
Geleias ou mel	,030	,187	,026	1	0,873	1,030	,714	1,488
Pastilhas com açúcar	-,124	,200	,388	1	0,533	,883	,597	1,306
Doces/guloseimas	,428	,236	3,297	1	0,069	1,534	,967	2,434
Refrigerantes	,111	,195	,325	1	0,569	1,118	,762	1,639
Chá com açúcar	,003	,149	,000	1	0,982	1,003	,750	1,342
Café com açúcar	,042	,138	,091	1	0,762	1,043	,795	1,367
15. É fumador?	-,284	,713	,159	1	0,691	,753	,186	3,047
Clinical Oral Health Index	,097	,622	,025	1	0,875	1,102	,326	3,728
Clinical Oral Care Needs Index	,123	,537	,053	1	0,818	1,131	,395	3,242
Constante	2,309	2,081	1,231	1	0,267	10,060		

* significativa para $p < 0,05$

** significativa para $p < 0,01$

Variáveis Significantes:

A probabilidade de ocorrer impacto no OHIP-14-MID-PT diminui por um fator de 0,249 para os institucionalizados e por um fator de 0,470 para um aumento de uma categoria na descrição do estado dos dentes e gengivas.

A probabilidade de ocorrer impacto no OHIP-14-MID-PT aumenta por um fator de 30,687 para os que têm 1-9 dentes, por comparação com os que têm 20 dentes ou mais; por um fator de 11,919 para os que têm 10-19 dentes, por comparação com os que têm 20 dentes ou mais; e por um fator de 3,946 para os que sentem que necessitam de tratamento médico-dentário.

Em conclusão: a probabilidade de ter impacto no OHIP-14-MID-PT diminui para os institucionalizados e para os que apresentam melhor autopercepção do estado dos dentes e gengivas e aumenta para os que têm 1-9 dentes, 10-19 dentes e para os que sentem que necessitam de tratamento médico-dentário.

Variáveis Não Significantes:

As seguintes variáveis independentes: localização, gênero, anos de vínculo com a instituição, uso de prótese dentária, hábitos alimentares, hábitos tabágicos, COHI e COCNI, não estão relacionadas, de forma estatisticamente significativa, com a variável dependente impacto no OHIP-14-MID-PT.

Tabela 42: Resultados práticos da utilização do modelo.

OHIP14-Impacto	Estimados			Porcentagem Correta
	OHIP14-Impacto			
	Sem impacto	Com impacto		
Sem impacto	17	19	47,2	
Com impacto	10	126	92,6	
			83,1	

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Para cada caso, a categoria de resposta estimada é escolhida selecionando a categoria com maior probabilidade de ocorrência. As células na diagonal da tabela 42 são estimativas corretas. Do total de casos, 83,1% são estimados corretamente a partir do modelo, no entanto, note-se que apenas 47,2% dos casos sem impacto são estimados corretamente.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

CAPÍTULO 6
DISCUSSÃO

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

6. Discussão

Este capítulo engloba a discussão dos principais resultados obtidos. Nesta secção, procurámos efetuar, sempre que possível, comparações entre o nosso estudo e a restante literatura, tentando, de igual forma, encontrar possíveis explicações quando diferenças significativas foram observadas. A par desta discussão será ainda apresentada uma análise das principais limitações do estudo.

6.1 Análise das propriedades psicométricas do questionário

OHIP-14-MID-PT

Na primeira parte do estudo desenvolvemos uma versão portuguesa do questionário OHIP-14 (OHIP-14-MID-PT) e avaliámos o seu comportamento em termos de fiabilidade e validade quando aplicado a uma população de indivíduos adultos portadores de deficiência intelectual leve. A validação do questionário OHIP-14-MID-PT para esta população foi realizada pela necessidade de fazer face à lacuna existente na avaliação do impacto dos problemas de saúde oral na qualidade de vida destes indivíduos.

A avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento constitui parte integrante de um adequado processo de validação. Há dois aspetos fundamentais a considerar quando se avalia a fiabilidade: a fiabilidade teste-reteste e a consistência interna (112).

No que diz respeito à fiabilidade teste-reteste (às duas semanas), o ICC total apresentou um valor de 0,999, considerado excelente para o instrumento em estudo (287). Tal resultado foi semelhante ao obtido num estudo realizado no Brasil (301), e superior aos obtidos em muitos outros estudos (116,206,224,229,241,284). Para avaliar a fiabilidade teste-reteste, é geralmente sugerido que um intervalo de duas semanas entre as administrações do questionário seja tempo suficiente para evitar a memória dos resultados anteriores e, ao mesmo tempo, curto o suficiente para evitar que ocorram alterações clínicas que possam modificar as respostas ao questionário (112). Isto é, embora não exista um intervalo de tempo estipulado, um período de duas semanas é geralmente considerado adequado (112,283). Assim, para avaliação da fiabilidade teste-reteste, restringimos o intervalo de tempo, entre as administrações do questionário, a duas semanas, o mesmo período usado na validação de outras versões (219,284,285).

No que se refere à consistência interna, esta foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach, que é o método de análise de fiabilidade das escalas mais frequentemente aplicado (232). O coeficiente alfa de Cronbach revelou um valor de 0,92 para a escala global, valor esse

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

superior ao considerado *standard*, apresentando por isso uma excelente consistência interna. Os nossos resultados mostraram uma consistência interna global superior ao valor mínimo recomendado de 0,7 (215,218,232,233,302), superior ao valor de alfa da versão original ($\alpha=0,88$) (218) e ao de diversos outros estudos (116,147,174,206,220,224,231,237,241, 247,252,253,301,303-306), e semelhante ao valor de alfa de outras versões traduzidas (173,181,203,222,229,232,233,253,278,302,307), cujos resultados variaram entre 0,90 e 0,93, nomeadamente a versão portuguesa para a população geral ($\alpha=0,93$). Já os valores de alfa de Cronbach nas sete dimensões do nosso questionário variaram entre 0,61 e 0,81. Veja-se que outras versões também apresentam semelhantes variações dos valores de “alfa” nas dimensões dos seus questionários. A título de exemplo, a versão portuguesa para a população geral (229) apresenta valores a variar entre 0,66 e 0,95; a versão hebraica (252) entre 0,48 e 0,76; e a versão alemã (237) entre 0,65 e 0,92. Refira-se, contudo, que coeficientes alfa de Cronbach inferiores a 0,70 desaconselham a utilização das dimensões de forma autónoma.

Em suma, apesar de se ter obtido uma consistência interna ligeiramente inferior em algumas das dimensões, uma elevada consistência interna foi demonstrada pelo instrumento global.

Tais resultados reiteram que, apesar do OHIP-14 poder ser avaliado por item, por dimensão, ou como um constructo, a caracterização por item é limitada e a interpretação dos resultados por dimensões em separado deve ser evitada, uma vez que estas são representadas apenas por duas questões, podendo esta simplificação levar a interpretações erróneas dos resultados (181,237,245,278). Deste modo, este questionário deve ser usado quando o propósito principal do estudo for a caracterização do constructo (181,237).

A adequada consistência interna do nosso estudo foi ainda suportada pelo resultado das correlações inter-item e item-total. O ajuste de cada item na escala foi averiguado, removendo esse item e avaliando a alteração do valor de alfa de Cronbach na escala. Foi evidente que a omissão de qualquer um dos 14 itens não aumentou o valor de alfa de Cronbach (233). De facto, se um item está bem ajustado a uma escala, o valor de alfa de Cronbach diminui quando esse item é removido (222,233). Tal situação constitui mais uma evidência da boa consistência interna da presente versão do questionário OHIP-14 (222,233). Adicionalmente, todas as correlações inter-item foram positivas, variando o valor entre 0,277 e 0,749, e nenhuma foi demasiado alta para que algum item pudesse ser considerado redundante (173,232). Outros estudos apresentaram igualmente correlações positivas entre todos os itens, nomeadamente a versão espanhola (174), grega (173), polaca (232) e nepalesa (203).

A homogeneidade da escala, avaliada através dos coeficientes de correlação item-total corrigidos, foi outro aspeto da consistência interna considerado na análise. Assim, na correlação item-total, todos os itens revelaram uma adequada capacidade discriminante (a variar entre 0,529 e 0,728), o que está acima do nível mínimo de 0,20 (173,181,300) recomendado para incluir um item numa escala. Estes resultados são similares aos de diversos estudos,

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

nomeadamente aos da validação da versão grega (173), espanhola (174), nepalesa (203), chilena (181), iraniana (116), e da versão do Sri Lanka (233). Já a versão polaca (232) apresenta valores algo superiores, entre 0,74 e 0,90. Tais valores indicam, pois, uma boa homogeneidade e previnem a eliminação de algum dos itens da escala (116,233).

Outras características psicométricas avaliadas no presente estudo foram a validade convergente e divergente. A validade convergente permite investigar de que forma o questionário OHIP-14-MID-PT se relaciona com outros indicadores subjetivos do estudo que medem o mesmo parâmetro. Correlações significativas foram encontradas entre os resultados do questionário global OHIP-14-MID-PT e a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário (questão nº7 do questionário de saúde oral) e do estado dos dentes e gengivas (questão nº9 do questionário de saúde oral), suportando desta forma a validade convergente desta versão portuguesa do questionário OHIP-14. De facto, verificou-se que a maiores pontuações do questionário global OHIP-14-MID-PT estão associadas autopercepções mais elevadas da necessidade de tratamento médico-dentário e de pior estado dos dentes e gengivas. Outros estudos obtiveram, de igual forma, associações significativas entre a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e os resultados do OHIP-14 (203,233), e entre a do estado dos dentes e gengivas e os resultados do questionário OHIP (173,203,222,229,233).

Note-se ainda que vários autores (173,174,203,206,222,231-233,241,252,302) fizeram igualmente uso de questões subjetivas acerca de aspetos relativos à condição oral, de forma a confirmar a validade do questionário OHIP 14 (174).

Já a validade divergente do questionário foi confirmada pela sua capacidade de discriminar entre grupos com diferentes condições orais (241). No nosso estudo, encontrámos correlações substanciais entre o questionário global OHIP e os resultados do exame clínico, assim como entre ele e o número de dentes naturais presentes na cavidade oral do indivíduo. De facto, verificou-se que piores resultados no exame clínico, isto é, presença de nível 2 no índice COHI, e uma maior perda de dentes naturais, estão associados a maiores impactos na qualidade de vida avaliada através do questionário OHIP-14-MID-PT, reiterando, assim, a consistência com a hipótese teórica que havia sido inicialmente colocada. Outros estudos apresentam igualmente resultados superiores no questionário OHIP associados a piores resultados no exame clínico (174,181,232) e à perda dentária (163,174,224,229,241). Tais resultados deixam transparecer a sensibilidade do OHIP-14-MID-PT a alterações no estado de saúde oral.

A par das características psicométricas anteriormente analisadas, importa ainda investigar a estrutura dimensional do OHIP-14-MID-PT. De facto, a unidimensionalidade ou multidimensionalidade do questionário OHIP-14 tem sido amplamente debatida (181,239,308-310). Efetivamente, tem sido discutido que a noção atual do OHIP pode não fornecer uma descrição adequada da sua validade dimensional, e os seus itens podem não representar as sete dimensões da saúde oral como originalmente proposto no OHIP-49 (246,311). A caracterização

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

através de um modelo unidimensional do OHIP vem sendo suportada por alguns estudos (204,308). Em contrapartida, outros (303,312) afirmam que, apesar do modelo unidimensional se ajustar corretamente à informação, o modelo com 4 dimensões (função oral, dor oro-facial, aparência oro-facial e impacto psicossocial) ajusta-se ainda melhor que o modelo unidimensional (181).

Como se pode verificar, uma enorme variedade de resultados no que respeita à dimensionalidade do questionário OHIP pode ser encontrada na literatura, possivelmente devido às diferenças nas populações em estudo (181,211), às variáveis dimensões dos questionários (com mais ou menos número de itens), aos reduzidos tamanhos das amostras (181), e às distintas metodologias aplicadas para identificar as dimensões (a opinião e conhecimento de especialistas baseada numa estrutura conceptual, a análise fatorial exploratória (309), a análise fatorial confirmatória (313), os modelos de equações estruturais (311), o modelo resposta-população empiricamente derivado (314) e a atribuição dos itens do OHIP às dimensões por especialistas (212)) (111,211).

No nosso estudo foi realizada uma análise fatorial confirmatória com o intuito de avaliar o modelo do OHIP com as suas 7 dimensões. Desta análise obteve-se um ajustamento aceitável do modelo que sustenta a utilização das sete dimensões do questionário OHIP-14-MID-PT (Qui-Quadrado: $\chi^2/g.l.=2,796$; CFI=0,943; NFI=0,916; e RMSEA=0,087).

Assim, perante o estado da arte, e apesar dos resultados obtidos na nossa análise fatorial confirmatória reiterarem a utilização das sete dimensões, todas as análises do presente estudo foram, de forma sistemática, realizadas utilizando as pontuações globais do questionário OHIP-14-MID-PT, ainda que, pontualmente, também o tenhamos feito, para uma ou outra dimensão, de forma autónoma, pela relevância dos dados obtidos.

Em suma, a nossa versão portuguesa e adaptada do OHIP-14 parece-nos ser adequada e com propriedades psicométricas suficientemente satisfatórias para avaliar e medir a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos indivíduos portadores de deficiência intelectual leve da população portuguesa, em estudos observacionais descritivos transversais.

6.2 OHIP-14-MID-PT: Impacto da saúde oral na qualidade de vida

No presente estudo, tal como verificado em tantos outros (174,241,315), dicotomizámos as opções de resposta do questionário OHIP-14-MID-PT em respostas sem impacto: “nunca” e “quase nunca”, e respostas com impacto: “às vezes”, “muitas vezes” e “quase sempre”. Esta forma de dicotomização foi também utilizada na derivação da versão original do questionário OHIP-14 por Slade (218), contudo, há quem considere que a utilização da opção “às vezes” na categoria com impacto pode, eventualmente, contribuir para a existência de “falsos positivos”,

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

já que impactos raros podem ser erroneamente relatados como “às vezes” (174). Tal situação pode, em parte, justificar os elevados valores de prevalência de impacto obtidos neste estudo. Outros autores há que incluem a opção “às vezes” na categoria sem impacto (279,316).

No nosso estudo observámos uma elevada prevalência de impacto da saúde oral na qualidade de vida, com 76,9% dos indivíduos da amostra a apresentarem algum tipo de impacto. Estes valores são superiores aos de outras pesquisas (241,315) realizadas na população em geral, mas semelhantes aos resultados obtidos noutros trabalhos (150,174).

As dimensões mais afetadas no nosso estudo, quer a nível de prevalência, quer de severidade do impacto, foram: a dimensão “2. dor física” com 61,9% / $2,35 \pm 2,06$, seguida da dimensão “3. desconforto psicológico” e “5. incapacidade psicológica” com 45,1% / $1,82 \pm 2,21$ e 45% / $1,74 \pm 2,12$, respetivamente; a seguir, surgiu a dimensão “4. incapacidade física” e “1. limitação funcional” com 39,7% / $1,62 \pm 2,11$ e 34,9% / $1,22 \pm 1,76$, respetivamente. Por fim, as duas dimensões menos afetadas foram a “7. desvantagem” com 19,7% / $0,79 \pm 1,57$ e a “6. incapacidade social” com 22,6% / $0,91 \pm 1,74$.

Tais resultados, para além de sustentarem a hierarquia de impactos sugerida no modelo hierárquico proposto por Locker (208), confirmam ainda que os problemas orais não são apenas uma fonte de dor, mas também uma causa de doença física e emocional (232). E é precisamente esta componente emocional dos problemas orais que, tal como referem Rimal e Shrestha no seu artigo de validação da versão nepalesa do OHIP-14 (203), é frequentemente desvalorizada pelo profissional de saúde, o qual, muitas vezes, falha na compreensão do impacto psicológico que qualquer doença, e em particular a doença oral, pode ter num indivíduo.

Também a versão portuguesa do questionário OHIP-14 para a população geral portuguesa apresenta como dimensões mais afetadas a “2. dor física” com $2,62 \pm 1,93$ e “3. desconforto psicológico” com $2,04 \pm 2,18$ e como menos afetadas as dimensões “6. incapacidade social” com $0,97 \pm 1,54$ e “7. desvantagem” com $1,06 \pm 1,70$.

De igual forma, outros estudos (150,232,315) apresentam como dimensões mais frequentemente afetadas a “2. dor física” e “3. desconforto psicológico”, e como menos afetadas a “6. incapacidade social” e a “7. desvantagem”. Também uma pesquisa (139) realizada em indivíduos portadores de deficiência física e/ou intelectual verificou que a dor na cavidade oral e o desconforto na alimentação, correspondentes à dimensão “2. dor física”, foram os itens com maior impacto. A versão espanhola do OHIP-14sp (174) diferiu um pouco dos presentes resultados, identificando como dimensões mais afetadas a “3. desconforto psicológico”, a “1. limitação funcional” e só depois a “2. dor física”, mas também esta observa como dimensões menos afetadas a “6. incapacidade social” e “7. desvantagem”. Outros estudos de validação apresentam as mais variadas distribuições de impactos pelas dimensões, nomeadamente: a versão do OHIP-14 validada para a população adulta no Sudão (241), que embora apresente o “3. desconforto psicológico” e a “2. dor física” como as dimensões mais afetadas, obtém como dimensões menos afetadas a “4. incapacidade física” e a “1. limitação funcional”; a versão

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

grega (173), na qual as dimensões “1. limitação funcional” e “3. desconforto psicológico” foram as mais afetadas, seguidas da “2. dor física”, sendo as menos afetadas a “5. incapacidade psicológica” e a “6. incapacidade social.”; e a versão hebraica (252) que obteve como dimensões mais afetadas a “2. dor física” e a “5. incapacidade psicológica” e como menos afetadas a “7. desvantagem” e a “1. limitação funcional”.

Tais divergências podem dever-se a diferenças na conceptualização e interpretação das questões, nas características da população e/ou na perceção da severidade da saúde oral entre culturas (216,241).

Refiram-se ainda as relações estatisticamente significativas encontradas entre as pontuações médias totais do OHIP-14 e o género ($U=4848,5$; $p=0,008$), verificando-se um maior impacto dos problemas orais na qualidade de vida no género feminino, apesar dos seus melhores resultados no exame clínico e na sua higiene oral. Tal facto evidencia uma maior preocupação e exigência das mulheres com a saúde oral/qualidade de vida.

6.3 Hábitos de higiene/saúde oral

Nesta secção procurámos comparar os nossos resultados com os estudos realizados, quer em populações portadoras de deficiência, quer na população geral portuguesa.

No presente estudo, apenas 79,6% dos indivíduos que compõem a amostra fazem a higienização de uma forma diária, 24,1% usa elixir oral, e somente 7,1% faz uso de fio dentário. Tais resultados são inferiores aos encontrados na população geral portuguesa (98), na qual 97,6% da amostra lava os dentes diariamente, 45,4% usa elixir oral, e 23,3% usa fio dentário, e são também inferiores aos observados numa amostra de adolescentes da Região Centro de Portugal (317), onde se verifica que 96,8% dos indivíduos escovam os dentes pelo menos uma vez por dia, e 38,6% usa fio dentário.

Refira-se também que foi no género feminino que verificámos uma maior utilização de fio dentário (10,7% vs. 3,4%, $p=0,029$) e de elixir oral (27,9% vs. 20,3%, $p=0,174$), tal como no estudo da população portuguesa (98), no qual as mulheres também usam fio dentário (29,3% vs. 17,6%, $p<0,01$) e elixir oral (52,4% vs. 40%, $p<0,01$) mais frequentemente do que os homens.

Noutras populações portadoras de deficiência, encontramos igualmente fracos resultados no que se refere à higienização oral. Fernandez *et al.* (25), num estudo relativo a atletas portadores de deficiência intelectual, participantes do *Special Olympics Special Smiles* na Bélgica, verificaram uma diminuição no número de atletas que reportam higienizar a cavidade oral pelo menos uma vez por dia, de 84,6% em 2008 para 79,3% em 2013. Note-se, ainda, que os atletas que afirmavam lavar os dentes somente entre 2 a 6 vezes por semana apresentavam maiores índices de cáries não tratadas do que aqueles que higienizavam a cavidade oral uma vez ou mais por dia. Este resultado é similar ao verificado no nosso estudo, onde observámos que a percentagem de “um ou mais problemas com impacto importante a severo na saúde” -

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

COHI nível 2 - foi superior em quem nunca escovava os dentes, ou o fazia de forma ocasional, comparativamente a quem os higienizava de forma diária. Outros estudos verificam associações significativas entre a frequência de escovagem e a presença de cáries dentárias (50,88).

No nosso estudo, tal como noutros (25), a eficácia da remoção da placa através da escovagem não foi medida, e uma inadequada técnica de escovagem pode também explicar as elevadas prevalências dos índices COHI, COCNI e COPI na população em análise (25). Também Garcés *et al.* (318) reportaram uma inadequada higiene oral como a principal causa de doença periodontal em pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, salientando ainda que existe uma relação entre o nível de higiene oral e o grau de deficiência.

No nosso estudo observámos ainda que 58,2% da amostra não visitava o médico dentista há mais de um ano, e 7,2% nunca foi a qualquer consulta, possivelmente devido às barreiras no acesso a adequados cuidados de saúde oral para esta vulnerável população. Já no que diz respeito à população geral portuguesa (98), 47,4% da amostra não visitava o médico dentista há mais de um ano, apontando os autores, como potenciais causas, a crise económica em Portugal, assim como o facto de o sistema de saúde público não oferecer serviços de saúde oral na maioria das regiões do país. Dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 demonstram também que cerca de 51% da população portuguesa com 15 ou mais anos não tinha ido a uma consulta de medicina dentária nos últimos 12 meses (319).

Já comparativamente à população portadora de deficiência, Liu *et al.* (88) e Pradhan *et al.* (139) observaram que 76,4% e 73% dos inquiridos, respetivamente, não visitaram o médico dentista no último ano, valores estes próximos das estimativas para outros grupos desfavorecidos, como é o caso dos sem-abrigo (139), mas consideravelmente superiores aos do nosso estudo, possivelmente devido às diferenças na constituição das amostras. Também Pan *et al.* (320) observaram que 78% dos indivíduos portadores de deficiência em estudo não se submeteram a exames médico-dentários regulares de 6 em 6 meses, à semelhança do que aconteceu com a nossa amostra, em que 71,6% dos indivíduos não tinham visitado o médico dentista nos últimos 6 meses.

Grande parte da literatura refere a ausência de perceção da necessidade de tratamento como principal causa para não visitar regularmente o médico dentista. Essa ausência de perceção surge principalmente pela falta de dentes, por simplesmente considerarem desnecessário, ou pela ausência de dor (321). Tal parece não ir de encontro aos resultados obtidos no nosso estudo, onde 75,2% da população afirmou sentir necessidade de algum tipo de tratamento. Este valor é semelhante ao encontrado por Pradhan *et al.* (139) numa população de pessoas portadoras de deficiência física e/ou intelectual, mas manifestamente superior aos encontrados noutros estudos (233,322,323) relativos a populações idosas sem deficiência.

Quanto ao motivo da última consulta, 48,6% das pessoas portadoras de deficiência intelectual leve afirmaram que foram a uma consulta de medicina dentária por motivo de dor, tendo somente 18,8% dos indivíduos apresentado como motivo da consulta, rotina ou

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

aconselhamento médico. Valores diferentes, ainda que também pouco positivos, foram encontrados na população geral portuguesa (98), na qual 29,5% afirma não ir à consulta do médico dentista ou ir somente em situações de urgência ou por motivo de dor. Note-se ainda que, no nosso estudo, a percentagem de indivíduos que afirmaram deslocar-se ao médico dentista para consulta de rotina ou aconselhamento médico foi superior no género feminino ($\chi^2_{(2)}=6,531$; $p=0,038$) e nos indivíduos mais jovens ($\chi^2=7,51$; $p=0,023$). Paulo Melo *et al.* (98) verificaram que as mulheres afirmam ir à consulta do médico dentista mais frequentemente do que os homens ($p<0,01$), e que pessoas com mais de 45 anos afirmam, com maior frequência do que as pessoas mais jovens ($p<0,01$), não ir a uma consulta médico-dentária há mais de um ano, nunca ir, ou ir só em situações de urgência. Dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 registam, como principais motivos para a última consulta no médico dentista por parte da população portuguesa com 15 ou mais anos, os seguintes: higienização (22,8%), dor ou situação de urgência (17,2%), visita anual (13,3%) e extração dentária (13,3%) (319).

Quanto ao número de dentes naturais presentes na cavidade oral, observámos um número consideravelmente baixo, com 32,9% da população a apresentar menos de 20 dentes (17,5% com 10-19 dentes, 13,3% com 1-9 dentes e 2,1% totalmente edêntulos), provavelmente devido, entre outras possíveis causas, à falta de colaboração nos tratamentos médico-dentários, fazendo com que os dentes afetados por cáries sejam mais frequentemente extraídos do que tratados (32,70), e/ou devido à alta prevalência de doença periodontal em pessoas portadoras de deficiência intelectual (49).

Também o estudo (98) relativo à população geral portuguesa afirma que 32,5% da população perdeu mais de 6 dentes. A presença de poucos dentes leva ainda a alterações nos hábitos alimentares (má nutrição), com repercussões na saúde geral do indivíduo (149). Os nossos resultados são similares aos obtidos no estudo de Leroy e Declerck, relativamente a uma população de 656 adultos com várias deficiências (324). Note-se ainda que existem estudos que, comparando indivíduos portadores de deficiência física e indivíduos portadores de deficiência intelectual, verificam que aqueles que têm deficiência intelectual apresentam maior propensão para ter um menor número de dentes (32,39,43,320,324).

É ainda de notar que autores de pesquisas que fazem uso do índice CPO para o seu exame clínico, em pacientes portadores de deficiência, afirmam que os componentes “cariado” e “perdido” são os que mais contribuem para as elevadas pontuações obtidas, especialmente em adultos, pontuações que tendem a aumentar com o maior nível de severidade da deficiência (32,41,45,50,325-328). Já o fator menos contributivo é a obturação, refletindo, mais uma vez, a pior provisão de cuidados médico-dentários em indivíduos portadores de deficiência intelectual, e ainda a tendência para extrair, ao invés de tratar (50). Tal é, aliás, verificado noutros grupos populacionais vulneráveis, como é o caso dos pacientes psiquiátricos (329), em que a grande maioria dos indivíduos enfatiza a extração dentária como a única experiência vivenciada na consulta de medicina dentária.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Verificámos, também, que apenas 15% dos indivíduos em estudo usavam prótese dentária, percentagem esta bastante reduzida, tendo em conta que pelo menos 32,9% dos indivíduos (percentagem correspondente ao número de pessoas com menos de 20 dentes) precisavam de reabilitação protética. Tal situação deve-se, possivelmente, ao facto de a elaboração da prótese dentária nem sempre ser viável para estes pacientes, considerando todas as barreiras intrínsecas e socioeconómicas (324) a eles associadas. Já no que se refere à população geral portuguesa (98), 44% da amostra que perdeu dentes permanentes fez reabilitação oral. Outros estudos mostram uma baixa utilização de prótese dentária em indivíduos portadores de deficiência intelectual. Phadraig *et al.* (44), por exemplo, verificaram que em 186 pacientes edêntulos, 57 (30,6%) usavam prótese dentária e 129 (69,3%) não utilizavam.

Em suma, a evidência sugere que os hábitos de higiene e saúde oral inadequados são mais prevalentes na população em estudo do que na população adulta portuguesa. Para além disso, e tendo em conta que, por vezes, os indivíduos tendem a sobrestimar os seus comportamentos reais, por influência do conhecimento prévio do que seriam considerados hábitos desejáveis/ideais (25) e pela aceitabilidade social das suas respostas (330), consideramos que, à semelhança do que acontece noutros estudos (98), os nossos resultados possam constituir uma visão otimista da real situação atual, pelo que devem ser envidados esforços no sentido de promover adequados hábitos de higiene oral.

Neste sentido, terminamos esta secção com breves considerações que o cuidador/profissional de saúde poderá ter em consideração, de forma a melhorar a sua conduta no auxílio à higiene oral da pessoa portadora de deficiência intelectual leve.

Assim, e embora na dependência de grau 1 (limitações intelectuais ou físicas leves/moderadas) se deva aplicar uma escovagem independente, é necessária a supervisão em termos de frequência e eficácia, por parte de um cuidador (74). Para além disso, a preceder a escovagem independente, é fundamental uma fase de treino e ensinamentos para que o indivíduo possa executar a técnica de forma aceitável de maneira autónoma. Finda esta fase, deve seguir-se uma fase de manutenção e supervisão pelos cuidadores (controlo do tempo de escovagem, acompanhamento e ajustamento dos movimentos à técnica previamente ensinada, avaliação periódica da eficácia da escovagem com recurso a revelador de placa, e aplicação da técnica “Dizer-Mostrar-Fazer”) (74). De notar ainda algumas dinâmicas que podem ser levadas a cabo para o utente perceber melhor o passar do tempo enquanto faz a escovagem, particularmente úteis se o indivíduo viver de forma autónoma na sua própria casa. Saliente-se, assim, o uso de cronómetro de números grandes, a associação da escovagem à duração de uma canção e o uso de pictogramas (vantajoso em pessoas com transtornos do espectro autista) (74).

Relativamente às visitas ao consultório médico-dentário, uma pessoa portadora de deficiência que não tenha elevado risco de patologia oral deve fazer um *check-up* semestral,

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

reforçando a motivação, avaliando a necessidade de destarização, aplicando flúor e realizando um diagnóstico radiológico. Já em pacientes com historial de problemas orais, pode adotar-se uma periodicidade trimestral. De fulcral importância neste contexto, são os reforços positivos, devendo o doente ser recompensado aquando das visitas ao consultório médico-dentário, sempre que tenha alcançado os objetivos estabelecidos ao nível da sua higiene oral (74,331).

Assim, a higiene e saúde oral das pessoas portadoras de deficiência intelectual leve depende em grande parte da supervisão de cuidadores treinados. Pradhan (27), no seu estudo de investigação acerca da saúde oral em adultos portadores de deficiências físicas e intelectuais, afirma que é, de facto, preocupante, notar que tão poucos cuidadores recebem algum treino/formação, salientando ainda que muitos deles consideram o cuidado com a saúde oral como “senso comum” e, como tal, não reconhecem a necessidade de qualquer tipo de formação.

Frenkel *et al.* (332), corroborando a importância da educação em saúde oral, obtiveram resultados bastante animadores acerca dos benefícios destes ensinamentos nas atitudes, conhecimentos e competências de cuidadores de idosos institucionalizados, com consequente impacto na saúde oral do indivíduo. Também Diab *et al.* (50) verificaram associações significativas entre escovagem assistida, um menor número de cáries e um maior número de restaurações, enfatizando o benefício de receber assistência durante a escovagem, quer na remoção da placa, quer na eventual identificação de lesões de cáries, com posterior encaminhamento para tratamento, em pessoas portadoras de deficiência.

Em suma, toda e qualquer metodologia aplicada deve ter sempre em consideração a pessoa na sua individualidade e ir de encontro às necessidades de cada um, tendo em conta as suas limitações e as do seu contexto. Todo o trabalho educacional e de motivação deve ser realizado com o utente, mas envolvendo, sempre que possível, os cuidadores. Em pacientes mais novos é imprescindível a motivação e insistência, pois nestas idades é mais fácil a aquisição de novas rotinas e hábitos preventivos de atuação (74).

6.4 Estado de saúde oral: análise dos resultados do exame clínico

No que se refere ao exame objetivo de saúde oral, verificámos que 54,9% dos indivíduos da amostra apresentavam “um ou mais problemas de impacto importante a severo” - COHI nível 2, e apenas 2,1% não apresentavam problemas orais - COHI nível 0. De forma semelhante, Hennequin e a sua equipa (271) encontraram 49% de COHI nível 2 e 6,3% de COHI nível 0, numa amostra de crianças portadoras de deficiência, e 47,8% de COHI nível 2 e 1,8% de COHI nível 0, num grupo de adolescentes portadores de deficiência que frequentavam escolas de

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

necessidades educativas especiais, em França. Outros estudos corroboram a presença de más condições orais em pessoas portadoras de deficiência intelectual (13,32,53,88,90,333-336). Pesquisas sobre pessoas portadoras de várias deficiências mostram ainda uma elevada prevalência de cárie dentária e uma grande necessidade de cuidados restauradores e protéticos nessas populações (48,91,324,337). Inúmeros outros estudos realizados em atletas paralímpicos portadores de deficiência intelectual obtiveram elevadas percentagens de cáries não tratadas e sinais de doença gengival (25,268,338,339).

Petrovic *et al.* (13), num estudo acerca das necessidades de saúde oral das pessoas portadoras de deficiência intelectual, para além de corroborarem a fraca condição oral destes indivíduos, associada a cáries não tratadas, má higiene oral e inflamação gengival, salientam ainda um maior número de extrações e um menor de restaurações, comparativamente à população em geral.

Os nossos resultados são ainda mais preocupantes se pensarmos que, à semelhança de outros estudos (25,324), os dados recolhidos podem estar subestimados, uma vez que não foram realizadas radiografias no exame clínico.

Em relação às necessidades de tratamento médico-dentário, no nosso estudo, 4,6% dos indivíduos não precisavam de cuidados médico-dentários nem de observação (COCNI 0), 26,3% requeria observação (COCNI 1), 58,8% precisava de cuidados médico-dentários/observação (COCNI 2), e 10,4% precisava de cuidados/observação urgente (COCNI 3). Estes valores são relativamente semelhantes aos obtidos por Hennequin *et al.* (271), quer em relação às crianças portadoras de deficiência, em que 9,8% não necessitava de cuidados ou observação, 31,6% precisava de observação, 40,7% necessitava de cuidados/observação, e 17,8% precisava de cuidados ou observação urgente, quer em relação aos adolescentes portadores de deficiência, em que 8,2% não apresentava necessidade de cuidados ou observação, 23,5% precisava de observação, 50,6% necessitava de cuidados/observação, e 17,7% precisava de cuidados/observação urgentes.

Os valores observados no presente estudo, relativos à necessidade de tratamentos urgentes, são similares (25,338), ou inferiores (84,268,334,340), aos obtidos em pesquisas realizadas em atletas paralímpicos portadores de deficiência intelectual.

Quanto às medidas de atuação preventiva/educativa necessárias, o Clinical Oral Prevention Index (COPI) obteve o valor 1 em 85% dos casos, o que demonstra as elevadas necessidades também em termos de iniciativas de educação e prevenção em saúde oral. Usando o COPI, Hennequin e a sua equipa (271) demonstraram que as crianças portadoras de deficiência precisavam de mais cuidados preventivos e educativos em saúde oral (41,3%) do que as crianças sem deficiência (21,3%), e que os adolescentes e jovens adultos portadores de deficiência (51,9%) tinham maiores necessidades de medidas preventivas e educativas do que as crianças com ou sem deficiência. Os nossos resultados foram superiores, possivelmente devido ao facto de a nossa amostra ser constituída por indivíduos adultos, os quais têm frequentemente

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

associadas doenças sistêmicas que requerem monitorização específica da saúde oral, sendo este um critério para o COPI assumir o valor 1.

Outros estudos mostram um fraco nível de higiene oral com inadequados valores de acumulação de placa e cálculos, em pessoas portadoras de algum tipo de deficiência (13,91,324), enfatizando a necessidade de medidas de atuação preventiva. A literatura associa os fracos padrões de higiene oral observados nestes indivíduos a uma má compreensão das práticas adequadas de higienização e a uma fraca destreza manual, resultando numa capacidade limitada de realizar a higiene oral diária (13,341).

6.5 Influência da institucionalização e de diferentes contextos residenciais na saúde oral e na qualidade de vida

A qualidade de vida avaliada pela escala global OHIP-14-MID-PT é percebida como superior pelos indivíduos institucionalizados e por aqueles que apresentam vínculos mais duradouros à instituição. Os resultados obtidos também demonstraram que a prevalência de doenças orais e a necessidade de tratamentos médico-dentários e de medidas de atuação preventiva observadas, ainda que não estatisticamente significativas, são menores nos indivíduos portadores de deficiência intelectual leve institucionalizados, do que nos indivíduos que vivem sozinhos ou acompanhados e integrados na sociedade.

Alguns estudos mostram que a desinstitucionalização propicia a falta de assistência e acesso aos serviços de atendimento médico-dentário (69,71). Embora o objetivo de mudar as pessoas para fora das instituições e colocá-las em ambientes residenciais menores seja procurar normalizar as suas vidas, tal atitude tem-se demonstrado desvantajosa no que se refere a cuidados de saúde oral. Além disso, há evidência de que este processo de "normalização" e de maior independência pode levar a um aumento das doenças orais, devido a cuidados diários menos rigorosos e a uma menor supervisão da dieta (71). De facto, Stanfield *et al.* (342) revelaram inúmeros problemas associados aos cuidados de saúde oral, em pessoas portadoras de deficiência de aprendizagem leve, após a sua reintrodução na comunidade, e verificaram que estes eram menos propensos a fazer exames e receber tratamentos médico-dentários regulares (69). De igual forma, Tiller *et al.* (91), no seu estudo referente ao estado de saúde oral e utilização de serviços médico-dentários em adultos portadores de deficiências de aprendizagem, constataram que, embora os indivíduos que viviam em diferentes contextos residenciais (comunidade ou instituições residenciais) apresentassem semelhantes valores de CPO, aqueles que viviam integrados na comunidade apresentavam valores significativamente mais elevados de cáries não tratadas e pior higiene oral. Estes autores (91) verificaram ainda que aqueles que viviam na comunidade eram significativamente menos propensos a ir a uma consulta do médico dentista e a fazer uso dos serviços médico-dentários comunitários, do que

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

os seus equivalentes residenciais. Também o nosso estudo demonstrou que a percentagem de indivíduos que foram a uma consulta médico-dentária há menos de 12 meses é superior nos indivíduos institucionalizados, enquanto que a percentagem daqueles que foram há mais de 5 anos e entre 1 e 5 anos é superior nos não institucionalizados. Pradhan *et al.* (27,69), no seu estudo comparativo de acesso aos cuidados médico-dentários em adultos portadores de deficiências físicas e intelectuais e com diferentes tipologias de residência, afirmam, também, que o facto de o atendimento médico-dentário ser superior em pessoas que vivem em instituições pode ser atribuído aos acordos formais existentes entre estas e os serviços públicos de saúde, na população em estudo. Também Phadraig *et al.* (321) verificam que os serviços médico-dentários com financiamento público são habituais em instituições de apoio na Irlanda, não sendo tão facilmente abrangidas por esse sistema pessoas fora dos serviços residenciais.

No nosso estudo, tendo em conta a inexistência deste apoio direto, por parte do setor público, aos indivíduos institucionalizados, podemos considerar que os melhores resultados associados às pessoas institucionalizadas se possa dever, em parte, à presença de cuidadores bem preparados e à maior orientação e controlo na realização da higiene oral diária (71). Aliás, Pan *et al.* (320) indicam, como possíveis causas para os indivíduos que vivem em ambientes familiares apresentarem piores condições orais do que indivíduos institucionalizados, o facto de as famílias estarem frequentemente mais preocupadas com doenças sistémicas do que propriamente com a condição oral, a falta de consciência acerca da importância da higiene oral, e o facto de esta ser frequentemente entendida como sendo da responsabilidade do próprio indivíduo. Contudo, os resultados obtidos por estes autores (320) demonstram que mesmo que os participantes tenham habilidades básicas de auto cuidado, tal não significa que sejam capazes de realizar uma higiene oral de forma eficaz. Para além disso, as suas famílias, por já estarem exaustas pelo ónus do cuidado, optam, por vezes, por ignorar as questões relacionadas com a saúde oral, considerando-as, erroneamente, como secundárias. Também Binkley *et al.* (38) referem que o acesso a cuidadores treinados torna-se limitado com a desinstitucionalização, e que tal pode condicionar o estado de saúde oral. Acerca das boas práticas a adotar pelos cuidadores no auxílio à saúde oral das pessoas portadoras de deficiência, e de como lidar com os desafios que esta atividade impõe a todos aqueles que, de uma ou de outra forma, se encontram envolvidos neste processo, veja-se (331,343).

Prova de que a saúde oral e, conseqüentemente, a qualidade de vida de muitas pessoas portadoras de deficiência intelectual depende largamente dos conhecimentos, atitudes e práticas dos seus cuidadores (90), é que, ainda que nem sempre a formação e os conhecimentos dos cuidadores sejam os mais adequados, a qualidade de vida relacionada com a saúde oral foi, no presente estudo, percecionada como superior por quem vive com outros familiares ou com os pais, em comparação aos que vivem sozinhos.

Vários outros estudos também fazem referência a uma ida mais regular ao médico dentista por parte das pessoas portadoras de deficiência intelectual quando estas residem em

configurações residenciais mais controladas (69,91,321,342), embora o estudo de Kancherla *et al.* (344) não tenha encontrado associações entre as visitas ao médico dentista e o contexto de habitação.

Saliente-se, porém, que, apesar das diferenças encontradas entre indivíduos institucionalizados e não institucionalizados no presente estudo, com vantagem para os primeiros, ambos os grupos apresentam elevados problemas de saúde oral com impacto importante a severo na saúde, bem como um fraco estado de higiene oral e uma elevada necessidade de tratamentos médico-dentários, quando comparados com a população em geral.

6.6 Qualidade de vida relacionada com a saúde oral e fatores associados

Como verificámos ao longo deste estudo, inúmeras variáveis se relacionaram de forma estatisticamente significativa com a escala OHIP-14-MID-PT. Entre elas, e pela sua relevância para dar resposta aos objetivos inicialmente delineados, queremos salientar as seguintes: tipo de vínculo com a instituição (institucionalizado ou não institucionalizado); número de dentes naturais; autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário; autopercepção do estado dos dentes e gengivas; uso de prótese dentária; hábitos alimentares; hábitos tabágicos; COHI e COCNI.

Tipo de vínculo com a instituição

No presente estudo a qualidade de vida relacionada com a saúde oral foi percecionada como superior pelos indivíduos institucionalizados. Também outros estudos (71,342), ainda que não abordando de forma direta a questão da qualidade de vida relacionada com a saúde oral percecionada pelo próprio, corroboram um maior acesso a serviços de cuidados dentários, um maior apoio na manutenção da higiene e saúde oral e, conseqüentemente, uma potencial melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral nos indivíduos institucionalizados.

Número de dentes naturais

O impacto da saúde oral na qualidade de vida foi superior em indivíduos que tinham entre 1-9 e 10-19 dentes. Também outros estudos de validação do questionário OHIP-14 (173,224,229,230,232,241,252,278,305,345-350) observaram o impacto negativo do menor número de dentes remanescentes na qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário

No nosso estudo, verificámos uma relação significativa entre a autopercepção de uma maior necessidade de tratamento médico-dentário e um impacto superior no questionário OHIP-14-MID-PT. Outros estudos de validação verificaram, de igual modo, esta associação (116,233,239,278,348,350).

Autopercepção do estado dos dentes e gengivas

Verificámos, também, uma relação significativa entre a autopercepção de um melhor estado dos dentes e gengivas e uma superior qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Da mesma forma, encontramos, na literatura, trabalhos que corroboram esta relação (116,233,239).

Uso de prótese dentária

No nosso estudo, a qualidade de vida foi igualmente percecionada como inferior por quem usa prótese dentária. Também na validação da versão portuguesa para a população geral se verifica que indivíduos que utilizam prótese dentária apresentam pontuações médias mais elevadas no questionário OHIP-14 e, conseqüentemente, uma inferior qualidade de vida relacionada com a saúde oral (229). No estudo da validação da versão espanhola do OHIP-49 (181) para a população idosa chilena, verifica-se que as necessidades protéticas e o uso de próteses dentárias não funcionais estão associadas com a qualidade de vida. Segundo os autores desta validação, os motivos podem resultar da perda de função oral e de compromisso estético, uma vez que próteses dentárias não funcionais podem induzir dor, desconforto e dificuldades na fonação e alimentação. Para além disso, a ausência de dentes ou a sua substituição protética pode levar a inseguranças e isolamento social que compromete a qualidade de vida. Também o estudo de validação da versão polaca, realizado em pacientes adultos sem deficiência (232), verificou que a substituição de dentes perdidos por próteses dentárias removíveis não melhorou a qualidade de vida dos inquiridos, de facto, e de acordo com os resultados obtidos pelos autores, a qualidade de vida foi pior em todas as dimensões do OHIP-14 para os indivíduos que utilizavam próteses dentárias removíveis.

Hábitos alimentares

No presente estudo verificaram-se ainda relações estatisticamente significativas entre os hábitos alimentares e a qualidade de vida. De facto, observou-se que indivíduos que consomem biscoitos/bolos, pastilhas com açúcar, doces/guloseimas, refrigerantes e café com açúcar apresentam resultados superiores na escala OHIP-14-MID-PT, fazendo deste modo transparecer a influência negativa de uma dieta rica em alimentos cariogénicos na qualidade de vida relacionada com a saúde oral.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Hábitos tabágicos

Verificámos, também, que 24,2% dos indivíduos da amostra eram fumadores, sendo a qualidade de vida percecionada como inferior por quem tem hábitos tabágicos. A validação da versão nepalesa (203) do OHIP-14 em pacientes com fibrose submucosa oral suporta a associação entre o uso de tabaco e de noz areca com esta patologia e, concomitantemente, com uma menor perceção da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, particularmente nas dimensões desconforto psicológico e dor física (203).

COHI e COCNI

No presente estudo, indivíduos identificados com “um ou mais problemas orais com impacto importante a severo na saúde” (COHI nível 2) apresentavam valores superiores no questionário OHIP-14-MID-PT. O mesmo se verificou em relação às necessidades de tratamento, onde observámos que a qualidade de vida foi percecionada, na escala global, como inferior por quem tinha COCNI nível 2 e 3, em comparação com os que apresentavam COCNI nível 0 ou 1. Efetivamente, vários são os estudos (26,32,117,134,166) que fazem referência ao impacto negativo de uma fraca condição oral na qualidade de vida e à conseqüente interferência nas atividades diárias.

Apesar dos testes estatísticos terem demonstrado significativas associações entre as variáveis acima referidas e os resultados do OHIP-14-MID-PT, apenas algumas se mantiveram significativas quando introduzidas no modelo de regressão logística. Foram elas: o número de dentes naturais, a autoperceção da necessidade de tratamento médico-dentário e do estado dos dentes e gengivas, e a institucionalização.

Assim, e de acordo com este modelo de regressão, a probabilidade de a saúde oral ter impacto no OHIP-14-MID-PT aumentou para os indivíduos que tinham 1-9 e 10-19 dentes, e para os que sentiam que necessitavam de algum tratamento médico-dentário. Por outro lado, diminuiu para os indivíduos que apresentavam autoperceção de um melhor estado dos dentes e das gengivas, e para aqueles que se encontravam institucionalizados. Tais resultados prendem-se com o facto de, neste modelo, serem utilizadas simultaneamente todas as variáveis, tendo em consideração os efeitos entre si.

No que se refere à avaliação da QdVRSO, note-se que, embora alguns autores (351) tenham expressado determinadas reservas quanto à utilização de questionários de avaliação da qualidade de vida em pessoas portadoras de deficiências intelectuais, tais dúvidas foram refutadas por Cummins (352), ao referir que, ainda que possa ser aceite que o conceito de qualidade de vida só tenha significado pessoal na presença de processamento cognitivo, tal não invalida a sua aplicação em indivíduos portadores de deficiência intelectual. Assim, este autor

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

afirma que em pessoas que estão vivas, mas que não evidenciam processamento cognitivo, como é o caso de indivíduos em estado vegetativo persistente, é lógico assumir que estes não tenham qualquer concepção da sua qualidade de vida subjetiva. Mas tal não se aplica a pessoas portadoras de deficiência intelectual, pois, mesmo aquelas que apresentam uma deficiência profunda (o que não é o caso da nossa população em estudo) são claramente capazes de processar alguma informação.

Já relativamente às pessoas portadoras de deficiência intelectual leve ou moderada, estas podem responder a escalas subjetivas da qualidade de vida de uma forma válida e confiável, apresentando uma clara percepção da sua qualidade de vida. Assim, a maioria das pessoas portadoras de deficiência intelectual consegue responder, de forma independente e apropriada, a instrumentos de medição da qualidade de vida (352).

A importância da aplicação destes questionários de auto percepção da saúde oral e da qualidade de vida prende-se, ainda, com o facto de os profissionais de saúde tenderem a subestimar a dor dos indivíduos. Saliente-se, neste sentido, um estudo de Versloot *et al.* (353), no qual os autores referem que os profissionais de saúde que frequentemente trabalham com procedimentos dolorosos podem desenvolver o conceito de “pain blindness”, subestimando a presença de dor. Adicionalmente, verifica-se que, em estudos (141) em que o questionário OHIP é respondido, tendo em consideração a percepção dos cuidadores e não a do próprio indivíduo, os impactos negativos reportados são muito inferiores aos problemas orais observados no exame clínico e às necessidades de tratamento percebidas, sugerindo-se, desta forma, que os cuidadores estejam igualmente a subestimar a dor, o sofrimento, e o impacto da saúde oral na qualidade de vida experienciado pelos indivíduos ao seu cuidado. Também um estudo de Hennequin *et al.* (168), realizado em 103 pacientes com necessidades especiais, em França, mostrou que as necessidades dentárias eram severamente subestimadas, quer por cuidadores quer pelos profissionais de saúde. Vários outros trabalhos fazem referência à incapacidade do cuidador na compreensão efetiva da dor (168,354) e dos impactos negativos da saúde oral na qualidade de vida (27). Por estes motivos, são evidentes as preocupações encontradas na literatura quanto à fiabilidade e validade de estudos cuja informação é reportada pelo cuidador (27). De facto, um estudo de Perry e Felce (355) indica que os cuidadores podem ser considerados como fontes fiáveis de informação objetiva acerca de adultos portadores de deficiência mental, mas não como apropriados para providenciar informação subjetiva relacionada com a qualidade de vida.

6.7 Limitações

Iremos, agora, tecer breves considerações acerca das limitações e dificuldades do presente estudo.

Como limitações, enfatizamos:

1. O facto de o estudo ser limitado a pessoas portadoras de deficiência intelectual leve;
2. A ausência de um grupo controlo, tendo-se optado, no entanto, e sempre que possível, por comparar os resultados obtidos com dados da literatura, recentemente recolhidos, tal como é feito noutros estudos (324);
3. A não avaliação da capacidade de resposta do questionário OHIP-14-MID-PT a alterações clínicas, limitação esta relacionada com o desenho transversal do estudo, e encontrada também em outras pesquisas (112,252). A avaliação desta propriedade psicométrica requereria a realização de um estudo longitudinal;
4. O facto de os indivíduos poderem eventualmente sobrestimar os seus comportamentos reais, nomeadamente no que diz respeito aos hábitos de higiene. Tal situação pode ter introduzido viés na recolha de dados, não havendo nenhum meio, neste estudo, para determinar ou medir essa influência, tal como acontece noutros estudos (25,327);
5. Por fim, a precisão das observações efetuadas no exame clínico pode, de alguma forma, estar comprometida pela inexistência de radiografias. Note-se ainda que os níveis de placa no dia do exame podem não refletir necessariamente os níveis reais de placa noutros dias. Tais limitações foram igualmente verificadas no estudo de Pradhan (27).

Já no que se refere às dificuldades encontradas, saliente-se a falta de estudos que permitam comparações com outros instrumentos de avaliação da qualidade de vida nesta população e a dificuldade de comparação de resultados, dadas as diferenças metodológicas entre as diversas investigações (variabilidade nas dimensões das amostras, a não aleatorização da amostra, diferentes variáveis para avaliar a validade, populações com características distintas, diferentes instrumentos de recolha de dados), tornando as comparações difíceis de interpretar. Tal limitação é frequentemente referenciada noutros estudos (13,219).

Assim sendo, e tendo por base a análise dos pontos acima referidos relativos à metodologia utilizada, sugere-se, em futuros trabalhos, a implementação de estudos longitudinais, com mais que uma observação, para aumentar o grau de evidência e, assim, permitir a avaliação da capacidade de resposta do OHIP na deteção de mudanças no estado clínico resultantes de intervenções terapêuticas (181,222,252). Para tal, o período de um mês entre a primeira aplicação do questionário e a sua reaplicação é amplamente sugerido em diversos estudos (206,219,284,285).

Deste modo, e tal como já sugerido por outros autores para diferentes populações (220), a utilização do questionário OHIP-14, como uma ferramenta útil para avaliação dos resultados

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

dos tratamentos médico-dentários em indivíduos portadores de deficiência intelectual leve, deve ser futuramente explorada.

As limitações deste estudo conseguiram, contudo, ser mitigadas através da combinação de uma avaliação subjetiva com informação objetiva do exame clínico, ao contrário do que acontece noutros estudos (206,219), acrescido do facto de que a pessoa que levou a cabo as entrevistas foi a mesma médica dentista, previamente calibrada, que realizou os exames clínicos.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

CAPÍTULO 7
CONCLUSÕES

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

7. Conclusões

Perante os resultados obtidos no nosso estudo, podemos concluir que:

1. O OHIP-14-MID-PT provou ser um instrumento de medida consistente, válido e fiável com boas propriedades psicométricas para determinar o impacto da saúde oral na qualidade de vida de adultos portadores de deficiência intelectual leve em Portugal;
2. Os hábitos de higiene oral da população em estudo são inferiores aos da população geral portuguesa. Cerca de 1/5 da população não faz uma escovagem diária da cavidade oral; menos de 1/4 faz uso de elementos complementares de higienização, como o elixir oral e o fio dentário; menos de 1/3 da população visitou o médico dentista nos últimos 6 meses, e somente 1/4 foi pela última vez à consulta do médico dentista por rotina, tal como é aconselhado, para *check-ups* periódicos;
3. Mais de metade da população em estudo apresenta problemas orais com impacto importante a severo na saúde e, conseqüentemente, necessidade de observação ou tratamento médico-dentário;
4. 85% da população em estudo apresenta necessidade de medidas de atuação preventiva/educativa;
5. Os problemas de saúde oral apresentam impacto na qualidade de vida de 76,9% dos indivíduos em estudo;
6. A dor física e a incapacidade psicológica são as dimensões da vida quotidiana mais afetadas pela saúde oral na população em estudo;
7. Os problemas orais não são apenas uma fonte de dor, mas também uma causa de doença física e emocional;
8. A institucionalização propicia um maior acesso aos serviços de atendimento médico-dentário;
9. A qualidade de vida é avaliada como superior pelos indivíduos institucionalizados e por aqueles que apresentam vínculos mais duradouros às instituições;
10. Os indivíduos não institucionalizados que vivem sozinhos apresentam uma autopercepção inferior da sua qualidade de vida relacionada com a saúde oral, comparativamente com aqueles que vivem acompanhados. Também os problemas de saúde oral com impacto importante a severo na saúde e a necessidade de tratamento urgente são superiores em quem vive sozinho;
11. O tipo de vínculo com a instituição, o número de dentes naturais, a autopercepção da necessidade de tratamento médico-dentário e do estado dos dentes e gengivas, o uso de prótese dentária, os hábitos alimentares, os hábitos tabágicos, o COHI e o COCNI

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

encontram-se significativamente associados com a qualidade de vida. Sendo que os seguintes fatores: não estar institucionalizado, ter um menor número de dentes naturais, ter autopercepção de uma elevada necessidade de tratamento médico-dentário e de um inferior estado dos dentes e gengivas, usar prótese dentária, realizar uma dieta cariogénica, fumar, e apresentar elevadas pontuações nos índices COHI e COCNI encontram-se associados a elevadas pontuações no questionário OHIP-14-MID-PT e, conseqüentemente, a uma percepção de pior QdVRSO;

12. De acordo com o modelo de regressão logística, a institucionalização e a autopercepção de um melhor estado dos dentes e gengivas constituem fatores favoráveis a uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral. Já a presença de somente 1-9 e 10-19 dentes e a percepção da necessidade de tratamento médico-dentário constituem fatores de risco para a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, nos indivíduos portadores de deficiência intelectual leve;
13. A utilização do OHIP-14-MID-PT pode ajudar a desenvolver e implementar políticas de saúde pública adaptadas às especificidades dos indivíduos.

Adicionalmente, os resultados, assim como a revisão bibliográfica realizada, permitem a consciencialização acerca das necessidades destes indivíduos, das barreiras no acesso aos cuidados de saúde, da importância do papel dos cuidadores, da necessidade de formar profissionais de saúde especializados no atendimento a pacientes especiais, e da inquestionável importância do estabelecimento de programas públicos de apoio à saúde oral nesta população.

BIBLIOGRAFIA

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Bibliografia

1. World Health Organization, The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência [Internet]. São Paulo: SEDPCD; 2012 [acesso em 2017 dez 12]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9788564047020_por.pdf?ua=1.
2. Ferreira M, Figueira I. Diagnóstico Duplo: Caracterização, Diagnóstico e Tendências. Lisboa; Fenacercj; 2013.
3. Garghetti FC, Medeiros JG, Nuernberg AH. Breve história da deficiência intelectual. Rev Electronica Investig y Docencia. 2013;10:101-16.
4. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Definition of Intellectual Disability [Internet]. Washington, D.C.; 2018 [acesso em 2018 mar 15]. Disponível em: <https://aaid.org/intellectual-disability/definition#.Wl5bUDU5PD4>.
5. Schalock RL, Luckasson RA, Shogren KA, Borthwick-Duffy S, Bradley V, Buntinx WH et al. The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. Intellect Dev Disabil. 2007;45(2):116-24.
6. Bissoto ML. Deficiência intelectual e processos de tomada de decisão: estamos enfrentando o desafio de educar para a autonomia? Educ Unisinos. 2014;18(1):3-12.
7. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM, Cooper SA, Martinez-Leal R, Bertelli M et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. World Psychiatry. 2011;10(3):175-80.
8. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
9. American Psychiatric Association. What is Intellectual Disability? [Internet]. Washington, D.C.; 2017 [acesso em 2018 jan 27]. Disponível em: <https://www.psychiatry.org/patients-families/intellectual-disability/what-is-intellectual-disability>.
10. Ke X, Liu J. Deficiência Intelectual. In: Rey JM (ed). IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (Edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2015. p.1-27.
11. Special Olympics. What is Intellectual Disability? [Internet]. Washington DC; 2018 [acesso em 2018 abr 10]. Disponível em: https://www.specialolympics.org/Sections/Who_We_Are/What_Is_Intellectual_Disability.aspx.
12. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil. 2011;32(2):419-36.
13. Petrovic BB, Peric TO, Markovic DLJ, Bajkin BB, Petrovic D, Blagojevic DB, et al. Unmet

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- oral health needs among persons with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2016;59:370-7.
14. Instituto Nacional para a Reabilitação. Informação estatística [Internet]. Lisboa; 2016 [acesso em 2018 jan 15]. Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/117/estudos-informacao-estatistica>.
 15. Instituto Nacional para a Reabilitação. Inquérito Nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens [Internet]. Lisboa; 2016 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/117/estudos-informacao-estatistica>.
 16. Gonçalves C. Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. *Rev Estud Demogr.* 2003;33:69-94.
 17. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011-Resultados Definitivos [Internet]. Lisboa; 2012 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf.
 18. Portugal. Constituição da República Portuguesa, Sétima Revisão Constitucional - 2005.
 19. Portugal. Diário da República - I Série-A nº 194, Lei nº 38/2004, 18 Agosto 2004.
 20. Portugal. Diário da República - I Série nº 194, Decreto-Lei nº129/2017, 9 Outubro 2017.
 21. Portugal. Diário da República - I Série nº 165, Lei nº46/2006, 28 Agosto 2006.
 22. Instituto Nacional para a Reabilitação. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência [Internet]. Lisboa; 2014 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/1187/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia>.
 23. Eurostat. Disability statistics introduced [Internet]. Luxembourg; 2015 [acesso em 2017 set 20]. Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Disability_statistics_introduced#Types_of_surveys_used_for_data_collection.
 24. Observatório da Deficiência e Direitos Humanos. Conselho da Europa adota nova Estratégia para a Deficiência (2017-2023) [Internet]. Lisboa; 2017 [acesso em 2017 set 25]. Disponível em: <http://odh.iscsp.utl.pt/index.php/pt/mediateca/eventos/item/296-ceuropa-nova-estrategia>.
 25. Fernandez C, Declerck D, Dedecker M, Marks L. Treatment needs and impact of oral health screening of athletes with intellectual disability in Belgium. *BMC Oral Health.* 2015;15(1):1-9.
 26. Weckwerth SA, Weckwerth GM, Ferrairo BM, Chicrala GM, Ambrosio AM, Toyoshima GH et al. Parents' perception of dental caries in intellectually disabled children. *Spec Care Dentist.* 2016;36(6):300-6.
 27. Pradhan A. Factors influencing the oral health of adults with physical and intellectual disabilities [tese doutoramento]. Adelaide: University of Adelaide, School of Dentistry; 2003.
 28. Chadwick D, Chapman M, Davies G. Factors affecting access to daily oral and dental care among adults with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2018;31(3):379-

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- 94.
29. Hsieh K, Murthy S, Heller T, Rimmer JH, Yen G. Reported gum disease as a cardiovascular risk factor in adults with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res.* 2018;62(3):187-98.
30. Costa AA, Della Bona Á, Trentin MS. Influence of Different Intellectual Disability Levels on Caries and Periodontal Disease. *Braz Dent J.* 2016;27(1):52-5.
31. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. *Spec Care Dentist.* 2010;30(3):110-7.
32. Oliveira JS, Prado Júnior RR, de Sousa Lima KR, de Oliveira Amaral H, Moita Neto JM, Mendes RF. Intellectual disability and impact on oral health: a paired study. *Spec Care Dentist.* 2013;33(6):262-8.
33. Oredugba FA, Akindayomi Y. Oral health status and treatment needs of children and young adults attending a day centre for individuals with special health care needs. *BMC Oral Health.* 2008;8:30.
34. Zhou N, Wong HM, Wen YF, Mcgrath C. Oral health status of children and adolescents with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *Dev Med Child Neurol.* 2017;59(10):1019-26.
35. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Oral health-related quality of life of Portuguese adults with mild intellectual disabilities. *PLoS One.* 2018;13(3):e0193953.
36. Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Should we educate care staff to improve the oral health and oral hygiene of people with intellectual disability in residential care? Real world lessons from a randomized controlled trial. *Spec Care Dentist.* 2015;35(3):92-8.
37. Oda Y, Hayashi F, Wakita A, Nagatani Y, Okada M. Five-year longitudinal study of dental caries risk associated with *Streptococcus mutans* and *Streptococcus sobrinus* in individuals with intellectual disabilities. *J Oral Sci.* 2017;59(1):39-46.
38. Binkley CJ, Johnson KW, Abadi M, Thompson K, Shamblen SR, Young L, et al. Improving the oral health of residents with intellectual and developmental disabilities: an oral health strategy and pilot study. *Eval Program Plann.* 2014;47:54-63.
39. Morgan JP, Minihan PM, Stark PC, Finkelman MD, Yantsides KE, Park A, et al. The oral health status of 4,732 adults with intellectual and developmental disabilities. *J Am Dent Assoc.* 2012;143(8):838-46.
40. Mac Giolla Phadraig C, Guerin S, Nunn J. Train the trainer? A randomized controlled trial of a multi-tiered oral health education programme in community-based residential services for adults with intellectual disability. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013;41(2):182-92.
41. Kavvadia K, Gizani S, Mamali S, Nassika M. Oral health status of teenagers and young adults with intellectual impairment in Athens, Greece. *J Disabil Oral Health.* 2008;9(2):63-9.
42. Batista LR, Moreira EA, Rauen MS, Corso AC, Fiates GM. Oral health and nutritional status of semi-institutionalized persons with mental retardation in Brazil. *Res Dev Disabil.* 2009;30(5):839-46.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

43. Mac Giolla Phadraig C, McCallion P, Cleary E, McGlinchey E, Burke E, McCarron M et al. Total tooth loss and complete denture use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. *J Public Health Dent*. 2015;75(2):101-8.
44. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, Carroll R, McCarron M, McCallion P. Why do edentulous adults with intellectual disabilities not wear dentures? Wave 2 of the IDS TILDA cohort study. *J Prosthodont Res*. 2017;61(1):61-6.
45. Ozgul O, Dursun E, Ozgul BM, Kartal Y, Coskunes FM, Kocyigit ID et al. The impact of handicap severity on oral and periodontal status of patients with mental retardation. *J Contemp Dent Pract*. 2014;15(2):218-22.
46. Cabrita JP, Bizarra MF, Graça SR. Prevalence of malocclusion in individuals with and without intellectual disability: A comparative study. *Spec Care Dentist*. 2017;37(4):181-6.
47. Utomi IL, Li Onyeaso, Ochi C. Malocclusion and orthodontic treatment need of mentally handicapped children in Lagos, Nigeria. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009;9(1):7-11.
48. Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Oral health evaluation in special needs individuals. *Einstein*. 2016;14(4):501-7.
49. Gabre P, Martinsson T, Gahnberg L. Longitudinal study of dental caries, tooth mortality and interproximal bone loss in adults with intellectual disability. *Eur J Oral Sci*. 2001;109(1):20-6.
50. Diab HA, Salameh Z, Hamadeh GN, Younes G, Ayoub F. Oral Health Status of Institutionalized Individuals with Intellectual Disabilities in Lebanon. *J Oral Maxillofac Res*. 2017;8(1):1-10.
51. Kumar S, Sharma J, Duraiswamy P, Kulkarni S. Determinants for oral hygiene and periodontal status among mentally disabled children and adolescents. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2009;27(3):151-7.
52. Bernal C. Maintenance of oral health in people with learning disabilities. *Nurs Times*. 2005;101(6):40-2.
53. Bakry NS, Alaki SM. Risk factors associated with caries experience in children and adolescents with intellectual disabilities. *J Clin Pediatr Dent*. 2012;36(3):319-23.
54. Seirawan H, Schneiderman J, Greene V, Mulligan R. Interdisciplinary approach to oral health for persons with developmental disabilities. *Spec Care Dentist*. 2008;28(2):43-52.
55. Blaizot A, Hamel O, Folliguet M, Herve C, Meningaud JP, Trentesaux T. Could Ethical Tensions in Oral Healthcare Management Revealed by Adults with Intellectual Disabilities and Caregivers Explain Unmet Oral Health Needs? Participatory Research with Focus Groups. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2017;30(1):172-87.
56. Anderson LL, Humphries K, McDermott S, Marks B, Sisirak J, Larson S. The State of the Science of Health and Wellness for Adults With Intellectual and Developmental Disabilities. *Intellect Dev Disabil*. 2013;51(5):385-98.
57. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health. *Eur J Dent Educ*. 2012;16(4):195-201.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

58. Ummer-Christian R, Iacono T, Grills N, Pradhan A, Hughes N, Gussy M. Access to dental services for children with intellectual and developmental disabilities - A scoping review. *Res Dev Disabil.* 2018;74:1-13.
59. Scully C, Diz Dios P, Kumar N. *Special Care in Dentistry: Handbook Of Oral Healthcare.* 1.ed. Philadelphia: Elsevier Limited; 2007.
60. Gallagher J, Scambler S. Disability and Oral Health. In: Sittiprapaporn W (ed). *Learning Disabilities.* Rijeka: IntechOpen; 2012. p.343-64.
61. Blaizot A, Catteau C, Delfosse C, Hamel O, Trentesaux T. Obstacles to comprehensive dental care in patients with sustained limitations of their decision-making abilities: findings from a Delphi study. *Eur J Oral Sci.* 2018; 126(3):222-33.
62. Waldman HB, Perlman SP. Why is providing dental care to people with mental retardation and other developmental disabilities such a low priority? *Public Health Rep.* 2002;117(5):435-9.
63. Ahmad MS, Razak IA, Borromeo GL. Special needs dentistry: perception, attitudes and educational experience of Malaysian dental students. *Eur J Dent Educ.* 2015;19(1):44-52.
64. Davis MJ. Issues in access to oral health care for special care patients. *Dent Clin North Am.* 2009;53(2):169-81.
65. Fisher K. Is There Anything to Smile about? A Review of Oral Care for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities. *Nurs Res Pract.* 2012;2012:860692
66. Raposa KA. Behavioral management for patients with intellectual and developmental disorders. *Dent Clin North Am.* 2009;53(2):359-73.
67. Owens J, Mistry K, Dyer TA. Access to dental services for people with learning disabilities: quality care? *J Disabil Oral Health.* 2011;12(1):17-27.
68. Marshman Z, Hall M, Owens J. *The oral health of adults with learning disabilities in Sheffield 2011.* Sheffield; University of Sheffield; 2011.
69. Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J.* 2009;54(3):204-11.
70. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. *Access. Br Dent J.* 2008;204(11):605-16.
71. Stiefel DJ. Dental care considerations for disabled adults. *Spec Care Dentist.* 2002;22(3):26-39.
72. Slack-Smith L, Ree M, Leonard H. Oral health and children with an intellectual disability: a focus group study of parent issues and perceptions. *J Disabil Oral Health.* 2010;11(4):171-7.
73. Shyama M, Al-Mutawa SA, Honkala E, Honkala S. Parental perceptions of dental visits and access to dental care among disabled schoolchildren in Kuwait. *Odontostomatol Trop.* 2015;38(149):34-42.
74. Serrano MEP, Posse JL, Feijoo JF. *Manual De Higiene Oral Para Personas Con Discapacidad.* Santiago de Compostela: Universidade; 2012.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

75. Persson RE, Stiefel DJ, Griffith MV, Truelove EL, Martin MD. Characteristics of dental emergency clinic patients with and without disabilities. *Spec Care Dentist*. 2000;20(3):114-20.
76. Oliveira AC, Pordeus IA, Luz CL, Paiva SM. Mothers' perceptions concerning oral health of children and adolescents with Down syndrome: a qualitative approach. *Eur J Paediatr Dent*. 2010;11(1):27-30.
77. Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(2):81-8.
78. Gerreth K, Borysewicz-Lewicka M. Access Barriers to Dental Health Care in Children with Disability. A Questionnaire Study of Parents. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2016;29(2):139-45.
79. Klingberg G, Hallberg U. Oral health - not a priority issue a grounded theory analysis of barriers for young patients with disabilities to receive oral health care on the same premise as others. *Eur J Oral Sci*. 2012;120(3):232-8.
80. Abdul Rahim FS, Mohamed AM, Marizan Nor M, Saub R. Dental care access among individuals with Down syndrome: a Malaysian scenario. *Acta Odontol Scand*. 2014;72(8):999-1004.
81. Williams JJ, Spangler CC, Yusaf NK. Barriers to dental care access for patients with special needs in an affluent metropolitan community. *Spec Care Dentist*. 2015;35(4):190-6.
82. Waldman HB, Perlman SP, Rader R. The transition of children with disabilities to adulthood: what about dental care? *J Am Dent Assoc*. 2010;141(8):937-8.
83. Nowak AJ, Casamassimo PS, Slayton RL. Facilitating the transition of patients with special health care needs from pediatric to adult oral health care. *J Am Dent Assoc*. 2010;141(11):1351-6.
84. Hanke-Herrero R, López Del Valle LM, Sánchez C, Waldman HB, Perlman SP. Latin-American Special Olympics athletes: evaluation of oral health status, 2010. *Spec Care Dentist*. 2013;33(5):209-12.
85. Gardens SJ, Krishna M, Vellappally S, Alzoman H, Halawany HS, Abraham NB et al. Oral health survey of 6-12-year-old children with disabilities attending special schools in Chennai, India. *Int J Paediatr Dent*. 2014;24(6):424-33.
86. Campanaro M, Huebner CE, Davis BE. Facilitators and barriers to twice daily tooth brushing among children with special health care needs. *Spec Care Dentist*. 2014;34(4):185-92.
87. Gonzalez EE, Nathe CN, Logothetis DD, Pizanis VG, Sanchez-Dils E. Training caregivers: disabilities and dental hygiene. *Int J Dent Hyg*. 2013;11(4):293-7.
88. Liu Z, Yu D, Luo W, Yang J, Lu J, Gao S et al. Impact of oral health behaviors on dental caries in children with intellectual disabilities in Guangzhou, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):11015-27.
89. Hennequin M, Morin C, Feine JS. Pain expression and stimulus localisation in individuals with Down's syndrome. *Lancet*. 2000;356(9245):1882-7.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

90. Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Needs for oral care among people with intellectual disability not in contact with Community Dental Services. *J Intellect Disabil Res.* 2000;44(1):45-52.
91. Tiller S, Wilson KI, Gallagher JE. Oral health status and dental service use of adults with learning disabilities living in residential institutions and in the community. *Community Dent Health.* 2001;18(3):167-71.
92. Gallagher JE, Fiske J. Special Care Dentistry: a professional challenge. *Br Dent J.* 2007;202(10):619-29.
93. Scambler S, Low E, Zoitopoulos L, Gallagher JE. Professional attitudes towards disability in special care dentistry. *J Disabil Oral Health.* 2011;12(2):51-8.
94. Diéguez-Pérez M, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. *J Clin Exp Dent.* 2016;8(3):337-43.
95. Vozza I, Cavallè E, Corridore D, Ripari F, Spota A, Brugnoletti O, et al. Preventive strategies in oral health for special needs patients. *Ann Stomatol (Roma).* 2015;6(3-4):96-9.
96. Oliveira AC, Paiva SM, Pordeus IA. Parental acceptance of restraint methods used for children with intellectual disabilities during dental care. *Spec Care Dentist.* 2007;27(6):222-6.
97. Fallea A, Zuccarello R, Calì F. Dental anxiety in patients with borderline intellectual functioning and patients with intellectual disabilities. *BMC Oral Health.* 2016;16(1):114.
98. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *Int Dent J.* 2017;67(3):139-47.
99. World Health Organization. *The World Oral Health Report 2003.* Geneva; WHO; 2003.
100. Lourenço A, Barros PP. *Cuidados de Saúde Oral - Universalização.* Lisboa: Universidade Nova; 2016.
101. Glick M, Monteiro Da Silva O, Seeberger GK, Xu T, Pucca G, Williams DM, et al. *FDI Visão 2020: Uma reflexão sobre o futuro da saúde oral.* Geneva; FDI; 2014.
102. FDI World Dental Federation. *Oral Health and Dental Care of People with Disabilities* [Internet]. Póznan; 2016 [acesso em 2017 fev 13]. Disponível em: <https://www.fdiworldddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-dental-care-of-people-with-disabilities>.
103. Milano M. Oral Healthcare for Persons With Intellectual or Developmental Disabilities: Why is There a Disparity? *Compend Contin Educ Dent.* 2017;38(10):5-8.
104. Naouri D, Bussiere C, Pelletier-Fleury N. What are the determinants of dental care expenditures in institutions for adults with disabilities? Findings from a national survey. *Arch Phys Med Rehabil.* 2018;(18):30015-7.
105. Mac Giolla Phadraig C, Nunn J, Dougall A, O'Neill E, McLoughlin J, Guerin S. What should dental services for people with disabilities be like? Results of an Irish Delphi panel Survey. *PLoS One.* 2014;9(11):113393.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

106. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
107. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ*. 2005;83(9):644.
108. Singh A, Dhawan P, Gaurav V, Rastogi P, Singh S. Assessment of oral health-related quality of life in 9-15 year old children with visual impairment in Uttarakhand, India. *Dent Res J*. 2017;14(1):43-49.
109. Rozier RG, Pahel BT. Patient-and population-reported outcomes in public health dentistry: oral health-related quality of life. *Dent Clin North Am*. 2008;52(2):345-65.
110. Schimmel M, Leemann B, Christou P, Kiliaridis S, Schnider A, Herrmann FR et al. Oral health-related quality of life in hospitalised stroke patients. *Gerodontology*. 2011;28(1):3-11.
111. John MT, Rener-Sitar K, Baba K, Čelebić A, Larsson P, Szabo G. Patterns of impaired oral health-related quality of life dimensions. *J Oral Rehabil*. 2016;43(7):519-27.
112. He SL, Wang JH. Validation of the chinese version of the oral health impact profile for TMDs (OHIP- TMDs-C). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2015; 20(2):161-6.
113. El-Meligy O, Maashi M, Al-Mushayt A, Al-Nowaiser A, Al-Mubark S. The Effect of Full-Mouth Rehabilitation on Oral Health-Related Quality of Life for Children with Special Health Care Needs. *J Clin Pediatr Dent*. 2016;40(1):53-61.
114. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264-70.
115. Broder HL, Wilson-Genderson M, Sischo L. Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Reduced (COHIP-SF 19). *J Public Health Dent*. 2012;72(4):302-12.
116. Navabi N, Nakhaee N, Mirzadeh A. Validation of a Persian Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP 14). *Iran J Public Health*. 2010;39(4):135-9.
117. Alves NS, Gavina VP, Cortellazzi KL, Antunes LA, Silveira FM, Assaf AV. Analysis of clinical, demographic, socioeconomic, and psychosocial determinants of quality of life of persons with intellectual disability: a cross-sectional Study. *Spec Care Dentist*. 2016;36(6):307-14.
118. Pani SC, Mubarak SA, Ahmed YT, Alturki RY, Almahfouz SF. Parental perceptions of the oral health-related quality of life of autistic children in Saudi Arabia. *Spec Care Dentist*. 2013;33(1):8-12.
119. Locker D, Jokovic A, Tompson B. Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. *Cleft Palate Craniofac J*. 2005;42(3):260-6.
120. Atchison KA, Shetty V, Belin TR, Der-Martirosian C, Leathers R, Black E et al. Using patient self-report data to evaluate orofacial surgical outcomes. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(2):93-102.
121. Chang J, Patton LL, Kim HY. Impact of dental treatment under general anesthesia on the oral health-related quality of life of adolescents and adults with special needs. *Eur J Oral Sci*. 2014;122(6):363-71.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

122. Abanto J, Carvalho TS, Bönecker M, Ortega AO, Ciamponi AL, Raggio DP. Parental reports of the oral health-related quality of life of children with cerebral palsy. *BMC Oral Health*. 2012;12:15.
123. Liu P, McGrath C, Cheung G. What are the key endodontic factors associated with oral health-related quality of life? *Int Endod J*. 2014;47(3):238-45.
124. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2(1):247-53.
125. Alsumait A, ElSalhy M, Amin M. Long-Term Effects of School-Based Oral Health Program on Oral Health Knowledge and Practices and Oral Health-Related Quality of Life. *Med Princ Pract*. 2015;24(4):362-8.
126. Miura H, Yamasaki K, Morizaki N, Moriya S, Sumi Y. Factors influencing oral health-related quality of life (OHRQoL) among the frail elderly residing in the community with their family. *Arch Gerontol Geriatr*. 2010;51(3):62-5.
127. Locker D, Allen F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(6):401-11.
128. Montero J, Macedo C, López-Valverde A, Bravo M. Validation of the oral health impact profile (OHIP-20sp) for Spanish edentulous patients. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17(3):469-76.
129. Dai R, Lam OLT, Lo ECM, Li LSW, McGrath C. Oral health-related quality of life in patients with stroke: a randomized clinical trial of oral hygiene care during outpatient rehabilitation. *Sci Rep*. 2017;7(1):7632.
130. Reissmann DR, John MT, Feuerstahler L, Baba K, Szabó G, Čelebić A, et al. Longitudinal measurement invariance in prospective oral health-related quality of life assessment. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14:88.
131. El Osta N, Pichot H, Soulier-Peigue D, Hennequin M, Tubert-Jeannin S. Validation of the child oral health impact profile (COHIP) french questionnaire among 12 years-old children in New Caledonia. *Health Qual Life Outcomes*. 2015;13:176.
132. El Osta N, Tubert-Jeannin S, Hennequin M, Bou Abboud Naaman N, El Osta L, Geahchan N. Comparison of the OHIP-14 and GOHAI as measures of oral health among elderly in Lebanon. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:131.
133. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:40.
134. Aggarwal VP, Mathur A, Dileep CL, Batra M, Makkar DK. Impact of sociodemographic attributes and dental caries on quality of life of intellectual disabled children using ECOHIS. *Int J Health Sci*. 2016;10(4):480-90.
135. Arheiam AA, Baker SR, Ballo L, Elareibi I, Fakron S, Harris RV. The development and psychometric properties of the Arabic version of the child oral health impact profile-short form (COHIP- SF 19). *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15:218.
136. Vinita Mary A, Mahendra J, John J, Moses J, Rajesh Ebenezer AV, Kesavan R. Assessing quality of life using the oral health impact profile (OHIP-14) in subjects with and without orthodontic treatment need in Chennai, Tamil Nadu, India. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(8):78-81.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

137. Shyama M, Honkala S, Al-Mutawa SA, Honkala E. Oral health-related quality of life among parents and teachers of disabled schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2013;22(3):285-90.
138. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3-11.
139. Pradhan A, Keuskamp D, Brennan D. Oral health-related quality of life improves in employees with disabilities following a workplace dental intervention. *Eval Program Plann.* 2016;59:1-6.
140. Gift HC, Atchison KA. Oral health, health, and health-related quality of life. *Med Care.* 1995;33(11):57-77.
141. Pradhan A. Oral health impact on quality of life among adults with disabilities: carer perceptions. *Aust Dent J.* 2013;58(4):526-30.
142. Reisine ST. Dental disease and work loss. *J Dent Res.* 1984;63(9):1158-61.
143. Gift HC, Reisine ST, Larach DC. The social impact of dental problems and visits. *Am J Public Health.* 1992;82(12):1663-8.
144. Reisine ST, Fertig J, Weber J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1989;17(1):7-10.
145. Gomes MC, Pinto-Sarmiento TC, Costa EM, Martins CC, Granville-Garcia AF, Paiva SM. Impact of oral health conditions on the quality of life of preschool children and their families: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:55.
146. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Measuring parental perceptions of child oral health-related quality of life. *J Public Health Dent.* 2003;63(2):67-72.
147. Ostberg AL, Hall-Lord ML. Oral health-related quality of life in older Swedish people with pain problems. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(3):510-6.
148. Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health.* 2002;19(2):90-7.
149. AlBaker AM, AlBaqami FF, AlHarbi TM, AlAmri MD, Baskaradoss JK. Oral Health Status and Oral Health-related Quality of Life among Hospitalized and Nonhospitalized Geriatric Patients. *J Contemp Dent Pract.* 2017;18(3): 228-34.
150. Ulinski KG, do Nascimento MA, Lima AM, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KB et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly. *Int J Dent.* 2013;2013:705047.
151. Christensen LB, Hede B, Nielsen E. A cross-sectional study of oral health and oral health-related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programme in Copenhagen City, Denmark. *Gerodontology.* 2012;29(2):392-400.
152. Porter J, Ntouva A, Read A, Murdoch M, Ola D, Tsakos G. The impact of oral health on the quality of life of nursing home residents. *Health Qual Life Outcomes.* 2015;13:102.
153. Masood M, Newton T, Bakri NN, Khalid T, Masood Y. The relationship between oral health

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- and oral health related quality of life among elderly people in United Kingdom. *J Dent.* 2017;56:78-83.
154. Stenman U, Ahlqwist M, Björkelund C, Hakeberg M. Oral health-related quality of life-associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. *Gerodontology.* 2012;29(2):440-6.
 155. Klotz AL, Hassel AJ, Schröder J, Rammelsberg P, Zenthöfer A. Oral health-related quality of life and prosthetic status of nursing home residents with or without dementia. *Clin Interv Aging.* 2017;12:659-65.
 156. Hassel AJ, Koke U, Schmitter M, Rammelsberg P. Factors associated with oral health-related quality of life in institutionalized elderly. *Acta Odontol Scand.* 2006;64(1):9-15.
 157. Jang EJ, Kim EK, Lee KS, Lee HK, Choi YH, Hwang TY, et al. Oral health related quality of life and it's related factors of stroke patients at home in Korea. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(3):523-8.
 158. Paula JS, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Oral health, socio-economic and home environmental factors associated with general and oral-health related quality of life and convergent validity of two instruments. *BMC Oral Health.* 2015;15:26.
 159. Paula JS, Leite IC, Almeida AB, Ambrosano GM, Mialhe FL. The impact of socioenvironmental characteristics on domains of oral health-related quality of life in Brazilian schoolchildren. *BMC Oral Health.* 2013;13:10.
 160. Brennan DS, Spencer AJ. Health-related quality of life and income-related social mobility in young adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:52.
 161. 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. *BMC Oral Health.* 2015;15:100.
 162. Ng SK, Leung WK. A community study on the relationship of dental anxiety with oral health status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(4):347-56.
 163. Silva ME, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impact of tooth loss in quality of life. *Cien Saude Colet.* 2010;15(3):841-50.
 164. Niklander S, Veas L, Barrera C, Fuentes F, Chiappini G, Marshall M. Risk factors, hyposalivation and impact of xerostomia on oral health-related quality of life. *Braz Oral Res.* 2017;31:14.
 165. Owens PL, Kerker BD, Zigler E, Horwitz SM. Vision and oral health needs of individuals with intellectual disability. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2006;12(1):28-40.
 166. Amaral Loureiro AC, Oliveira Costa F, Eustáquio da Costa J. The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract.* 2007;12(1):50-4.
 167. Du RY, McGrath C, Yiu CK, King NM. Health- and oral health-related quality of life among preschool children with cerebral palsy. *Qual Life Res.* 2010;19(9):1367-71.
 168. Hennequin M, Faulks D, Roux D. Accuracy of estimation of dental treatment need in special care patients. *J Dent.* 2000;28(2):131-6.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

169. Saviani F. A qualidade de vida de adultos com deficiência mental leve, na percepção destas pessoas e na de seus cuidadores [tese de mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
170. Cohen LK, Jago JD. Toward the formulation of sociodental indicators. *Int J Health Serv.* 1976;6(4):681-98.
171. Costa J. La salud oral y el bienestar funcional de los ancianos portugueses institucionalizados [tese de doutoramento]. Salamanca: Universidade de Salamanca; 2014.
172. Lacerda JT. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida [tese de doutoramento]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
173. Papagiannopoulou V, Oulis CJ, Papaioannou W, Antonogeorgos G, Yfantopoulos J. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10(1):7.
174. Montero-Martín J, Bravo-Pérez M, Albaladejo-Martínez A, Hernández-Martín LA, Rosel-Gallardo EM. Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2009;14(1):44-50.
175. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Br Dent J.* 2016;221(12):792-3.
176. Li C, Xia B, Wang Y, Guan X, Yuan J, Ge L. Translation and psychometric properties of the Chinese (Mandarin) version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) for school-age children. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:169.
177. Cushing AM, Sheiman A, Maizels J. Developing socio-dental indicators-the social impact of dental disease. *Community Dent Health.* 1986;3(1):3-17.
178. Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care.* 1981;19(8):787-805.
179. Grecu AG, Ducea D, Balazsi R, Dumitrascu DL. Romanian version of the oral health impact profile-49 questionnaire: validation and preliminary assessment of the psychometrical properties. *Clujul Med.* 2015;88(4):530-6.
180. Locker D. Health outcomes of oral disorders. *Int J Epidemiol.* 1995;24(1):85-9.
181. León S, Bravo-Cavicchioli D, Correa-Beltrán G, Giacaman RA. Validation of the Spanish version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans. *BMC Oral Health.* 2014;14:95.
182. Bettie NF, Ramachandiran H, Anand V, Sathiamurthy A, Sekaran P. Tools for evaluating oral health and quality of life. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015;7(2):414-9.
183. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990;54(11):680-7.
184. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. *J Am Dent Assoc.* 1993;124(1):105-10.
185. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health*

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- Dent. 1994;54(3):167-76.
186. Leao A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health*. 1996;13(1):22-6.
 187. Frisch MB, Cornell J, Villanueva M, Retzlaff PJ. Clinical Validation of the Quality of Life Inventory: A Measure of Life Satisfaction for Use in Treatment Planning and Outcome Assessment. *Psychol Assess*. 1992;4(1):92-101.
 188. McGrath C, Bedi R. Measuring the impact of oral health on quality of life in Britain using OHQoL-UK(W). *J Public Health Dent*. 2003;63(2):73-7.
 189. S Adulyanon. An integrated socio-dental approach to dental treatment need estimation [tese de doutoramento]. London: University College London (University of London); 1996.
 190. Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B, Guyatt G. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res*. 2002;81(7):459-63.
 191. Jokovic A, Locker D, Guyatt G. Short forms of the Child Perceptions Questionnaire for 11-14-year-old children (CPQ11-14): development and initial evaluation. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:4.
 192. Pahel BT, Rozier RG, Slade GD. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS). *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5(1):6.
 193. Huntington NL, Spetter D, Jones JA, Rich SE, Garcia RI, Spiro A 3rd. Development and validation of a measure of pediatric oral health-related quality of life: the POQL. *J Public Health Dent*. 2011;71(3):185-93.
 194. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. Developing and evaluating an oral health-related quality of life index for children; the CHILD-OIDP. *Community Dent Health*. 2004;21(2):161-9.
 195. Tsakos G, Blair YI, Yusuf H, Wright W, Watt RG, Macpherson LM. Developing a new self-reported scale of oral health outcomes for 5-year-old children (SOHO-5). *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:62.
 196. Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the Child Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):8-19.
 197. Broder HL, Wilson-Genderson M. Reliability and convergent and discriminant validity of the Child Oral Health Impact Profile (COHIP Child's version). *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):20-31.
 198. Dunlow N, Phillips C, Broder HL. Concurrent validity of the COHIP. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):41-9.
 199. Stein RE, Riessman CK. The development of an impact-on-family scale: preliminary findings. *Med Care*. 1980;18(4):465-72.
 200. Hongxing L, List T, Nilsson IM, Johansson A, Nordrehaug Astrøm A. Validity and reliability of OIDP and OHIP-14: a survey of Chinese high school students. *BMC Oral Health*. 2014;14:158.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

201. Robinson PG. Choosing a measure of Health Related Quality of Life. *Community Dent Health*. 2016;33(2):107-15.
202. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JADB. Psychometric Properties of the Oral Health Impact Profile and New Methodological Approach. *J Dent Res*. 2014;93(7):645-50.
203. Rimal J, Shrestha A. Validation of Nepalese Oral Health Impact Profile¹⁴ and Assessment of Its Impact in Patients with Oral Submucous Fibrosis in Nepal. *J Nepal Health Res Counc*. 2015;13(29):43-9.
204. Naik A, John MT, Kohli N, Self K, Flynn P. Validation of the English-language version of 5-item Oral Health Impact Profile. *J Prosthodont Res*. 2016;60(2):85-91.
205. Reissmann DR, Sierwald I, Heydecke G, John MT. Interpreting one oral health impact profile point. *Health Qual Life Outcomes*. 2013;11:12.
206. Rener-sitar K, Petričević N, Čelebić A, Marion L. Psychometric Properties of Croatian and Slovenian Short Form of Oral Health Impact Profile Questionnaires. *Croat Med J*. 2008; 49(4):536-44.
207. Kieffer JM, van Wijk AJ, Ho JP, Lindeboom JA. The internal responsiveness of the oral health impact profile-14 to detect differences in clinical parameters related to surgical third molar removal. *Qual Life Res*. 2012;21(7):1241-7.
208. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*. 1988;5(1):3-18.
209. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease. 1.ed. Geneva: Who; 1980.
210. Ruff RR, Sischo L, Broder HL. Minimally important difference of the Child Oral Health Impact Profile for children with orofacial anomalies. *Health Qual Life Outcomes*. 2016;14(1):140.
211. John MT, Reißmann DR, Feuerstahler L, Waller N, Baba K, Larsson P et al. Factor analyses of the Oral Health Impact Profile - overview and studied population. *J Prosthodont Res*. 2014;58(1):26-34.
212. John MT. Exploring dimensions of oral health-related quality of life using experts' opinions. *Qual Life Res*. 2007;16(4):697-704.
213. Mason J, Pearce MS, Walls AW, Parker L, Steele JG. How do factors at different stages of the lifecourse contribute to oral-health-related quality of life in middle age for men and women? *J Dent Res*. 2006;85(3):257-61.
214. Yuen HK, Nelson SL. Test-Retest Reliability of Oral Health Impact Profile (OHIP-49) in Adults with Systemic Sclerosis. *Spec Care Dentist*. 2014;34(1):27-33.
215. Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1997;14(3):133-8.
216. Allison P, Locker D, Jokovic A, Slade G. A cross-cultural study of oral health values. *J Dent Res*. 1999;78(2):643-9.
217. Locker D, Slade G. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- impact profile. *J Can Dent Assoc.* 1993;59(10):830-44.
218. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284-90.
219. Yamazaki M, Inukai M, Baba K, John MT. Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-J). *J Oral Rehabil.* 2007;34(3):159-68.
220. Wong MC, Lo EC, McMillan AS. Validation of a Chinese Version of The Oral Health Impact Profile (OHIP). *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(6):423-30.
221. van der Meulen MJ, John MT, Naeije M, Lobbezoo F. The Dutch version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-NL): Translation, reliability and construct validity. *BMC Oral Health.* 2008;8:11.
222. Corridore D, Campus G, Guerra F, Ripari F, Sale S, Ottolenghi L. Validation of the Italian version of the Oral Health Impact Profile-14 (IOHIP-14). *Ann Stomatol (Roma).* 2014;4(3-4):239-43.
223. Deshpande NC, Nawathe AA. Translation and validation of Hindi version of Oral Health Impact Profile-14. *J Indian Soc Periodontol.* 2015;19(2):208-10.
224. Fernandes MJ, Ruta DA, Ogden GR, Pitts NB, Ogston SA. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(1):53-62.
225. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and the OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(5):373-81.
226. Motalebnejad M, Hadian H, Mehdizadeh S, Hajiahmadi M. Validity and reliability of the Persian version of the oral health impact profile (OHIP)-14. *Caspian J Intern Med.* 2011;2(4):314-20.
227. Rodakowska E, Mierzyńska K, Bagińska J, Jamiołkowski J. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. *BMC Oral Health.* 2014;14:106.
228. Lawal FB, Taiwo JO, Arowojolu MO. How valid are the psychometric properties of the oral health impact profile-14 measure in adult dental patients in Ibadan, Nigeria? *Ethiop J Health Sci.* 2014;24(3):235-42.
229. Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação Portuguesa de ohip-14. *Psic., Saúde & Doenças.* 2017;18(2):374-88.
230. Roumani T, Oulis CJ, Papagiannopoulou V, Yfantopoulos J. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) in adolescents. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010;11(5):247-52.
231. Slusanschi O, Moraru R, Garneata L, Mircescu G, Cuculescu M, Preoteasa E. Validation of a Romanian version of the short form of the oral health impact profile (OHIP-14) for use in an urban adult population. *Oral Health Prev Dent.* 2013;11(3):235-42.
232. Skośkiewicz-Malinowska K, Kaczmarek U, Ziętek M, Malicka B. Validation of the Polish version of the oral health impact profile-14. *Adv Clin Exp Med.* 2015; 24(1):129-37.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

233. Ekanayake L, Perera I. Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. *Gerodontology*. 2003;20(2):95-9.
234. Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology*. 2004;21(3):167-76.
235. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):307-14.
236. Saub R, Locker D, Allison P. Derivation and validation of the short version of the Malaysian Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(5):378-83.
237. John MT, Miglioretti DL, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Micheelis W. German short forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(4):277-88.
238. Hägglin C, Berggren U, Hakeberg M, Edvardsson A, Eriksson M. Evaluation of Swedish version of the OHIP - 14 among patients in general and specialist dental care. *Swed Dent J*. 2007;31(2):91-101.
239. Xin WN, Ling JQ. Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*. 2006;41(4):242-5.
240. Bae KH, Kim HD, Jung SH, Park DY, Kim JB, Paik DI, et al. Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):73-9.
241. Khalifa N, Allen PF, Abu-bakr NH, Abdel-Rahman ME. Psychometric properties and performance of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14s-ar) among Sudanese adults. *J Oral Sci*. 2013;55(2):123-32.
242. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008;36(4):305-16.
243. Locker D, Allen PF. Developing short-form measures of oral health-related quality of Life. *J Public Health Dent*. 2002;62(1):13-20.
244. Segù M, Collesano V, Lobbia S, Rezzani C. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(2):125-30.
245. Allen F, Locker D. A modified short version of the oral health impact profile for assessing health-related quality of life in edentulous adults. *Int J Prosthodont*. 2002;15(5):446-50.
246. León S, Correa-Beltrán G, De Marchi RJ, Giacaman RA. Ultra-short version of the oral health impact profile in elderly Chileans. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(2):277-85.
247. Van der Meulen MJ, John MT, Naeije M, Lobbezoo F. Developing abbreviated OHIP versions for use with TMD patients. *J Oral Rehabil*. 2012;39(1):18-27.
248. Durham J, Steele JG, Wassell RW, Exley C, Meechan JG, Allen PF et al. Creating a patient-based condition-specific outcome measure for Temporomandibular Disorders (TMDs): Oral Health Impact Profile for TMDs (OHIP-TMDs). *J Oral Rehabil*. 2011;38(12):871-83.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

249. Souza RF, Terada AS, Vecchia MP, Regis RR, Zanini AP, Compagnoni MA. Validation of the Brazilian versions of two inventories for measuring oral health-related quality of life of edentulous subjects. *Gerodontology*. 2012;29(2):88-95.
250. Özhayat EB, Gotfredsen K. Oral health-related quality-of-life in patients to be treated with fixed or removable partial dental prostheses. *Acta Odontol Scand*. 2013;71(1):113-9.
251. Wong AH, Cheung CS, McGrath C. Developing a short form of Oral Health Impact Profile (OHIP) for dental aesthetics: OHIP-aesthetic. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(1):64-72.
252. Kushnir D, Zusman SP, Robinson PG. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. *J Public Health Dent*. 2004;64(2):71-5.
253. Larsson P, John MT, Hakerberg M, Nilner K, List T. General population norms of the Swedish short forms of Oral Health Impact Profile. *J Oral Rehabil*. 2014;41(4):275-81.
254. Baker SR, Pankhurst CL, Robinson PG. Utility of two oral health-related quality- of-life measures in patients with xerostomia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(5):351-62.
255. Soe KK, Gelbier S, Robinson PG. Reliability and validity of two oral health related quality of life measures in Myanmar adolescents. *Community Dent Health*. 2004;21(4):306-11.
256. Hassel AJ, Steuker B, Rolko C, Keller L, Rammelsberg P, Nitschke I. Oral health-related quality of life of elderly Germans-comparison of GOHAI and OHIP-14. *Community Dent Health*. 2010;27(4):242-7.
257. Ikebe K, Hazeyama T, Enoki K, Murai S, Okada T, Kagawa R et al. Comparison of GOHAI and OHIP-14 measures in relation to objective values of oral function in elderly Japanese. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012;40(5):406-14.
258. Broder HL, Slade G, Caine R, Reisine S. Perceived impact of oral health conditions among minority adolescents. *J Public Health Dent*. 2000;60(3):189-92.
259. Zheng DH, Wang XX, Su YR, Zhao SY, Xu C, Kong C, et al. Assessing changes in quality of life using the Oral Health Impact Profile (OHIP) in patients with different classifications of malocclusion during comprehensive orthodontic treatment. *BMC Oral Health*. 2015;15:148.
260. Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(1):10-8.
261. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: A critical review and recommendations. *J Clin Epidemiol*. 2000;53(5):459-68.
262. Alzarea BK. Assessment and evaluation of quality of life (OHRQOL) of patients with dental implants using the oral health impact profile (OHIP-14) - A clinical study. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(4):ZC57-60.
263. Guillemin F , Bombardier C , Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures : literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46(12):1417-32.
264. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186-91.
265. Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM. Issues in cross-cultural quality-of-life research. *J Nurs Scholarsh*. 2001;33(1):15-20.
266. World Health Organization. Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. Geneva; 2018 [acesso em 2017 out 13]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
267. Sullivan M. Cross-cultural validation for quality of life. *J Clin Epidemiol*. 1994;47(12):1465-6.
268. Fernandez Rojas C, Wichrowska-Rymarek K, Pavlic A, Vinereanu A, Fabjanska K, Kaschke I et al. Oral health needs of athletes with intellectual disability in Eastern Europe : Poland, Romania and Slovenia. *Int Dent J*. 2016;66(2):113-9.
269. Coppus AM. People with intellectual disability: what do we know about adulthood and life expectancy? *Dev Disabil Res Rev*. 2013;18(1):6-16.
270. Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Factors influencing caries experience among adults with physical and intellectual disabilities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(2):143-54.
271. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in oral health for children with disabilities: a French national survey in special schools. *PLoS One*. 2008; 3(6):e2564.
272. Al-Allaq T, DeBord TK, Liu H, Wang Y, Messadi DV. Oral health status of individuals with cerebral palsy at a nationally recognized rehabilitation center. *Spec Care Dentist*. 2015;35(1):15-21.
273. Observatório da Deficiência e Direitos Humanos. Monitorização dos Direitos Humanos das Pessoas com Deficiência em Portugal. Lisboa; ODDH; 2014.
274. Observatório da Deficiência e Direitos Humanos. Implementação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal. Lisboa; ODDH; 2016.
275. Nunes M. Epidemiologia (algo) básica - Uma espécie de sebenta. Castelo Branco: RVJ editores; 2015.
276. Centers for Disease Control and Prevention. International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM) [Internet]. Atlanta; 2018 [acesso em 2018 mar 20]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>.
277. Pestana M. Deficiência Intelectual: Transição para a Vida Activa [tese de mestrado]. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett; 2011.
278. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez SA. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). *Gerodontology*. 2012;29(2):155-8.
279. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res*. 1996;75(7):1439-50.
280. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods - 5th edition [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2017 jul 18].

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Disponível em: http://www.who.int/oral_health/publications/9789241548649/en/.

281. Couto P, Pereira PA, Nunes M, Mendes RA. Validation of a Portuguese version of the Oral Health Impact Profile adapted to people with mild intellectual disabilities (OHIP-14-MID-PT). *PLoS One*. 2018;13(6):e0198840.
282. Augusto A. Quantitative methodologies/qualitative methodologies: More than a matter of preference. *Forum Sociológico*. 2014;24(1):73-77.
283. Terwee CB, Bot SD, Boer MR, Van der Windt DA, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34-42.
284. John MT, Patrick DL, Slade GD. The German version of the Oral Health Impact Profile - translation and psychometric properties. *Eur J Oral Sci*. 2002;110(6):425-33.
285. Szentpétery A, Szabó G, Marada G, Szántó I, John MT. The Hungarian version of the Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci*. 2006;114(3):197-203.
286. Rodrigues D. Adaptação para a população portuguesa de instrumentos de avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida [tese de mestrado]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2015.
287. Shrout P, Fleiss J. Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychol Bull*. 1979;86:420-8.
288. Schoppink LE, Van Tulder MW, Koes BW, Beurskens SA, de Bie RA. Reliability and validity of the Dutch adaptation of the Quebec Back Pain Disability Scale. *Phys Ther*. 1996;76(3):268-75.
289. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. 1986;1(8476):307-10.
290. Bartko JJ. The intraclass correlation coefficient as a measure of reability. *Psychol Rep*. 1966;19(1):3-11.
291. Cronbach L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951;16(3):297-334.
292. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. 5. ed. Boston: Houghton Mifflin; 2003.
293. Maroco J. *Análise de equações estruturais - Fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: Report Number; 2010.
294. Arbuckle J. *AMOS 17 User's guide*. Chicago, IL: SPSS; 2008.
295. Greene JC, Vermillion JR. The oral hygiene index: a method for classifying oral hygiene status. *J Am Dent Assoc*. 1960;61(2):172-9.
296. Figueiredo JR, Antunes J. *Odontologia para pacientes com necessidades especiais*. In: Borges LC. *ASB & TSB Formação e prática da equipe auxiliar*. 1ªed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015. p.367-376.
297. Löe H, Silness J. Periodontal Disease in Pregnancy I. Prevalence and Severity. *Acta Odontol Scand*. 1963;21(11):533-51.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

298. Ekstrand KR, Kuzmina T, Bjorndal L, Thylstrup A. Relationship between external and histologic features of progressive stages of caries in the occlusal fossa. *Caries Res.* 1995;29:243-50.
299. McGraw KO, Wong SP. Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychol Methods.* 1996;1(1):30-46.
300. Streiner D, Norman G. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use.* 4. ed. Oxford: University Press; 2008.
301. Cohen-Carneiro F, Rebelo MA, Souza-Santos R, Ambrosano GM, Salino AV, Pontes DG. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(6):1122-30.
302. Robinson PG, Gibson B, Khan FA, Birnbaum W. Validity of two oral health-related quality of life measures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003;31(2):90-9.
303. John MT, Reissmann DR, Feuerstahler L, Waller N, Baba K, Larsson P, et al. Exploratory factor analysis of the Oral Health Impact Profile. *J Oral Rehabil.* 2014;41(9):635-43.
304. Baba K, Inukai M, John MT. Feasibility of oral health-related quality of life assessment in prosthodontic patients using abbreviated Oral Health Impact Profile questionnaires. *J Oral Rehabil.* 2008;35(3):224-8.
305. Szabó G, John MT, Szántó I, Marada G, Kende D, Szentpétery A. Impaired oral health-related quality of life in Hungary. *Acta Odontol Scand.* 2011;69(2):108-17.
306. Jongh A, van Houtem C, van der Schoof M, Resida G, Broers D. Oral health status, treatment needs, and obstacles to dental care among noninstitutionalized children with severe mental disabilities in The Netherlands. *Spec Care Dentist.* 2008;28(3):111-5.
307. Einarson S, Gerdin EW, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand.* 2009;67(2):85-93.
308. Santos CM, Oliveira BH, Nadanovsky P, Hilgert JB, Celeste RK, Hugo FN. The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? *Cad Saude Publica.* 2013;29(4):749-57.
309. Mumcu G, Hayran O, Ozalp DO, Inanc N, Yavuz S, Ergun T et al. The assessment of oral health-related quality of life by factor analysis in patients with Behcet's disease and recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol Med.* 2007;36(3):147-52.
310. Liu JY, Pow EH, Chen ZF, Zheng J, Zhang XC, Chen J. The Mandarin Chinese shortened version of Oral Health Impact Profile for partially edentate patients with implant-supported prostheses. *J Oral Rehabil.* 2012;39(8):591-9.
311. Baker SR, Gibson B, Locker D. Is the oral health impact profile measuring up? Investigating the scale's construct validity using structural equation modelling. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(6):532-41.
312. John MT, Feuerstahler L, Waller N, Baba K, Larsson P, Čelebić A, et al. Confirmatory factor analysis of the Oral Health Impact Profile. *J Oral Rehabil.* 2014;41(9):644-52.
313. Montero J, Bravo M, Vicente MP, Galindo MP, López JF, Albaladejo A. Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:24.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

314. Nuttall NM, Slade GD, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. An empirically derived population-response model of the short form of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(1):18-24.
315. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *Br Dent J.* 2001;190(3):121-6.
316. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J.* 2005;198(8):489-93.
317. Veiga N, Amaral O, Pereira C, Chaves C, Nelas P, Ferreira M et al. Prevalence of oral hygiene habits and dental appointments among a Portuguese sample of adolescents. *Eur J Public Health.* 2014;24(2):42.
318. Garcés CP, Barrera ML, Ortiz ME, Rosas CF. Estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad intelectual en una población chilena, 2012. *J Oral Res.* 2013;2(2):59-63.
319. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa; INE; 2016.
320. Pan MY, Hsieh TC, Tai HC, Lin MS, Lin YC, Chen MY. Prevalence of and factors associated with fewer than 20 remaining teeth in Taiwanese adults with disabilities: a community-based cross-sectional study. *BMJ Open.* 2017;7(10): e016270.
321. Mac Giolla Phadraig C, Burke E, McCallion P, McGlinchey E, Nunn J, McCarron M. Dental attendance among older adults with intellectual disabilities in Ireland. *Spec Care Dentist.* 2014;34(6):265-72.
322. Martins AM, Barreto SM, Pordeus IA. Factors associated to self perceived need of dental care among Brazilian elderly. *Rev Saude Publica.* 2008;42(3):487-96.
323. Slaughter A, Taylor L. Perceptions of dental care need among African-American elders: implications for health promotion. *Spec Care Dentist.* 2005;25(3):158-63.
324. Leroy R, Declerck D. Objective and subjective oral health care needs among adults with various disabilities. *Clin Oral Investig.* 2013;17(8):1869-78.
325. Chang J, Lee JH, Son HH, Kim HY. Caries risk profile of Korean dental patients with severe intellectual disabilities. *Spec Care Dentist.* 2014;34(4):201-7.
326. Ilić S, Djeri A, Pašagić L, Pavlić V, Janković O. Oral health status of people with mental disabilities in the municipality of Banja Luka. *Stomatol Glas Srb.* 2014;61(1):21-9.
327. Turner S, Sweeney M, Kennedy C, Macpherson L. The oral health of people with intellectual disability participating in the UK Special Olympics. *J Intellect Disabil Res.* 2008;52(1):29-36.
328. Rupinder B, Namrata M. The oral health status and treatment needs of institutionalized and non institutionalized disabled children in Navi Mumbai, India. *Int J Contemprar Med Res.* 2016;3(4):1041-5.
329. Jamelli SR, Mendonça MC, Diniz Md, Andrade FB, Melo JF, Ferreira SR et al. Oral health and perceptions regarding dental care in patients with mental disorders living in therapeutic residences. *Cien Saude Colet.* 2010;15(1):1795-800.
330. Fisher RJ, Katz JE. Social-desirability bias and the validity of self-reported values.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- Psychol Mark. 2000;17(2):105-20.
331. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Practical Oral Care for People With Intellectual Disability. Bethesda; NIH; 2009.
 332. Frenkel H, Harvey I, Needs K. Oral health care education and its effect on caregivers' knowledge and attitudes: a randomised clinical trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(2):91-100.
 333. Cheng RH, Leung WK, Corbet EF, King NM. Oral health status of adults with Down syndrome in Hong Kong. *Spec Care Dentist.* 2007;27(4):134-8.
 334. Pezzementi ML, Fisher MA. Oral health status of people with intellectual disabilities in the southeastern United States. *J Am Dent Assoc.* 2005;136(7):903-12.
 335. Radha G, Swathi V, Jha A. Assessment of salivary and plaque pH and oral health status among children with and without intellectual disabilities. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2016;34(3):257-61.
 336. Roberts T, Chetty M, Kimmie-Dhansay F, Fieggen K, Stephen LX. Dental needs of intellectually disabled children attending six special educational facilities in Cape Town. *S Afr Med J.* 2016;106(6):94-7.
 337. Stachurski P, Warsz M, Rudnicka-Siwiek K, Ziolo A. Assessment of the state of dentition and oral hygiene in 16-25-year-old young people with mild and moderate mental disability. *Adv Med Sci.* 2006;51 Suppl 1:200-3.
 338. Trihandini I, Wiradidjaja Adiwoso A, Erri Astoeti T, Marks L. Oral health condition and treatment needs among young athletes with intellectual disabilities in Indonesia. *Int J Paediatr Dent.* 2013;23(6):408-14.
 339. Fernandez C, Descamps I, Fabjanska K, Kaschke I, Marks L. Treatment needs and predictive capacity of explanatory variables of oral disease in young athletes with an intellectual disability in Europe and Eurasia. *Eur J Paediatr Dent.* 2016;17(1):9-16.
 340. Reid BC, Chenette R, Macek MD. Special Olympics: the oral health status of U.S. athletes compared with international athletes. *Spec Care Dentist.* 2003;23(6):230-3.
 341. Oredugba FA. Oral health condition and treatment needs of a group of Nigerian individuals with Down syndrome. *Downs Syndr Res Pract.* 2007;12(1):72-6.
 342. Stanfield M, Stanfield M, Scully C, Davison MF, Porter S. Oral healthcare of clients with learning disability: changes following relocation from hospital to community. *Br Dent J.* 2003;194(5):271-7.
 343. National Institute of Dental and Craniofacial Research. Dental care every day. A Caregiver's Guide. Bethesda; NIH; 2012.
 344. Kancherla V, Van Naarden Braun K, Yeargin-Allsopp M. Dental care among young adults with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2013;34(5):1630-41.
 345. Ide R, Yamamoto R, Mizoue T. The Japanese version of the Oral Health Impact Profile (OHIP)-validation among young and middle-aged adults. *Community Dent Health.* 2006;23(3):158-63.
 346. Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

- status in an older adult population. *Gerodontology*. 1994;11(2):108-14.
347. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32(2):107-14.
 348. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australia populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009;37(2):171-81.
 349. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J*. 1994;39(6):358-64.
 350. Jensen PM, Saunders RL, Thierer T. Factors Associated with Oral Health-Related Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Persons with Disabilities. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(4):711-7.
 351. Hatton C, Ager A. Quality of life measurement and people with intellectual disabilities: a reply to Cummins. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2002;15(3):254-60.
 352. Cummins RA. The Validity and Utility of Subjective Quality of Life: a Reply to Hatton & Ager. *Jarid*. 2002;15(3):261-8.
 353. Versloot J, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Assessment of pain by the child, dentist, and independent observers. *Pediatr Dent*. 2004;26(5):445-9.
 354. Andresen EM, Vahle VJ, Lollar D. Proxy reliability: health related quality of life (HRQol) measures for people with disability. *Qual Life Res*. 2001;10(7):609-19.
 355. Perry J, Felce D. Subjective and objective quality of life assessment: responsiveness, response bias, and resident: proxy concordance. *Ment Retard*. 2002;40(6):445-56.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora
Patrícia Sofia Soares Couto

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2016.03.01

Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto "*Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos Portadores de Deficiência*", por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde
Prof. Doutor Luís Taborda Barata



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

Processo: CE-FCS-2016-003

Tema Projecto/Proponente: "*Saúde Oral e Qualidade de Vida em Individuos Portadores de Deficiência*" – Exma. Senhora Patrícia Sofia Soares Couto

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 1 de Março de 2016



O Presidente da Comissão de Ética
Prof. Doutor José António de Oliveira

Anexo 2. Pareceres das várias instituições participantes no estudo



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS
E AMIGOS DO CIDADÃO DEFICIENTE MENTAL
Instituição Particular de Solidariedade Social
Telef.: 233 420 880 - Fax: 233 420 889
Apartado 14 - 3250-073 Vila Nova de Poiares
E-mail: appacdm.poiares@mail.telepac.pt

PARECER

Parecer de Aprovação

da Direção da APPACDM de Vila Nova de Poiares sobre o
projeto de investigação intitulado "Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com
Deficiência Intelectual Ligeira"

A Direção da APPACDM de Vila Nova de Poiares, não detetou matéria que ofenda os princípios éticos, pelo que APROVOU o protocolo de pesquisa "Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Ligeira", da responsabilidade da investigadora Patrícia Sofia Soares Couto, e sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes e Professor Doutor Manuel Lourenço Nunes. Qualquer alteração ao projeto agora apreciado deve ser exposta de forma clara e sucinta a esta comissão, apresentando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas.

A Direção

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

ARCIL[®]

Associação para a Recuperação de
Cidadãos Inadaptados da Lousã

Parecer

Parecer de Aprovação da Comissão de Ética da Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (A.R.C.I.L.) sobre o projeto de investigação intitulado “Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Ligeira”

A Comissão de Ética da Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (A.R.C.I.L.), não detetou matéria que ofenda os princípios éticos, pelo que APROVOU o protocolo de pesquisa “Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Ligeira”, da responsabilidade da investigadora Patrícia Sofia Soares Couto, e sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes e Professor Doutor Manuel Lourenço Nunes. Qualquer alteração ao projeto agora apreciado deve ser exposta de forma clara e sucinta a esta comissão, apresentando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas.

A Comissão de Ética



Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Parecer

Parecer de Aprovação da Comissão de Ética da
Direção de APPACDM sobre o projeto de investigação intitulado
"Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Ligeira"

A Comissão de Ética da APPACDM (Direção) - Vila,
não detetou matéria que ofenda os princípios éticos, pelo que APROVOU o protocolo
de pesquisa "Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência
Intelectual Ligeira", da responsabilidade da investigadora Patrícia Sofia Soares Couto, e
sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes e Professor Doutor Manuel
Lourenço Nunes. Qualquer alteração ao projeto agora apreciado deve ser exposta de
forma clara e sucinta a esta comissão, apresentando a parte do protocolo a ser
modificada e as suas justificativas.

10/ A Comissão de Ética




Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Parecer

Parecer de Aprovação da Coordenação Técnica dos Centros de Atividades Ocupacionais da APPACDM da Figueira da Foz sobre o projeto de investigação intitulado "Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Leve"

A Coordenação Técnica dos Centros de Atividades Ocupacionais da APPACDM da Figueira da Foz, não detetou matéria que ofenda os princípios éticos, pelo que APROVOU o protocolo de pesquisa "Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Leve", da responsabilidade da investigadora Patrícia Sofia Soares Couto, e sob orientação do Professor Doutor Rui Amatal Mendes e Professor Doutor Manuel Lourenço Nunes. Qualquer alteração ao projeto agora apreciado deve ser exposta de forma clara e sucinta a esta coordenação, apresentando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas.

A Coordenação Técnica

A.P.A.C.D.M.
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS E
AMIGOS DO CIDADÃO DEFICIENTE MENTAL
FIGUEIRA DA FOZ
(Ana Rita Fernandes)

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Parecer

Parecer de Aprovação da Comissão de Ética da
APPACDH de Coimbra sobre o projeto de investigação intitulado
"Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Ligeira"

A Comissão de Ética da APPACDH de Coimbra, não detetou matéria que ofenda os princípios éticos, pelo que APROVOU o protocolo de pesquisa "Saúde Oral e Qualidade de Vida em Indivíduos com Deficiência Intelectual Ligeira", da responsabilidade da investigadora Patrícia Sofia Soares Couto, e sob orientação do Professor Doutor Rui Amaral Mendes e Professor Doutor Manuel Lourenço Nunes. Qualquer alteração ao projeto agora apreciado deve ser exposta de forma clara e sucinta a esta comissão, apresentando a parte do protocolo a ser modificada e as suas justificativas.

A Comissão de Ética



Inês Isabel



RESERVA DE DIREITOS DE PÓS E BARRAS DO LUGAR
APPACDH
COMISSÃO DE ÉTICA
COIMBRA

Anexo 3. Introdução ao estudo e consentimento informado

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - DOUTORAMENTO EM BIOMEDICINA

Investigadora Principal: Patrícia Sofia Couto

Esta investigação, realizada no âmbito do Doutoramento em Biomedicina, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, tem como objetivo avaliar a saúde oral do indivíduo portador de deficiência mental ligeira e analisar o impacto desta condição na sua qualidade de vida. Este estudo será composto por 2 momentos distintos. Numa primeira fase, será realizado um questionário confidencial e simples, composto por duas secções. A primeira, pré-estruturada pela autora do estudo, e realizada com base na literatura consultada, e a segunda baseada num índice de autor - Oral Health Impact Profile (OHIP-14) -, modificado e validado para a população em estudo, e que permite o reconhecimento do impacto da saúde oral na qualidade de vida. Numa segunda fase, e após o preenchimento deste questionário, um exame clínico para avaliação da condição oral será realizado a todos os inquiridos.

Os dados recolhidos para o presente estudo serão de uso exclusivo da investigadora e tratados de modo a garantir a sua confidencialidade.

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

Grata pela sua disponibilidade e colaboração

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO
EM INVESTIGAÇÃO**

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve.

Enquadramento: Investigação de âmbito académico a efetuar nas instituições de apoio à deficiência mental, na Região Centro de Portugal, filiadas na HUMANITAS (Federação Portuguesa para a Deficiência Mental), tendo como responsáveis o Prof. Doutor Rui Amaral Mendes, docente da Case Western Reserve University, o Prof. Doutor Manuel Lourenço Nunes, docente da Universidade da Beira Interior e a aluna do Programa Doutoral em Biomedicina da Universidade da Beira Interior, Mestre Patrícia Sofia Soares Couto.

Explicação do estudo: O estudo a realizar envolve a recolha de dados sociodemográficos e de saúde oral dos indivíduos portadores de deficiência mental ligeira, e a aplicação da versão modificada e validada para a população em estudo do questionário OHIP-14, conjuntamente com a realização de um exame clínico com base nos índices COHI, COCNI e COPI.

Condições: Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou medicamentos.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarretando quaisquer custos, podendo retirar o seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis, e com a total ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar.

Ao decidir participar pode colocar todas as questões que considerar necessárias para o seu esclarecimento.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos são de uso exclusivo dos responsáveis envolvidos no estudo e serão tratados de modo a garantir a sua confidencialidade. A análise dos dados será efetuada em ambiente que garanta a privacidade dos mesmos.

Assinatura da Investigadora:

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito que os dados recolhidos sejam divulgados sob a forma de publicação científica, desde que a minha identidade seja mantida confidencial.

Nome: _____

Assinatura: _____

___ / ___ / _____

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE
NOME: _____
BI/CC Nº: _____ DATA OU VALIDADE: ___ / ___ / _____
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____
ASSINATURA _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Anexo 4. Questionário sociodemográfico e de saúde oral

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE ORAL

Data __/__/__

Número de Identificação

--	--	--

Instituição: _____ Localização: () Urbana () Periurbana () Rural

I - Dados Pessoais:

1. Género: () Feminino () Masculino

2. Idade: _____

3. Anos de vínculo com a instituição: _____

4. Tipo de vínculo com a instituição: (caso selecione a primeira opção, passe directamente para a questão 6)

- () Lar residencial
- () Centro de atividades ocupacionais - CAO
- () Formação profissional
- () Escola de educação especial
- () Apoio domiciliário
- () Centro de recursos para a inclusão - CRI

Outro: _____

5. Residência:

- () Vive sozinho no seu próprio domicílio
- () Vive com o cônjuge no seu próprio domicílio
- () Vive no domicílio dos pais
- () Vive no domicílio de outros familiares
- () Vive no domicílio de pessoas amigas/de acolhimento

II - Saúde Oral/ Hábitos Higiene Oral:

6. Quantos dentes naturais tem?

- Nenhum
- 1-9 dentes
- 10-19 dentes
- 20 dentes ou mais

7. Sente que necessita de algum tipo de tratamento dentário?

- Sim
- Não
- Não sei

8. Usa prótese dentária?

- Sim
- Não

9. Como descreveria o estado dos seus dentes e gengivas?

- Excelente
- Muito bom
- Bom
- Médio
- Fraco
- Muito fraco
- Não sei

10. Com que frequência realiza a sua higiene oral?

- Diariamente
- Ocasionalmente
- Nunca

Se realiza a escovagem diariamente, quantas vezes o faz por dia? _____

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Se realiza a escovagem apenas ocasionalmente, com que regularidade o faz? _____

11. Selecione as opções que utiliza para limpar os seus dentes.

- Escova elétrica
- Escova manual
- Palitos
- Pasta dentífrica
- Fio dentário
- Escovilhão
- Elixir bucal
- Raspador lingual

Outras: _____

12. Há quanto tempo visitou pela última vez o médico dentista?

- Menos de 6 meses
- 6 a 12 meses
- Entre 1 a 2 anos
- Entre 2 a 5 anos
- Há mais de 5 anos
- Nunca

13. Qual o motivo da sua última visita ao médico dentista?

- Consulta de rotina/aconselhamento médico
- Dor ou problemas com os dentes ou gengivas
- Início de tratamento ou continuidade do tratamento planeado
- Não sei/Não me recordo

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

14. Com que frequência come ou bebe os seguintes alimentos, mesmo que em pequenas quantidades?

	Várias vezes ao dia	Todos os dias	Várias vezes por semana	Uma vez por semana	Várias vezes por mês	Raramente/ Nunca
Frutas frescas						
Biscoitos e bolos						
Geleias ou mel						
Pastilhas com açúcar						
Doces/Guloseimas						
Refrigerantes						
Chá com açúcar						
Café com açúcar						

15. É fumador?

- Sim
- Não

16. No último mês, nos dias em que consumiu bebidas alcoólicas, quantas bebidas consumiu aproximadamente por dia?

- Menos de 1
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 ou mais
- Não consumi álcool

Anexo 5. Versão original do questionário OHIP-14

ORAL HEALTH IMPACT PROFILE						
Name				Date		
HOW OFTEN have you had the problem during the last year? (circle your answer)						
1.	Have you had trouble <u>pronouncing any words</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
2.	Have you felt that your <u>sense of taste</u> has worsened because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
3.	Have you had <u>painful aching</u> in your mouth?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
4.	Have you found it <u>uncomfortable to eat any foods</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
5.	Have you been <u>self conscious</u> because of your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
6.	Have you <u>felt tense</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
7.	Has your <u>diet been unsatisfactory</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
8.	Have you had to <u>interrupt meals</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
9.	Have you found it <u>difficult to relax</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW
10.	Have you been a bit <u>embarrassed</u> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	00000- 100000	HARDLY EVER	NEVER DON'T KNOW

Oral Health Impact Profile (OHIP-14/Slide 1997)

Oral Health-Related Quality of Life Measure 1

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

HOW OFTEN have you had the problem during the last year? (circle your answer)						
11. Have you been a bit irritable with other people because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	OCCASIONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DONT KNOW
12. Have you had difficulty doing your usual jobs because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	OCCASIONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DONT KNOW
13. Have you felt that life in general was less satisfying because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	OCCASIONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DONT KNOW
14. Have you been totally unable to function because of problems with your teeth, mouth or dentures?	VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	OCCASIONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DONT KNOW

CARE PLANNING: If the person answered very often, fairly often or occasionally on any question, determine the Oral Health-Related Quality of Life most appropriate oral and general health intervention(s):

Completed by
(name & professional designation)

INSTRUCTIONS

THE QUESTIONNAIRE

This questionnaire asks how troubles with your teeth, mouth or dentures may have caused problems in your daily life. We would like you to complete the questionnaire even if you have good dental health. We would like to know how often you have had each of the 14 listed problems during the LAST YEAR.

HOW TO ANSWER THE QUESTIONS

Each question on the left hand side of the page asks you about a particular dental problem. You should think about each question in turn, and circle the answer to the right of the question, to indicate how often you have had the problem during the last year.

EXAMPLES If you occasionally had painful aching in your mouth, you would circle the answer as shown in this example.

3. Have you had painful aching in your mouth?

VERY OFTEN	FAIRLY OFTEN	OCCASIONALLY	HARDLY EVER	NEVER	DONT KNOW
------------	--------------	--------------	-------------	-------	-----------

CHIE Development: Steele GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 1997; 25:354-60.

CHIE Summary Statistics: Steele GD, Nutall N, Sanders AE, Steele JC, Allen RF, Lath S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J*. 2005 Apr 23;198(2):459-63.

Non-peer-reviewed. Review articles before using as recommended by author Steele 2008

For additional information and resources: www.ohip.ca

Primary Care Oral Health of Older Adults Research R21
JAC van der Meer, D Scott & D Fowler 2008 September



Oral Health Impact Profile (CHIP-14/Slade 1997)

Oral Health-Related Quality of Life Measure 2

Anexo 6. Versão de consenso (OHIP-14-MID-PT)

O QUESTIONÁRIO

Este questionário pergunta como problemas com os dentes, boca ou prótese dentária podem ter causado problemas na sua vida diária. Gostaríamos que completasse o questionário mesmo que tenha uma boa saúde oral. Gostaríamos de saber com que frequência teve cada um dos 14 problemas listados durante o ÚLTIMO ANO.

COMO RESPONDER ÀS PERGUNTAS

Cada pergunta do lado esquerdo da página questiona acerca de um problema dentário específico. Deve pensar sobre cada pergunta, por sua vez, e rodear a resposta à direita da pergunta, para indicar a frequência com que teve o problema durante o último ano.

COM QUE FREQUÊNCIA teve o problema durante o último ano? (rodeie a sua resposta)

1. **Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

2. **Sentiu que o seu paladar piorou devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

3. **Sentiu dor na sua boca?**

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

4. **Sentiu desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

5. **Tem-se sentido constrangido devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

6. **Sentiu-se tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?**

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

7. A sua alimentação tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

9. Sentiu dificuldade em relaxar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

11. Tem-se sentido um pouco irritado(a) com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

12. Teve dificuldade em realizar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

13. Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

Anexo 7. Versão preliminar do questionário OHIP-14-MID-PT

Este questionário pergunta de que forma transtornos com os seus dentes, boca ou próteses podem causar-lhe problemas no seu dia-a-dia.

Responda às questões em baixo (colocando uma cruz atrás da opção que acha mais adequada) tendo em conta a frequência em que sentiu cada um dos aspetos nos últimos 12 meses.

1. Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

2. Sentiu que o seu paladar piorou devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

3. Teve alguma dor na sua boca?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

4. Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

5. Tem-se sentido pouco à vontade devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

6. Sentiu-se tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

7. A sua alimentação tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

13. Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

Anexo 8. Versão pré-final e final do questionário OHIP-14-MID-PT

Este questionário pergunta de que forma transtornos com os seus dentes, boca ou próteses podem causar-lhe problemas no seu dia-a-dia. Responda às questões em baixo (colocando uma cruz atrás da opção que acha mais adequada) tendo em conta a frequência em que sentiu cada um dos aspetos nos últimos 12 meses.

1. Teve alguma dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
2. Notou mais dificuldade em sentir o sabor dos alimentos devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
3. Teve alguma dor na sua boca?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
4. Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
5. Tem-se sentido pouco à vontade devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
6. Sentiu-se nervoso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
7. Deixou de comer algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
8. Teve de interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei
9. Sentiu dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?
 Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

10. Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

12. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

13. Sentiu que a sua vida em geral tem corrido pior devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

14. Tem-se sentido completamente incapacitado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Quase sempre Muitas vezes Às vezes Quase nunca Nunca Não sei

Anexo 9. Folha de registo do exame clínico

Resultados do Exame Clínico - folha de registo

COHI	0	1	2	Indeterminado

COCNI	0	1	2	3

COPI	0	1

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Anexo 10. Índices clínicos COHI; COCNI e COPI

COHI Values	CRITERIA
0	Having no criteria that had a medical impact:
No oral health problems	No mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	and Absence of dental plaque (Greene and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	and Absence of calculus (Greene and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	and No gingivitis (Loe and Silness index = 0 for both arches) [36]
	and No fractured anterior tooth
	and No missing anterior tooth
	and No missing posterior tooth
	and No dental caries
	and No infectious disease
	and No severe orofacial dysmorphism
	AND having no criteria that had a social impact:
	No halitosis
	and No drooling
	and No anterior tooth with a fractured, unrestored crown
1	OR Having no criteria that had a medical impact:
Existence of one or more problems with a low to a moderate impact on health	No mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	or Absence of dental plaque (Green and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	or Absence of calculus (Green and Vermillion index = 0 for both arches) [35]
	or No gingivitis (Loe and Silness index = 0 for both arches) [36]
	or No fractured anterior tooth
	or No missing anterior tooth
	or No missing posterior tooth
	or No dental caries
	or No infectious disease
	or No orofacial dysmorphism
	AND having at least one criteria that had a social impact:
	Presence of halitosis
	or Presence of drooling
	or At least one anterior tooth with a fractured unrestored crown
	Having at least one criterion that had a medical impact
	At least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	or Dental plaque (Greene and Vermillion index >0, on a group of teeth or all the teeth of at least one arch) [35]
	or Calculus (Greene and Vermillion index >0, on a group of teeth or all the teeth of at least one arch) [35]
	or Localized gingivitis (Loe and Silness index >0 on a group of teeth or at least one arch) [36]
	or At least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown
	or One limited anterior edentulous segment (1 or 2 anterior teeth)
	or At least one minor posterior edentulous segment (missing all molars and premolars on 1 or 2 half-arches with at least one residual inter-arch dental contact)
	or At least one incipient carious lesion, but no developed carious lesion (stage 1 or 2 according to the Eckstrand classification for carious lesions) [37]
	or Presence of a simple orofacial dysmorphism
	... regardless of the criteria that had a social impact
2	Having at least one criteria that had an important medical impact
Existence of one or more problems with important to severe impact on health	Generalized gingivitis (Loe and Silness index >0 for both arches) [35]
	or Missing at least 3 anterior teeth
	or At least one major posterior edentulous segment (missing all molar and premolars on at least 2 half-arches, without any residual inter-arch dental contact)
	or At least one developed carious lesion (stage 3 or 4 according to the Eckstrand classification for carious lesions) either on a deciduous or a permanent tooth [37]
	or At least one infected lesion (presence of an abscess, or a tooth with pulpal exposure, or a fistula)
	or Presence of complex orofacial dysmorphism
	... regardless of the criteria that had a social impact
Undetermined	At least one undetermined criteria that had a medical impact and regardless of the criteria that had a social impact.
Others conditions by elimination	or Having no criteria that had a medical impact but having at least one undetermined criteria that had a social impact.

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

COCNI Values	Suspected health conditions	CRITERIA
3 Urgent need for care or examination	Marker of local infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> During the last three months the child expressed discomfort or pain in his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit. or At least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw or At least one infected lesion (presence of an abscess, or a tooth with pulp exposure cavity, or a fistula) AND absence of any systemic disease* requiring specific oral health monitoring.
	Marker of focal infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> During the last three months the child expressed discomfort or pain in his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit. or Presence of at least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw or At least one infected lesion (presence of an abscess, or a tooth with a pulp exposure, or a fistula) or Presence of generalized gingivitis (Loe and Silness index >0 for both arches) AND Existence of a systemic disease requiring specific oral health monitoring*
	Marker of traumatic lesions	<ul style="list-style-type: none"> During the last three months the child expressed discomfort or pain in his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit. or Presence of at least one mucosal lesion on lips, tongue or jaw
	Marker of oral disease with functional or social consequences	<ul style="list-style-type: none"> During the last three months the child expressed discomfort or pain with his/her mouth and consecutively he/she had no dental visit.
2 Need for care or examination	Marker of local infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> Presence of calculus or Presence of gingivitis or Presence of at least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown or Presence of at least one developed carious lesion. AND Absence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of focal infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> Presence of calculus. or Presence of a localized gingivitis or Presence of at least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown or Presence of at least one developed carious lesion. AND Existence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of traumatic lesions	<ul style="list-style-type: none"> Presence of at least one anterior tooth with a fractured, unrestored crown
1 Need for examination	Marker of local infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> No dental visit over the last 12 months or Presence of dental plaque or Presence of at least one incipient carious lesion. AND Absence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of focal infectious disease	<ul style="list-style-type: none"> No dental visit over the last 12 months or Presence of dental plaque or Presence of at least one incipient carious lesion. AND Existence of a systemic disease* requiring specific oral health monitoring
	Marker of traumatic lesions	<ul style="list-style-type: none"> No dental visit over the last 12 months
	Marker of oral disease with functional or social consequences	<ul style="list-style-type: none"> No dental visit over the last 12 months or Presence of an anterior edentulous segment from 1 to 6 teeth on at least one arch. or Presence of a posterior edentulous segment for children up to 13 years old) or Presence of untreated severe orofacial dysmorphology
0 No need for care nor examination		Other conditions by elimination

*Epilepsy, congenital cardiac disease, bronchopneumopathy (including asthma), internal prosthesis, immunodeficiency and hematological disease, or diabetes.
doi:10.1371/journal.pone.0002564.t003

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

Saúde oral e qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência intelectual leve

COPI Values	CRITERIA
1	Existence of systemic disease requiring specific oral health monitoring*
Existence of at least one preventive or dental health education action need	or Presence of dental plaque
	or Lack of autonomy for feeding
	or Being fed by tube or parenteral nutrition
	or Restriction to puréed foods
	or Eating hyper-calorific food complements or drinking sweetened drinks
	or Coughing regularly during meals
	or Presence of halitosis
	or Having difficulties communicating pain
	or Drooling
	or Being uncooperative during oral examination [38]
0	
No need for either preventive health action or dental education	Other conditions, by elimination

* as defined in the descriptive results section.
doi:10.1371/journal.pone.0002564.t004