



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo

Maria Teresa Gomes de Castro

Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Porto, 2019



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Monografia de Investigação do Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Área Científica: Medicina Dentária Preventiva e Comunitária

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo

AUTOR:

Maria Teresa Gomes de Castro

Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária

mteresagdcastro@gmail.com

Porto, 2019

Monografia de Investigação submetida à Faculdade de Medicina Dentária da
Universidade do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

AUTOR:

Maria Teresa Gomes de Castro

Estudante do 5º ano do Mestrado Integrado de Medicina Dentária

mteresagdcastro@gmail.com

ORIENTADORA:

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira

Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira, pela presença, apoio e palavras de alento nesta etapa, bem como durante todo o meu percurso académico.

Aos colaboradores da Unidade de Gestão Académica da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, nomeadamente à Sra. Alice Araújo, Sra. Fátima Tavares e Sr. Miguel Mendes, pela preocupação, disponibilidade e ajuda.

Aos meus colegas, professores e amigos que, ao longo deste percurso, me proporcionaram experiências e conhecimentos que jamais esquecerei.

Por fim, à minha família, por se ter mostrado sempre presente, por contribuírem para a pessoa que sou hoje e por apoiarem este sonho, acreditando sempre em mim.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

RESUMO

Introdução: A qualidade de vida é uma construção subjetiva e multidimensional feita pelo indivíduo, sendo atualmente um parâmetro para avaliar a saúde física e mental. A relação entre qualidade de vida e saúde oral procura compreender de que forma é que as condições e distúrbios orais afetam o funcionamento e bem-estar psicológico.

Objetivos: Este estudo pretende a caracterização da qualidade de vida relacionada com a autoperceção de saúde oral numa população sem-abrigo da cidade do Porto, usando o questionário OHIP-14. Adicionalmente pretendeu-se caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral bem como a autoperceção de saúde oral nesta amostra de população sem-abrigo.

Material Métodos: A amostra foi constituída por 36 indivíduos sem-abrigo com idades compreendidas entre os 24 e os 76 anos. Os dados da amostra foram obtidos através da aplicação de um questionário em entrevista. O questionário utilizado divide-se em 4 secções distintas: parâmetros sociodemográficos, hábitos de higiene oral, autoperceção de saúde oral e o questionário OHIP-14. Recorrendo-se ao *IBM SPSS Statistics 25®*, foram realizadas estatísticas descritivas da amostra para caracterização da amostra.

Resultados: Os itens individuais que apresentaram impacto foram “desconforto ao comer”, “menor satisfação com a vida”, “sentir constrangimento” e “sentir complexos”. Dos 7 domínios, o da dor física foi o que apresentou maior prevalência de impactos (61,1%). O valor médio total do OHIP-14 foi de $15,5 \pm 1,8$.

Conclusões: Tendo em conta os resultados obtidos, existe a necessidade de educação sobre saúde oral na população sem-abrigo de forma a melhorar os seus hábitos de higiene oral e a maneira como encaram a saúde oral, bem como o continuar a desenvolver o Serviço Nacional de Saúde na área da medicina dentária com o intuito de diminuir as morbilidades associadas a esta população e, consequentemente aumentar a qualidade de vida.

Palavras chave: Qualidade de vida; Saúde oral relacionada com qualidade de vida; OHrQL; Saúde oral; Sem-abrigo

ABSTRACT

Introduction: Life's quality is a subjective and multidimensional construction done by every individual and currently it's a form to evaluate physics and mental health. The relationship between quality of life and oral health tries to understand how oral problems affects the function and the psychological welfare.

Objectives: The present study aims to characterize the quality of life with the self-perception of oral health of a homeless people group in the city of Porto by using the OHIP-14 questionnaire. Additionally intends to characterize the oral health-related habits as well the self-perception of oral health in this homeless population.

Material and Methods: The sample consisted of 36 homeless individuals between the ages of 24 and 76 years. The sample data were obtained through the application of a questionnaire in an interview. The questionnaire is divided into 4 different sections: sociodemographics, oral hygiene habits, oral health self-perception and the oral Oral Health Impact Profile-14 questionnaire (OHIP-14). By using the *IBM SPSS Statistics 25®*, descriptive statistics of the sample were performed for characterization of the sample.

Results: The individual items that showed impact were "discomfort while eating," "less satisfaction with life," "feeling embarrassment," and "feeling complex". Of the 7 domains, physical pain was the one that had an impact (61.1%). The total mean score of OHIP-14 was 15.5 ± 1.8 .

Conclusions: Taking into account the obtained results, there is a need for oral health education in the homeless population in order to improve their oral hygiene habits and the way they perceive oral health, as well as to continue to develop the National Health Service in the area of dentistry with the aim to reduce the morbidities associated with this population and consequently increasing the quality of life.

Keywords: Quality of life; Oral health related quality of life; OHrQL; Oral Health; Homeless

ABREVIATURAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

OHrQL – Oral Health related Quality of Life – Saúde oral relacionada com a qualidade de vida

AANP – Associação de Albergues Noturnos do Porto

LBV – Legião da Boa Vontade

ISS – Instituto de Segurança Social

SNS – Serviço Nacional de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

ONG – Organização Não Governamental

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
MATERIAL E MÉTODOS	3
RESULTADOS.....	6
DISCUSSÃO	12
CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXOS	22
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO	23
ANEXO 2 – EXPLICAÇÃO DO ESTUDO.....	26
ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.....	27
ANEXO 4 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMDUP	29
ANEXO 5 – PARECER DA UNIDADE DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS DA UNIVERSIDADE DO PORTO	30
ANEXO 6 – DECISÃO REITORAL	43

INTRODUÇÃO

O fenómeno de sem-abrigo caracteriza-se por ser complexo e transversal a todo o mundo, sendo um processo dinâmico que engloba desafios pessoais e sociais ⁽¹⁻³⁾. De acordo com os Censos 2011, em Portugal existiam 696 sem-abrigo, sendo que a região de Lisboa era a que mais presenciava este fenómeno, contabilizando-se 241 indivíduos, seguindo-se a região Norte com 218 e Algarve com 113. Relativamente aos sem-abrigo da região Norte, 146 pertenciam ao distrito do Porto, sendo que 80% faziam parte do concelho do Porto ⁽⁴⁾.

Classificam-se como sem-abrigo todos aqueles que, vivem sem teto (rua ou em centros de abrigo de emergência), vivem em condições inseguras de habitação (sob aviso de despejo ou violência) ou que vivem em condições inadequadas (habitações impróprias ou superlotadas) ⁽²⁾. A ausência ou inadequação de habitação pode resultar de vários fatores, incluindo pobreza, doença mental, abuso de substâncias, doenças crónicas, desemprego, salários reduzidos, a desinstitucionalização, crises familiares, e ausência de habitação a preços acessíveis ⁽⁵⁾. Esta população deve ser considerada de risco pois, tendo em conta os fatores a que estão expostos, estão associados a maiores níveis de morbilidade e de mortalidade do que a população geral ^(2, 6-8).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde, não apenas pela ausência de afecções e enfermidades, mas também como um estado de completo bem-estar físico, mental e social ^(2, 9, 10). Estudos revelam que sem-abrigo carecem de tratamento médico-dentário, estando frequentemente indicada a prevenção terciária em consequência da dor e infeção, cárie dentária, periodontite, ausência de dentes e de espaços por reabilitar, mostrando assim uma elevada morbilidade oral ^(2, 5, 11).

O interesse pelo estudo da qualidade de vida teve início na década de 80 e, desde então, tem vindo a aumentar ⁽¹²⁾. A qualidade de vida é definida pela OMS como a perceção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, traduz-se numa construção subjetiva e multidimensional feita por cada indivíduo, sendo reconhecida como um parâmetro para a avaliação da saúde física e mental, incluindo a saúde oral ^(9, 10, 13). A saúde oral, ou a sua ausência, pode ter impactos significativos no bem-estar e na qualidade de vida de um indivíduo. Desta forma, indivíduos nesta situação referem que o estado da sua saúde oral lhes traz impactos na qualidade de vida como constrangimento, disfunção social e incapacidade ^(2, 5, 11). Define-se a saúde oral

relacionada com a qualidade de vida (*Oral-Health-related quality of life* – OHrQL) como a dimensão em que condições e distúrbios orais afetam o funcionamento e o bem-estar físico e psicológico ⁽¹⁴⁾. A sua avaliação permite registar impactos funcionais e psicológicos provocados por problemas orais, fornecendo uma imagem geral do contexto social, psicológico e funcionamento físico. A autoperceção de saúde oral e sua influência na qualidade de vida é influenciada por vários fatores, tais como a história pessoal, a formação cultural e fatores socioeconómicos (idade, género, estrato socioeconómico e localização geográfica) ⁽¹⁵⁾.

A influência da saúde oral na qualidade de vida é influenciada por vários fatores, tais como a história pessoal, a formação cultural e fatores socioeconómicos (idade, género, estrato socioeconómico e localização geográfica) ⁽¹⁵⁾. É urgente compreender de que forma a saúde oral interfere no dia-a-dia e na qualidade de vida dos sem-abrigo, sendo fulcral para um melhor entendimento desta população, bem como para o entendimento das suas necessidades. Deste modo, este estudo pretende a caracterização da qualidade de vida relacionada com a autoperceção de saúde oral numa população sem-abrigo da cidade do Porto, usando o questionário OHIP-14 (Oral Health Impact Profile 14). Adicionalmente pretendeu-se caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral bem como a autoperceção de saúde oral nesta amostra de população sem abrigo.

MATERIAL E MÉTODOS

Características gerais do estudo

A investigação realizada foi um estudo epidemiológico transversal.

A população deste estudo foi uma amostra de pessoas sem-abrigo, com idade superior a dezoito anos que frequentavam duas associações que prestam auxílio a população sem abrigo: a Associação de Albergues Noturnos do Porto (AANP) e Legião da Boa Vontade (LBV).

Não foi possível registar o número de indivíduos que recusaram a sua participação no estudo.

A recolha de dados foi obtida pelo método de entrevista através de um questionário, este foi identificado numericamente com o propósito de sigilo do participante. (anexo 1)

Questionário

O questionário foi dividido em quatro partes: a caracterização sociodemográfica, a autoperceção da saúde oral do participante, hábitos relacionados com a saúde oral e, em último lugar, o questionário OHIP-14.

As variáveis sociodemográficas colhidas foram o sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil, situação perante o emprego, fonte de rendimento e tempo em que se encontrava na situação de sem abrigo.

Relativamente aos hábitos relacionados com a saúde oral os participantes foram questionados sobre os hábitos tabágicos, de consumo de álcool e de substâncias estupefacientes. Adicionalmente, foram questionados sobre os hábitos de controlo de placa bacteriana (frequência de escovagem e uso de métodos auxiliares de controlo de placa), frequência e motivo da procura de cuidados médico dentários. A autoperceção da saúde oral foi avaliada questionando os participantes sobre a presença de problemas orais (gengivais e/ou dentários), a necessidade da realização de tratamentos dentários e a autoavaliação do nível de saúde oral.

A avaliação da saúde oral relacionada com a qualidade de vida permite registar impactos funcionais e psicológicos provocados por problemas orais, fornecendo uma imagem geral do contexto social, psicológico e funcionamento físico. Deste modo, a avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida no presente estudo foi avaliada através da aplicação do questionário

Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14). Este é uma versão validada para a população portuguesa e encurtada do questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP) formulado por Slade e Spencer, em 1994⁽¹⁶⁾. O OHIP-14 baseia-se em sete domínios – limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, disfunção física, disfunção psicológica, disfunção social e incapacidade (tabela 1). Os participantes devem responder consoante a frequência dos problemas durante o último ano. O tipo de resposta para cada grupo é uma escala graduada, tipo Likert (0 – Nunca, 1 – Quase nunca, 2 – Às vezes, 3 – Muitas vezes, 4 – Sempre), sendo apenas possível selecionar uma resposta^(9, 11, 12, 15, 17, 18).

Tabela I - Questionário *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14) – Domínios e itens individuais.

Domínios	Itens individuais
Limitação funcional	1 Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses? 2 Tem notado que o sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?
Dor física	3 Tem tido muitas dores na boca? 4 Tem sentido desconforto ao comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?
Desconforto psicológico	5 Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses? 6 Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?
Disfunção física	7 A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes, boca ou próteses? 8 Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?
Disfunção psicológica	9 Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses? 10 Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?
Disfunção social	11 Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes, boca ou próteses? 12 Tem tido dificuldades em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?
Incapacidade	13 Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes, boca ou próteses? 14 Tem sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?

Foi considerada a existência de impacto quando as respostas às questões foram “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”.

Características éticas

A todos os participantes foram explicados, verbalmente e por escrito, os objetivos do estudo (anexo 2), tendo sido também pedido uma assinatura no termo de consentimento informado (anexo 3) para a validação da participação no estudo.

O questionário usado foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (anexo 4), bem como pela Unidade de Proteção de Dados da Universidade do Porto (anexo 5).

Análise estatística

Os dados recolhidos serão inseridos numa base de dados do programa estatístico IBM SPSS Statistics 25® (Statistical Package for Social Science). Serão utilizadas estatísticas de sumário para a análise descritiva dos dados colhidos. As variáveis categóricas serão descritas através de frequências absolutas e relativas, as variáveis contínuas serão descritas utilizando a média e o desvio-padrão ou máximo e o mínimo e a mediana), conforme a tendência de normalidade apresentada pela variável em estudo.

RESULTADOS

Na tabela 2 mostra-se os dados relativos à caracterização sociodemográfica dos participantes. Foram avaliados 36 participantes, sendo a maioria, do sexo masculino (80,6%), com idades compreendidas entre os 24 e os 76 anos. A média de idades foi de 50,7 anos $\pm$ 1,8, e apenas 13,9% dos indivíduos tinha menos de 39 anos. Do total da amostra, 61,1% dos indivíduos eram solteiros. A maioria (86,1%) frequentou o ensino até ao 9ºano. Dos participantes avaliados, 83,3% era desempregada e tinha como fonte de rendimento o Rendimento Social de Inserção (66,7%). Relativamente ao tempo de permanência como sem-abrigo, o tempo médio observado foi de 6,3 anos e 37,1% (n=13) permaneciam nessa situação há mais de 6 anos. Relativamente ao consumo de substâncias aditivas, a prevalência de fumadores foi de 72,2% (n=26), enquanto que o consumo de bebidas alcoólicas e de substâncias estupefacientes foi 25% e 22,2%, respetivamente.

Tabela II - Caracterização sociodemográfica.

	n (%)
Idade (anos)	
18 – 39	5 (13,9)
40 – 49	13 (36,1)
50 – 59	11 (30,6)
≥ 60	7 (19,4)
Sexo	
Homem	29 (80,6)
Mulher	7 (19,4)
Estado civil	
Solteiro	22 (61,1)
Casado	3 (8,3)
Viúvo	1 (2,8)
Divorciado	10 (27,8)
Estado profissional	
Desempregado	30 (83,3)
Reformado	5 (13,9)
Baixa	1 (2,8)
Fonte de rendimento	
Sem rendimento	5 (13,9)
Reforma/pensão	3 (8,3)
Rendimento Social de Inserção (RSI)	24 (66,7)
Subsídio de desemprego	4 (11,1)
Tempo de permanência como sem-abrigo	
< 1 ano	9 (25,7)
1 – 5 anos	13 (37,1)
≥ 6 anos	13 (37,1)
Anos de Escolaridade	
≤ 4º	14 (38,9)
5º-9º	17 (47,2)
10º-12º	4 (11,1)
>12º	1 (2,8)

Na tabela 3 é possível consultar a autoperceção da saúde oral dos participantes. Metade dos inquiridos caracterizou a sua saúde oral como má e 80,6% assumiram que necessitam de tratamento médico-dentário.

Tabela III - Caracterização da autopercepção de saúde oral dos participantes.

	n (%)
<i>Autoavaliação da saúde oral</i>	
Má	18 (50)
Razoável	13 (36,1)
Boa	5 (13,9)
<i>Problemas com dentes</i>	
Sim	21 (58,3)
Não	15 (41,7)
<i>Problemas com gengivas</i>	
Sim	10 (27,8)
Não	26 (72,2)
<i>Necessidade de tratamento o médico-dentário</i>	
Sim	29 (80,6)
Não	7 (19,4)

Na tabela 4 encontram-se os resultados referentes aos hábitos de higiene oral da amostra. Apenas 25% referiram escovar os dentes 2 ou mais vezes, sendo que a maioria (44,4%) alegou não realizar qualquer escovagem. Dos 36 inquiridos, 7 (19,4%) assumiram que realizam meios auxiliares de higiene oral, tendo sido o elixir o meio auxiliar mais referido (13,9%). O motivo que mais levou os participantes a recorrerem a um médico-dentista foi a dor (n=24), sendo que 44,4% refere ter visitado o médico-dentista há menos de um ano.

Tabela IV - Hábitos relacionados com a saúde oral dos participantes.

	n (%)
<i>Número de escovagens por dia</i>	
0	16 (44,4)
1	11 (30,6)
≥2	9 (25)
<i>Meios auxiliares de higiene oral</i>	
Sim	7 (19,4)
Não	29 (80,6)
<i>Meios auxiliares de higiene oral utilizados</i>	
Elixir	5 (13,9)
Fio dentário	1 (2,8)
Elixir e fio dentário	1 (2,8)
<i>Última visita ao médico-dentista</i>	
Menos de 1 ano	16 (44,4)
Entre 1 a 3 anos	4 (11,1)
Mais de 3 anos	14 (38,9)
Nunca foi	2 (5,6)
<i>Motivo da última visita ao médico-dentista</i>	
Rotina	3 (8,3)
Dor	24 (66,7)
Prótese	7 (19,4)
Nunca visita	2 (5,6)

A tabela 5 mostra a frequência dos problemas reportados relativos às condições orais referentes ao último ano, segundo o questionário OHIP-14. Os impactos mais experienciados foram “desconforto ao comer” (86,1%), “pouco à vontade” (52,8%), “constrangimento” (55,5%) e “menor satisfação com a vida” (58,3%). Apesar dos impactos mencionados, registaram-se alguns com valores relevantes, tais como “dificuldade em pronunciar” (47,2%) e sentir-se “tenso” (42,7%).

Tabela V- Itens individuais por domínio: Frequência dos problemas reportados relativos às condições orais, referentes ao último ano, de pessoas sem-abrigo.

Itens individuais por domínio	Item individual n (%)					Impacto n (%)
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas Vezes	Sempre	
Limitação funcional (n= 36)						
Dificuldade em pronunciar	17 (47,2)	2 (5,6)	6 (16,7)	7 (19,4)	4(11,1)	17 (47,2)
Paladar piorou	22 (61,1)	2 (5,6)	6 (16,7)	4(11,1)	2 (5,6)	12 (33,4)
Dor física (n= 36)						
Dores na boca	22(61,1)	0	9 (25)	2 (5,6)	3 (8,3)	14 (38,9)
Desconforto ao comer	5 (13,9)	0	10 (27,8)	7 (19,4)	14 (38,9)	31 (86,1)
Desconforto psicológico (n=36)						
Sentir complexos	17 (47,2)	0	7 (19,4)	2 (5,6)	10 (27,8)	19 (52,8)
Tenso	20 (55,6)	0	9 (25)	6 (16,7)	1 (2,8)	16 (42,7)
Disfunção física						
Dieta insatisfatória (n=35)	21 (60)	3 (8,6)	9 (25,7)	1 (2,9)	1 (2,9)	11 (31,5)
Interromper refeições (n=36)	24 (66,7)	3 (8,3)	9 (25)	0	0	9 (25)
Disfunção psicológica (n= 36)						
Dificuldade em relaxar	26 (72,2)	0	10 (27,8)	0	0	10 (27,8)
Constrangimento	16 (44,4)	0	7 (19,4)	5 (13,9)	8 (22,2)	20 (55,5)
Disfunção social (n=36)						
Menos tolerante ou paciente	30 (83,3)	0	5 (13,9)	1 (2,8)	0	6 (16,7)
Dificuldade em cumprir tarefas habituais	24 (66,7)	0	10 (27,8)	0	2 (5,6)	12 (33,4)
Incapacidade (n= 36)						
Menor satisfação com a vida	15 (41,7)	0	16 (44,4)	4 (11,1)	1 (2,8)	21 (58,3)
Impossível funcionar	26 (72,2)	2 (5,6)	4 (11,1)	3 (8,3)	1 (2,8)	8 (22,2)

O valor médio total (*mean total score*) do OHIP-14 foi de $15,5 \pm 1,8$, tendo variado entre 0 e 38. A tabela 6 mostra a caracterização da frequência de impactos considerando o domínio. Para a obtenção deste valor, é suficiente que um indivíduo relate pelo menos um impacto em uma das questões relativas ao domínio. O domínio que mais evidenciou impactos foi o da dor física, com 52,2%. O domínio da limitação funcional, disfunção psicológica e desconforto psicológico também apresentam valores significativos 38,9%, 36,1% e 36,1%, respetivamente.

Tabela VI - Distribuição dos participantes de acordo com a frequência do impacto, por domínios.

Domínio	Sem impacto n (%)	Com impacto n (%)
<i>Limitação funcional (n=36)</i>	22 (61,1)	14 (38,9)
<i>Dor física (n=36)</i>	14 (38,9)	22 (61,1)
<i>Desconforto psicológico (n=36)</i>	23 (63,9)	13 (36,1)
<i>Disfunção física (n=35)</i>	33 (94,3)	2 (5,7)
<i>Disfunção psicológica (n=36)</i>	23 (63,9)	13 (36,1)
<i>Disfunção social (n=36)</i>	33 (91,7)	3 (8,3)
<i>Incapacidade (n=36)</i>	31 (86,1)	5 (13,9)

A proporção do domínio representa indivíduos que relatam impacto em pelo menos uma das questões relativas ao domínio.

DISCUSSÃO

Em Portugal são escassos os estudos que incidam sobre a população sem-abrigo e a sua saúde oral ⁽²⁾. O presente estudo é o primeiro a procurar relacionar a qualidade de vida com a saúde oral desta população.

O valor médio total do OHIP-14, quando comparado com um estudo que utiliza uma amostra da população portuguesa (valor médio total OHIP-14 – 11,14), foi superior ⁽¹⁶⁾. Esta discrepância sugere que a saúde oral produza mais impactos nas pessoas sem-abrigo do que na população portuguesa em geral. Quando comparando com outras populações sem-abrigo, um estudo sobre a população do Norte e Oeste de Belfast obteve um valor médio semelhante (14,8) e um estudo realizado numa população urbana australiana mostrou um valor médio total mais elevado de 28,6 ^(19, 20). Estes valores sugestionam que indivíduos sem-abrigo vivenciam mais os impactos da saúde oral na qualidade de vida, podendo ser uma consequência da falta de acesso aos cuidados de saúde ^(11, 21).

Várias itens individuais mostraram impactos, indo de encontro a estudos já existentes ^(11, 19). Desconforto ao comer é um desses itens, o que pode levar a comer mais devagar, a fragmentar os alimentos em pedaços mais pequenos e a escolher cozinhar um alimento de uma certa forma em detrimento de outra. Não obstante a estas adaptações, esta população não referiu impactos referentes à capacidade de realizar uma dieta. Sentir-se “pouco à vontade”, “sentir constrangimento” e “menor satisfação com a vida” foram questões em que se observou impacto, tal como observado por Daly et al ⁽¹¹⁾. Este autor sugere que estas questões possam ser respondidas pelos indivíduos, não apenas tendo em consideração as condições orais, mas também tendo em conta toda a experiência vivenciada enquanto nesta situação ⁽¹¹⁾. É válido assumirmos esta possibilidade, pois o stress percecionado pelo indivíduo, a moral e a satisfação com a vida têm sido usados para distinguir entre a condição oral e circunstâncias gerais da vida ⁽²²⁾.

Relativamente aos impactos dos domínios, a dor física é um impacto com grande relevância, no entanto não foram evidenciados impactos adicionais. Relativamente ao desconforto psicológico, que na população portuguesa em geral é significativo, neste estudo não se verificou, o que sugere que os sem-abrigo não mostrem complexos e/ou se sintam tensos devido à saúde oral por terem e/ou priorizarem outras necessidades que se sobrepõe a esta ^(2, 20). Outros estudos que se incidiram sobre populações sem-abrigo revelam que os domínios com mais impactos foram a limitação funcional, dor física, desconforto psicológico e incapacidade psicológica ^(11, 20). O facto

deste estudo apenas apresentar o domínio da dor física com impacto é, muito provavelmente, uma consequência do tamanho amostral pois se fosse maior, poderia ser de esperar maior número de impactos.

O presente estudo mostrou um predomínio de indivíduos do sexo masculino algo que seria de esperar, tendo em conta valores apresentados no estudo sobre sem-abrigo, levado a cabo pelo Instituto de Segurança Social (ISS) ⁽²³⁾. Também um estudo realizado em 2014, na cidade do Porto, apresenta um predomínio de indivíduos do sexo masculino (87,9%), mostrando-se concordante com o presente estudo ⁽²⁾. O mesmo se verifica em estudos conduzidos noutras cidades, tais como Toronto, Londres e em várias cidades do Reino Unido ^(3, 11, 21). De acordo com o Estudo dos Sem-abrigo realizado pelo ISS, esta desproporção pode ser justificada pela diferença existente entre géneros, em que as mulheres possuem mais capacidade para recorrer a redes de apoio, social e familiar aquando de uma situação de alojamento. Adicionalmente a estas competências interpessoais, quando em comparação com os homens, têm também maior facilidade de adaptação e de aceitação de trabalhos desqualificantes para sobreviverem economicamente ⁽²³⁾. A prevalência de homens pode também ser justificada pela maior expectativa social inerente ao papel masculino, que frequentemente espera-se que seja o “sustento da família”. Desta forma, quando se vêm na situação de desemprego, há uma desvalorização e reprovação social, sucedendo-se problemas de natureza relacional com família e amigos que, para além dos problemas de saúde e condições habitacionais precárias, proporcionam uma porta de entrada para a situação de sem-abrigo ⁽²³⁾.

A média de idade da amostra foi aproximadamente de 50 anos, o que poderá ser um reflexo da elevada mortalidade e morbilidade a que os sem-abrigo estão sujeitos, tal como já foi concluído anteriormente ⁽⁷⁾. O valor obtido é ligeiramente mais elevado quando comparado com que os valores mencionados pelo ISS ⁽²³⁾. Aquando da comparação com o estudo realizado na cidade do Porto em 2014, observa-se que o intervalo de idades que compreendia mais indivíduos é o mesmo (40 – 49 anos), porém, é de salientar que o número de indivíduos com menos de 39 anos é menor em cerca de 17% ⁽²⁾. O estado civil mostra resultados próximos aos encontrados no artigo sobre sem-abrigo da cidade do Porto ⁽²⁾. A elevada frequência de indivíduos solteiros e divorciados poderá ser reflexo das ruturas familiares e/ou conjugais que é um fator contributivo para a situação de sem-abrigo, conduzindo também ao isolamento social ⁽²³⁾.

Relativamente ao tempo de permanência em situação sem-abrigo, os intervalos 1-5anos e ≥ 6 anos foram os que mais se expressaram, tendo havido um menor número de indivíduos nesta situação há menos de um ano. Ao contrastarmos com os valores obtidos noutras investigações,

verificam-se valores concordantes ^(3, 21). O mesmo se verifica no estudo realizado na cidade do Porto em 2014, em que o intervalo que mais se expressava era o de 1 a 5 anos e o intervalo de mais que 6 anos (28,6 % e 26,4%, respetivamente) ⁽²⁾. O facto de o tempo de permanência enquanto sem-abrigo ser mais significativo nos intervalos obtidos pode sugerir que, para além dos fatores que conduzem a esta situação, existam vicissitudes inerentes a cada indivíduo, justificando a existência de heterogeneidade das situações. Desta forma, podemos presumir, tal como sugerido pelo ISS, que os sem-abrigo possam ser novos sem-abrigo ou sem-abrigo crónicos ⁽²³⁾.

A escolaridade é um fator importante em qualquer indivíduo pois, novos conhecimentos, processos de aprendizagem e acesso à informação influenciam o seu quotidiano. Deste forma, os comportamentos e estado de saúde são condicionados por esta variável, evidenciando que pessoas com maior nível educacional têm menor propensão a desenvolver doenças crónicas (como doenças mentais – depressão e ansiedade) ⁽²⁴⁾. A maioria dos indivíduos deste estudo não frequentaram a escola para além do 9ºano, o que traduz um baixo nível educacional da amostra. Estes resultados estão de acordo com os encontrados anteriormente ^(2, 25). As semelhanças entre estes valores sugerem que a baixa escolaridade poderá ser um fator contributivo para a situação de sem-abrigo, pois dificulta o acesso a trabalhos qualificados, estáveis e bem remunerados ⁽²³⁾. Esta premissa fundamenta também a predominância de indivíduos que se encontravam no desemprego (83,3%). Vários estudos apresentam semelhança nos resultados, com uma elevada percentagem de indivíduos desempregados. Um estudo realizado em Belfast Norte e Oeste refere que a totalidade dos inquiridos se encontravam desempregados e outro na cidade do Porto menciona uma percentagem de 78,8% ^(2, 3, 19). De acordo com o Retrato da Saúde 2018, realizado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), o emprego é um dos determinantes mais importantes da saúde física e mental. Desta forma, ter uma fonte de rendimento permite o acesso a bens e serviços essenciais à saúde e bem-estar. Indivíduos com menores rendimentos, quando comparados com indivíduos de rendimentos mais elevados, tendem a avaliar negativamente o seu estado de saúde ⁽²⁴⁾. A obtenção de rendimento na população sem-abrigo frequentemente provém de fundos sociais, tal como é concluído em vários estudos ^(2, 25). No entanto, quando comparamos o número de indivíduos que auferem RSI ou que não possuem qualquer rendimento com os participantes do estudo realizado em 2014 na cidade do Porto, é possível constatar que há diferenças que sugerem que atualmente existam mais indivíduos a ser abrangidos pelo RSI e menos sem rendimentos.

As dependências (álcool e droga) levam ao desemprego e a ruturas familiares. Estes fatores, quando combinados, criam uma fórmula que pode levar à condição de sem-abrigo ^(20, 23). Existe um estudo que relata elevadas frequências no que diz respeito a dependências ⁽²⁵⁾. No entanto, o

consumo de álcool mostrou-se mais predominante que o consumo de drogas ilícitas. Num estudo realizado em Londres, 67% dos indivíduos referiram a ingestão diária de álcool e 30% o consumo de drogas ilícitas, percentagens semelhantes com os resultados no estudo realizado na população sem-abrigo do Porto ^(2, 11). Após comparação, o presente estudo contrasta destes resultados. Esta discrepância deve-se, muito provavelmente, ao facto de a amostra estar relacionada com instituições que frequentemente auxiliam indivíduos sem-abrigo que pretendem abandonar comportamentos viciosos, impondo regras de limite de consumo de álcool e substâncias. Desta forma, é possível que os valores referentes ao consumo de bebidas alcoólicas e de substâncias estupefacientes não tenha retratado a população sem-abrigo da cidade do Porto, mas sim um grupo mais pequeno que esteja ligado a instituições. De acordo com o Retrato da Saúde 2018, o tabagismo é um problema de saúde pública, sendo um hábito frequente entre desempregados. Em 2014, 20% dos portugueses eram fumadores, no entanto esta característica na população sem-abrigo tem-se mostrado bastante mais elevada ⁽²⁴⁾. A prevalência de fumadores no presente estudo foi quase três quartos da amostra total, valor análogo aos resultados obtidos noutras investigações ^(2, 11, 20). O consumo de tabaco, por si só, mostra consequências nos tecidos orais, predispondo-os a leucoplasias, gengivite, periodontite e estomatite ⁽²⁶⁾. É importante ter em atenção as estatísticas relativas ao consumo de álcool e tabaco, pois o consumo de tabaco quando combinado com o consumo excessivo de álcool, aumenta em 15 vezes o risco de desenvolver cancro, contribuindo para taxas de mortalidade e morbilidade mais elevadas na população sem-abrigo ^(7, 27).

A saúde oral e a autoperceção de saúde oral nos sem-abrigo têm sido descritas como reduzidas ⁽²⁰⁾. Na amostra do presente estudo, metade dos indivíduos consideravam ter uma saúde oral má. Um estudo realizado em Toronto refere que 60,2% autoavaliavam a sua saúde oral como razoável/pobre. Se compararmos com o estudo realizado no Porto, 36,9% referiam que a sua saúde oral era má e 42,5% que era razoável. A autoperceção da saúde oral pode ser o reflexo da dificuldade de acesso a cuidados de saúde oral, não só por parte do SNS que, apesar do esforço, ainda apresenta Unidades de Saúde Familiar (USF) limitadas. No entanto, este não pode ser o único fator justificativo para as barreiras ao acesso a cuidados médico-dentários pois, frequentemente, esta população mostra-se apática com a sua saúde oral e assume-a como de baixa prioridade ^(11, 21). Assim sendo, a falta de acesso a serviços de saúde primários e preventivos é uma combinação de barreiras financeiras, geográficas e culturais ⁽⁵⁾. A falta de cuidados diários com a cavidade oral também se pode repercutir na autoperceção da saúde oral. Relativamente aos hábitos de escovagem, a população deste estudo apresentava hábitos menos frequentes quando comparados com a população sem-abrigo caracterizada em 2014 ⁽²⁾. Estes resultados vêm reforçar

que os sem-abrigo escasseiam nas medidas preventivas primárias de saúde oral, não efetuando rotinas de higiene oral nem meios auxiliares de controlo de placa bacteriana ^(2, 5, 11). Deste modo, se analisarmos a procura de cuidados de saúde oral, constata-se que quase metade dos participantes visitou o dentista há menos de um. Estes valores contrastam com os obtidos anteriormente, em que a maioria dos indivíduos não visita o dentista pelo menos há mais de três anos ^(2, 3). A razão desta diferença deve-se ao facto de os sem-abrigo interrogados serem seguidos por instituições que os redireccionam para uma Organização Não Governamental (ONG) como a Mundo Sorrir, em que os custos associados ao tratamento médico-dentário são inexistentes ou reduzidos. Não obstante esta discrepância, o motivo que mais levou os sem-abrigo ao médico-dentista foi a dor, podendo ser corroborado num estudo que incide sobre as necessidades de saúde oral nestas populações ⁽²¹⁾. Isto verifica-se, mais uma vez, como consequência da dificuldade de acesso aos cuidados de saúde oral, procurando-se o médico-dentista apenas em caso de urgência. Desta forma, é de esperar que os sem-abrigo apresentem vários problemas orais que afetem, quer os dentes, quer as gengivas. Este estudo não caracteriza a doença oral na população sem-abrigo, no entanto procurou-se investigar a perceção que os indivíduos tinham sobre a sua saúde oral, dentes e gengivas. Uma maioria relatou ter problemas nos dentes, enquanto que problemas gengivais não foram mencionados em mais de 30%. Vários estudos concluem que a morbilidade dentária na população sem-abrigo é elevada, existindo uma extensa necessidade de tratamento, particularmente cárie dentária e espaços edêntulos por reabilitar ^(2, 20).

A escolha do instrumento de medição de OHrQL passou pelo questionário OHIP-14 pois, para além de ser uma versão curta e com semelhante validade ao OHIP-49, é também um instrumento já validado para a língua e cultura portuguesa ^(16, 28).

De acordo com os Censos de 2011, à data registavam-se 146 pessoas sem-abrigo na cidade do Porto. Tendo em conta este valor, o número de participantes no estudo representa 24,7 % da população sem-abrigo no Porto ⁽⁴⁾. Não obstante a este valor representar quase um quarto da população sem-abrigo do Porto, o número de participantes não foi suficiente para a realização de estatística inferencial. Desta forma, o pequeno número de participantes é uma limitação do presente estudo. Isto foi consequência das características desta população, em que a recolha de dados não foi um processo simples e facilitado. A população sem-abrigo é vulnerável, sendo existindo várias barreiras sociais, como o isolamento e a desconfiança nas pessoas em redor. É frequente estes indivíduos mostrarem relutância em interagir com novas pessoas e, consequentemente, a participar em estudos ^(5, 19, 25). Desta forma, a seleção dos participantes passou por sem-abrigo que estão ligados a instituições de caridade voltadas para esta causa. Estas

instituições apresentaram um papel imprescindível na ponte entre investigador e participante pois estão familiarizadas com os indivíduos, tendo facilitado o acesso a esta população. A seleção das instituições não foi aleatória, tendo sido o critério de seleção, após o contacto, a resposta das mesmas no decorrer da investigação. Apesar de ser importante caracterizar as recusas neste estudo tal não foi possível realizar devido a razões internas do funcionamento das instituições.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidencia que a população sem-abrigo apresenta várias barreiras socioeconômicas e a nível de saúde oral, carecendo particularmente de medidas preventivas e de hábitos de higiene oral. O valor médio total do OHIP-14 e a elevada prevalência de impactos provocados pela saúde oral na qualidade de vida dos sem-abrigo reflete uma fraca OHrQL. Estas conclusões sugerem a necessidade de educação sobre saúde oral nesta população, tornando-a preocupada para as suas condições orais de forma a melhorá-las, e que os sem-abrigo têm dificuldade de acesso a cuidados de saúde oral. Isto poderá ser conseguido através da criação de programas de educação de saúde oral nas Instituições que auxiliam esta população, bem como continuar a desenvolver a área da medicina dentária no SNS com o intuito de diminuir as morbilidades associadas a esta população e, consequentemente aumentar a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palma PD, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Special Care in Dentistry*. 2005;25(6):289-95.
2. de Lurdes Pereira M, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. *Oral health & preventive dentistry*. 2014;12(2).
3. Figueiredo RL, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *Journal of public health dentistry*. 2013;73(1):74-8.
4. Sem-Abrigo. ENpaIdPeSd. Anexo 3 - Destaque CENSOS 2011. 2017. [Available from: <http://www.enipssa.pt/documents/10180/12352/Anexo+3+-+Destaque+CENSOS+2011/c7944d81-c24f-431e-9ce0-d1b681ecd221>].
5. King TB, Gibson G. Oral health needs and access to dental care of homeless adults in the United States: a review. *Special Care in Dentistry*. 2003;23(4):143-7.
6. Beaton L, Anderson I, Humphris G, Rodriguez A, Freeman R. Implementing an Oral Health Intervention for People Experiencing Homelessness in Scotland: A Participant Observation Study. *Dentistry journal*. 2018;6(4):68.
7. Morrison DS. Homelessness as an independent risk factor for mortality: results from a retrospective cohort study. *International journal of epidemiology*. 2009;38(3):877-83.
8. Daiski I. Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of advanced nursing*. 2007;58(3):273-81.
9. Pires IR. A influência da saúde oral na qualidade de vida. 2009.
10. Sisco L, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of dental research*. 2011;90(11):1264-70.
11. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP- 14) in homeless people. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2010;38(2):136-44.
12. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JADB. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2016;16(1):55.
13. van Wijk AJ, Molendijk G, Verrips GH. OHRQoL in a Sample of Alcohol and Drug Abusers. *The open dentistry journal*. 2016;10:338-46.

14. Montero J, Albaladejo A, Zalba JI. Influence of the usual motivation for dental attendance on dental status and oral health-related quality of life. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*. 2014;19(3):e225.
15. Bilic S, Blomberg I, Burry K, Chong E, Yeung E, Ariyawardana A. Oral- health- related quality of life of dental patients: a hospital based study in far north Queensland, Australia. *Journal of investigative and clinical dentistry*. 2017;8(3):e12216.
16. Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação Portuguesa de ohip-14. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2017;18:374-88.
17. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEdBL, Marcopito LF. Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:1169-82.
18. Locker D, Quiñonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community dentistry and oral epidemiology*. 2011;39(1):3-11.
19. Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. *British Dental Journal*. 2007;202(12):E31.
20. Ford P, Cramb S, Farah C. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Australian dental journal*. 2014;59(2):234-9.
21. Hill KB, Rimington D. Investigation of the oral health needs for homeless people in specialist units in London, Cardiff, Glasgow and Birmingham. *Primary health care research & development*. 2011;12(2):135-44.
22. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP- 14 as measures of the oral health- related quality of life of the elderly. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2001;29(5):373-81.
23. Instituto de Segurança Social IP. Estudo dos sem-abrigo 2011, setembro 12 [Available from: <http://www.seg-social.pt/publicacoes?bundleId=322036>].
24. Saúde SNd. Retrato da saúde 2018 2018 [Available from: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>].
25. Sun S, Irestig R, Burström B, Beijer U, Burström K. Health-related quality of life (EQ-5D) among homeless persons compared to a general population sample in Stockholm County, 2006. *Scandinavian journal of public health*. 2012;40(2):115-25.
26. Johnson N, Bain C. Tobacco and oral disease. *British Dental Journal*. 2000;189(4).
27. Foundation. TOC. Oral cancer facts 2019, fevereiro 27 [Available from: <https://oralcancerfoundation.org/facts/>].

28. Slade GD. Derivation and validation of a short- form oral health impact profile. Community dentistry and oral epidemiology. 1997;25(4):284-90.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO

Questionário

Local do exame: _____

Nº do questionário

INFORMAÇÃO GERAL

Data de nascimento: __/__/____ | Idade: _____ | Sexo: ☐ (M= 1; F= 2)

Há quanto tempo está sem-abrigo? _____ (meses/anos)

Escolaridade:

- 0= Sem estudos
- 1= 4º ano (1º ciclo)
- 2= 6º ano (2º ciclo)
- 3= 9º ano (3º ciclo)
- 4= 12º ano (ensino secundário)
- 5= Ensino superior

☐

Estado profissional:

- 0= Desempregado
- 1= Empregado

☐

Estado civil:

- 1= Solteiro/a
- 2= Casado/a
- 3= Viúvo/a
- 4= Divorciado/a

☐

Fonte de rendimento:

- 0= Sem rendimento
- 1= Reforma
- 2= Rendimento Social de Inserção (RIS)
- 3= Pensões (invalidez, velhice, sobrevivência)
- 4= Subsídio de desemprego
- 4= Outro (Qual? _____)

☐

HÁBITOS

É fumador/a?

- 0= Não
- 1= Sim

☐

É consumidor diário de substâncias estupefacientes?

0= Não

1= Sim

☐

É consumidor de bebidas alcoólicas diariamente?

0= Não

1= Sim

☐

AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE ORAL

Autoavaliação da saúde oral:

0= Má

1= Razoável

2= Boa

3= Excelente

☐

Existe algum problema com os seus dentes?

0= Não

1= Sim

☐

Existe algum problema com as suas gengivas?

0= Não

1= Sim

☐

Quando foi a última vez que visitou o dentista?

1= Menos de 1ano

2= Entre 1 a 3anos

3= Mais de 3anos

4= Nunca

☐

Motivo para a consulta de dentista?

1= Rotina

2= Dor

3= Prótese

4= Nunca visita

☐

Acha que necessita de tratamento médico-dentário?

0= Não

1= Sim

☐

Quantas vezes ao dia escova os seus dentes?

0= Não escova

1= 1

2= 2

3= 3 ou mais

☐

Para além da escovagem, utiliza meios auxiliares de higiene oral?

0= Não

1= Sim (Qual? _____)

☐

Durante o **ÚLTIMO ANO**, com que frequência tem tido os seguintes problemas, devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?

Por favor, coloque uma cruz à volta da resposta.

Durante o último ano			Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Quase nunca	Nunca	Não Sei
0.51	1	Tem tido problemas em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.49	2	Tem notado que o sentido do paladar tem piorado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.34	3	Tem tido muitas dores na boca?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.66	4	Tem sentido desconforto aos comer quaisquer alimentos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.45	5	Tem sentido complexos devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.55	6	Tem-se sentido tenso ou ansioso devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.52	7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.48	8	Tem sido obrigado a interromper as refeições devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.60	9	Tem descoberto dificuldades em relaxar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.40	10	Tem-se sentido algo embaraçado devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.62	11	Tem-se irritado um pouco com outras pessoas devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.38	12	Tem tido dificuldade em cumprir as suas tarefas habituais devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.59	13	Tem-se sentido menos satisfeito com a vida em geral devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9
0.41	14	Tem sido de todo impossível funcionar devido a problemas com os dentes, boca ou próteses?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0	☐ 9

ANEXO 2 – EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Qualidade de vida relacionada a saúde oral na população sem-abrigo

Este estudo é realizado para elaboração de Tese de Mestrado Integrado em Medicina Dentária de Maria Teresa Gomes de Castro, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e tem como objetivos:

- Avaliar a qualidade de vida e a saúde oral na população sem abrigo através do questionário *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14).
- Analisar a importância das variáveis sociodemográficas e subjetivas na autoperceção das condições orais.

Para isso, o participante deverá responder a um questionário que pretende registar as características sociodemográficas, a autoperceção de saúde oral e o questionário *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). Este último é constituído por 14 itens que estão divididos em sete divisões – limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, disfunção física, disfunção psicológica, disfunção social e incapacidade – que visam avaliar o modo pelo qual as condições orais comprometem o bem-estar funcional e psicológico.

Este estudo não apresenta riscos para o participante, excetuando o possível incómodo inerente à resposta do questionário.

O anonimato dos participantes será reservado. A participação neste estudo é voluntária e o participante pode, em qualquer momento, recusar a participação ou a continuação da participação do mesmo.

Para qualquer dúvida ou questão adicional pode contactar:

Maria Teresa Gomes de Castro
Tlm: 912 638 506; mimd11102@fmd.up.pt

A orientadora:

Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira: mpereira@fmd.up.pt

Declaro que recebi, li e compreendi a explicação do estudo.

ANEXO 3 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

Título: Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo

_____(nome completo), compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, acerca da investigação conduzida pela Estudante Maria Teresa Gomes de Castro na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, para a qual é pedida a sua participação. Foi-me dada oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a sua participação no estudo. Sei que posso abandonar o estudo e que não terei que suportar qualquer penalização, nem quaisquer despesas pela participação neste estudo.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, consinto a minha participação neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora responsável sabendo que a confidencialidade dos participantes e dos dados a eles referentes se encontra assegurada.

Mais autorizo que os dados deste estudo sejam utilizados para outros trabalhos científicos, desde que irreversivelmente anonimizados.

Data ____/____/____

Assinatura do paciente:

O/A Investigador/a:

Dados de contacto:

O/A Orientador/a:

Dados de contacto:

ANEXO 4 – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA FMDUP



Exmª Senhora

Maria Teresa Gomes de Castro

Faculdade de Medicina Dentária da U. Porto

000123

04 FEV 2019

(CC à Orientadora Srª. Prof. Doutora Maria de Lurdes Pereira)

Assunto: Parecer relativamente ao Projeto de Investigação nº 23/2018.
(Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem abrigo).

Informo V. Exa. que o projeto supracitado foi analisado na reunião da Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP, no dia 1 de fevereiro de 2019.

A Comissão de Ética é **favorável** à realização do projeto tal como apresentado.

Subject: Recommendation on the research project nº 23/2018.
(Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem abrigo).

I hereby inform that the aforementioned project was analyzed on 1st february, 2019 by the Ethics Committee for Health of the Faculty of Dental Medicine,
The Ethics Committee is **favourable** to the project execution.

Com os melhores cumprimentos,
A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde, da FMDUP

Prof. Doutora Inês Alexandra Costa Morais Caldas

ANEXO 5 – PARECER DA UNIDADE DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS DA UNIVERSIDADE DO PORTO

	Unidade de Proteção de Dados	DATA 02/05/2019
---	------------------------------	-----------------

PARECER P-4/2019

Nome	Maria Teresa Gomes de Castro
Nº Mecanográfico	201107541
Unidade Orgânica	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)
Título	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo
Ticket Nº	2019011815001053

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular “Monografia de Investigação ou Relatório de Atividade Clínica”, integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende a requerente caracterizar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral numa população sem-abrigo da cidade do Porto, através do questionário OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14). Adicionalmente, pretende-se caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral e a autoperceção de saúde oral, bem como a sua relação com a qualidade de vida desta população. Os dados serão recolhidos de forma presencial pela própria investigadora.

Foi realizada uma Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD) nos termos do art.º 35.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Conclusões

Tendo em conta os objetivos do estudo, e de acordo com o exposto pela requerente, os dados recolhidos parecem ser adequados e proporcionais às finalidades que se pretendem atingir.

A condição de licitude é o consentimento dos participantes, o qual nos parece reunir as condições para ser prestado de forma livre, explícita, informada e específica. Os participantes no estudo são ainda devidamente informados dos seus direitos enquanto Titulares dos Dados, bem como da forma de exercer esses direitos.

Quanto à Análise de Risco, tendo em conta o tratamento de dados pessoais em causa e ponderados os tipos de dados, as categorias de titulares, os procedimentos do estudo e os suportes utilizados, consideramos que foi efetuada uma previsão extensiva dos cenários de risco possíveis, bem como devidamente percecionadas as consequências de cada cenário para os Titulares dos Dados potencialmente afetados. Adicionalmente, observando os níveis de risco calculados, concluímos que as medidas técnicas e organizativas que se pretende implementar são as suficientes para razoavelmente garantir a Confidencialidade dos dados tratados, não sendo necessário adotar medidas suplementares.

Atentas as conclusões anteriores e pese embora a vulnerabilidade dos titulares envolvidos (população sem-abrigo), somos do parecer que está assegurada uma proteção adequada dos seus direitos, liberdades e garantias.

Assim, uma vez analisado o pedido de autorização submetido pela requerente, e tendo-se verificado, na AIPD, a inexistência de riscos elevados para os direitos, liberdades e garantias dos potenciais participantes no estudo, somos do parecer que poderá ser realizado o tratamento de dados pessoais acima descrito, uma vez que a requerente cumpra a implementação de todas as medidas referidas na AIPD.

Qualquer incidente que se possa configurar como uma violação de Dados Pessoais, deve ser reportado, sem demora injustificada, para o endereço incidente.seguranca@uporto.pt.

Parecer P-4/2019| 1

U.PORTO	Unidade de Proteção de Dados	DATA 02/05/2019
----------------	------------------------------	-----------------

Anexos

Anexo 1	Avaliação de Impacto Sobre a Proteção de Dados
----------------	--

a Encarregada da Proteção de Dados da
Universidade do Porto

Susana Rodrigues Pereira
Doutora Susana Rodrigues Pereira

Qualquer incidente que se possa configurar como uma violação de Dados Pessoais, deve ser reportado, sem demora injustificada, para o endereço incidente.seguranca@uporto.pt.

Parecer P-4/2019| 2

Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados

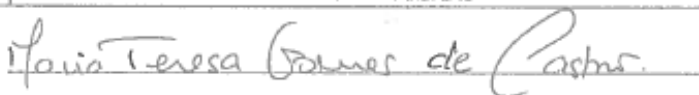
Identificação do estudo

Título do estudo	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo
Tipo de estudo	Estudo epidemiológico transversal
Parecer comissão ética	Parecer favorável (Nº23/ 2018)

Identificação do proponente

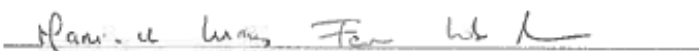
Nome	Maria Teresa Gomes de Castro
Nº Mecanográfico	201107541
Cargo	Investigador Principal
Entidade Constitutiva	FMDUP
Email	mteresagdcastro@gmail.com mimd11102@fmd.up.pt

Assinatura



Nome	Maria de Lurdes Ferreira Lobo Pereira
Nº Mecanográfico	241029
Cargo	Orientador
Entidade Constitutiva	FMDUP
Email	mpereira@fmd.up.pt

Assinatura



Assessoria Técnica na elaboração da AIPD

Nome	João Pedro Almeida Rua
Nº Mecanográfico	571374
Entidade Constitutiva	REITORIA (Unidade de Proteção de Dados)
Email	jarua@uporto.pt

Assinatura



Nome	Joel Araújo Alves
Nº Mecanográfico	615238
Entidade Constitutiva	REITORIA (Unidade de Proteção de Dados)
Email	jaalves@reit.up.pt

Assinatura



Descrição do estudo

Os sem-abrigo atravessam diariamente dificuldades para poderem estar num estado saudável. De facto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde, não apenas pela ausência de afeções e enfermidades, mas também como um estado de completo bem-estar físico, mental e social.

É levando isto em consideração que, ao longo dos últimos anos, as condições subjetivas de bem-estar, tais como o estilo de vida, o estatuto socioeconómico e o acesso a serviços de saúde, têm vindo a ser cada vez mais estudadas e relacionadas com diferentes populações, procurando-se fazê-lo para esta em específico também.

A qualidade de vida tem vindo a ter uma maior importância, traduzindo-se num melhor padrão de vida, considerando o desenvolvimento socioeconómico e humano, bem como a percepção que o indivíduo tem de si e da sua vida. Vários estudos procuram relacionar a saúde oral e a qualidade de vida, usando o OHIP-14 — Oral Health Impact Profile-14, que avalia o impacto que a saúde oral tem na qualidade de vida. Através deste estudo espera-se verificar a existência de uma relação entre a qualidade de vida na população sem-abrigo e as condições de saúde oral desta população. É esperado também, uma melhor compreensão dos problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das alterações da saúde oral nesta população, analisando as variáveis sociodemográficas e subjetivas na autopercepção das condições orais.

Objetivos, plano de investigação e métodos

Objetivos: Caracterizar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral numa população sem-abrigo da cidade do Porto através do questionário OHIP-14. Adicionalmente, pretende-se caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral e a autopercepção de saúde oral, bem como a sua relação com a qualidade de vida.

Métodos: Os dados recolhidos serão inseridos numa base de dados do programa estatístico IBM SPSS Statistics 25® (Statistical Package for Social Science). Serão utilizadas estatísticas de sumário apropriadas para a análise descritiva dos dados colhidos. As variáveis categóricas serão descritas através de frequências absolutas e relativas, as variáveis contínuas serão descritas utilizando a média e o desvio-padrão ou a mediana e percentil 25 e 75 (AIO- Amplitude Interquartil), conforme a tendência de normalidade apresentada pela variável em estudo. Será usado o teste de independência do Qui-Quadrado χ^2 e o teste de Fischer, quando apropriado, para a análise da associação entre as variáveis. Será usado um nível de significância de 0,05.

Dados pessoais

Categorias	Dados	Controlos de Minimização	Finalidade	Prazo de Conservação
Dados sociodemográficos	Idade	Apenas se recolherá o ano de nascimento.	A colheita deste dado destina-se a caracterizar a população a estudar. A colheita da idade sob a forma de variável contínua é realizada desta forma para minimizar possíveis dificuldades da análise estatística e para que se possa comparar com os dados obtidos nos Censos 2011.	1 ano
	Sexo	-	Caracterização da amostra, comparando também com os dados obtidos nos Censos 2011, e análise da relação destas variáveis com o objeto do estudo (qualidade de vida relacionada com a saúde oral).	
	Situação profissional	1 de 3 opções: empregado, desempregado e reformado		
	Estado civil	-		
	Fonte de rendimento	-		
		Há quanto tempo se encontra sem-abrigo	-	
Hábitos	Se fuma	Variáveis dicotómicas	Caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral	
	Se consome substâncias estupefacientes diariamente			
	Se consome álcool diariamente			

Autoavaliação de saúde oral	Autoavaliação da saúde oral	-	Avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das alterações da saúde oral, a partir da análise das variáveis subjetivas na auto percepção da saúde oral.	1 ano
	Existência de algum problema com os dentes	-		
	Existência de algum problema com as gengivas	-		
	Última vez que visitou o dentista	-		
	Motivo pelo qual visitou o dentista	-		
	Se acha que necessita de tratamento médico-dentário	Variável dicotômica (S/N)		
	Nº de escovagens por dia	-		
	Utilização de meios auxiliares de higiene oral	Variável dicotômica (S/N)		
OHRQL – Oral Health related Quality of life. Avaliação do impacto da saúde oral na qualidade de vida	Questionário OHIP-14 (Oral Health Impact profile – 14)	-	Principal objetivo do estudo: avaliar a existência de uma relação entre a qualidade de vida e as condições de saúde oral, na população sem-abrigo.	

Ativos

Designação	Responsável	Descrição
Papel	Proponente	Questionários utilizados apenas para a recolha de dados. Os questionários serão numerados à medida que forem feitos, sem serem associados ao participante. Após a passagem de informação para a base de dados em SPSS, os dados em papel serão destruídos, exceto o Termo de Consentimento Informado (questões éticas).
Computador Pessoal	Proponente	Computador Pessoal da Proponente
Base de dados em SPSS	Proponente	Base de dados no programa estatístico SPSS que servirá para fazer a análise dos mesmos. As perguntas/variáveis serão numeradas, em vez de estarem designadas, evitando desta forma que alguém que aceda indevidamente à base de dados consiga interpretar a informação.

Descrição funcional do tratamento

Lista de atividades de tratamento de dados pessoais desenvolvidas

1- Recolha dos dados

Descrição da atividade: Os dados serão recolhidos através de entrevista direta, num único momento: explicação do estudo, assinatura do consentimento informado e preenchimento do inquérito em papel pela investigadora

Dados Pessoais	Ativo	Quem acede?	Para que vai ser usado?
Nome (consentimentos)	Papel	Proponente	Garantia de licitude e de condução do estudo de forma ética.
Dados sociodemográficos			Utilização no estudo.
Hábitos			
Autoperceção da saúde oral			
Questionário OHIP-14			

2- Estudo estatístico

Descrição da atividade: Inserção dos dados numa base de dados SPSS (com referência apenas aos números que identificam as perguntas e as respostas) e destruição da documentação em papel (com exceção dos consentimentos).

Medidas de pseudonimização/codificação

Numeração dos questionários, sem qualquer informação cruzada com os consentimentos, que são os únicos documentos que identificam diretamente os participantes.

Condição de licitude

Os participantes serão incluídos no estudo após prestarem o seu consentimento livre, informado e explícito, nos termos dos artigos 6.º1/a) e 7.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Validade do consentimento

Controlos aplicáveis	Implementação	Justificação para a eventual não aplicação
O consentimento é prestado de forma escrita	Sim	
O pedido de consentimento é apresentado de modo inteligível e numa linguagem clara e simples	Sim	
O titular não conhece nenhuma condicionante ou dependência no momento da sua declaração que afete a formação da sua vontade	Sim	
O titular pode revogar o consentimento a todo o tempo, sem quaisquer encargos e em moldes semelhantes àqueles em que o prestou	Sim. Todavia, após o procedimento de anonimização implementado torna-se impossível assegurar este direito.	
O consentimento é pedido de forma granular	Não aplicável, uma vez que existe uma única finalidade.	
No caso de menores, é obtido o consentimento dos responsáveis parentais da criança	Não aplicável, visto que todos os participantes serão maiores de idade.	

Direitos dos titulares

Direito de informação

Controlos	Implementação
Apresentação do estudo e respetivos objetivos numa linguagem clara e de fácil compreensão	A informação está inscrita na declaração de consentimento informado.
Identificação dos dados pessoais objeto de tratamento e respetivas finalidades	A informação está inscrita na declaração de consentimento informado.
Identificação do responsável pelo tratamento e respetivo contacto	A informação está inscrita na declaração de consentimento informado.
Descrição da transmissão dos dados pessoais a terceiros	Não aplicável
Descrição de transferências internacionais de dados	Não aplicável
Indicação dos direitos do titular	Não aplicável
Identificação do contacto do Encarregado de Proteção de Dados	A informação está inscrita na declaração de consentimento informado.

Direitos de acesso e portabilidade

Controlos	Implementação
Titular dos dados tem o direito de obter do responsável pelo tratamento a confirmação de que os dados pessoais que lhe digam respeito são ou não objeto de tratamento e de aceder a esses mesmos dados.	Não aplicável devido à impossibilidade de re-identificação dos dados após a sua recolha.
O titular dos dados tem o direito de receber os dados pessoais que lhe digam respeito e que tenha fornecido a um responsável pelo tratamento nos termos do art.º 20.º do RGPD	Não aplicável devido à impossibilidade de re-identificação dos dados após a sua recolha.

Direitos de retificação e apagamento

Controlos	Implementação
O titular tem o direito de obter do responsável pelo tratamento a retificação dos dados pessoais inexatos que lhe digam respeito	Não aplicável, devido à impossibilidade de re-identificação dos titulares dos dados após a sua recolha.
O titular tem o direito a que os seus dados pessoais incompletos sejam completados	
O titular tem o direito de obter do responsável pelo tratamento o apagamento dos seus dados pessoais, nos termos do art.º 17.º do RGPD.	

Direitos de oposição e limitação do tratamento

Controlos	Implementação
O titular dos dados tem o direito de se opor a qualquer momento, por motivos relacionados com a sua situação particular, ao tratamento dos dados pessoais que lhe digam respeito	Não aplicável devido à condição de licitude ser o consentimento dos participantes.
O titular tem o direito de obter do responsável pelo tratamento a limitação do tratamento, nos termos do art.º 18.º do RGPD	

Subcontratação

Não aplicável.

Destinatários e transferências internacionais

Não aplicável.

Análise de Risco

Conforme a responsabilidade consagrada no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados de zelar pela implementação das medidas técnicas necessárias à segurança do tratamento de dados, foi realizada uma análise de risco sob a perspectiva do Titular dos Dados, restringindo os riscos àqueles relacionados com o mesmo.

Foram identificados, para os riscos indicados, cenários (incluindo ameaças), consequências que destes podem resultar, e medidas de segurança existentes. Para cada risco, foram estimados os respetivos valores do Impacto e da Probabilidade¹ (escala de 5 valores), obtendo-se o Valor final do Risco de cada Cenário através da multiplicação daqueles dois valores.

Na definição do risco, tendo em conta o uso da multiplicação, temos uma escala de risco com 14 valores possíveis, em que o intervalo de 1 a 5 representa risco baixo (verde), 6 a 12 risco médio (laranja) e 15 a 25 risco alto (vermelho).

Escala:

Probabilidade		Impacto				
		1	2	3	4	5
1	1	1	2	3	4	5
2	2	2	4	6	8	10
3	3	3	6	9	12	15
4	4	4	8	12	16	20
5	5	5	10	15	20	25

¹ Para calcular a Probabilidade, define-se um valor para a Probabilidade de Ocorrência e outro para a Probabilidade de Sucesso, sendo no fim realizada a média desses dois valores.

Análise de Risco

Legenda		I – Impacto	P – Probabilidade	PO – Probabilidade de Ocorrência	PS – Probabilidade de Sucesso	VRC – Valor Risco do Cenário		
CIA	Risco	Cenário		Consequências	Medidas	I	P	VRC
Confidencialidade	Divulgação acidental de dados não codificados	Investigadora perde consentimentos		Afetação da vida privada por via da associação da pessoa a um estereótipo social negativo	D1; F1; F2; F3;	1	2	2
		Investigadora perde consentimentos juntamente com a restante documentação referente aos participantes				2	2	4
	Divulgação maliciosa de dados não codificados	Indivíduo não autorizado acede a consentimentos				1	1	1
		Indivíduo não autorizado acede a consentimentos e restante documentação dos participantes				2	1	2
Integridade	Eventuais incidentes que afetem a integridade dos dados não terão impacto na esfera de direitos, liberdades e garantias das pessoas singulares participantes no estudo							
Disponibilidade	Eventuais incidentes que afetem a disponibilidade dos dados não terão impacto na esfera de direitos, liberdades e garantias das pessoas singulares participantes no estudo							

ID	Medida	Controlos ISO 27001:2013
D1	Armazenamento dos consentimentos em local geograficamente distinto da restante documentação	A.16.1.3; A.18.1.4;
F1	Armazenamento de documentação em armário (ou equivalente) fechado à chave	A.11.2.1; A.11.1.4;
F2	Armazenamento de documentação em local de acesso restrito	A.11.1.2; A.11.1.3; A.11.1.4;
F3	Garantia que nenhum documento, em uso, é abandonado sem supervisão	A.11.2.8;

ANEXO 6 – DECISÃO REITORAL

	Reitoria da Universidade do Porto	DATA: 03/05/2019
---	-----------------------------------	------------------

Nome	Maria Teresa Gomes de Castro
Nº Mecanográfico	201107541
Unidade Orgânica	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP)
Título	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo
Ticket Nº	2019011815001053

Sumário do Pedido

No âmbito da unidade curricular “Monografia de Investigação ou Relatório de Atividade Clínica”, integrada no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, pretende a requerente caracterizar a qualidade de vida relacionada com a saúde oral numa população sem abrigo da cidade do Porto, através do questionário OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-14). Adicionalmente, pretende caracterizar os hábitos relacionados com a saúde oral e a autoperceção de saúde oral, bem como a sua relação com a qualidade de vida. Os dados serão recolhidos de forma presencial pela própria investigadora.

Foi realizada uma Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados (AIPD) nos termos do art.º 35.º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.

Síntese do parecer da Encarregada de Proteção de Dados

Uma vez analisado o pedido de autorização submetido, e tendo-se verificado na AIPD, a inexistência de riscos elevados para os direitos, liberdades e garantias dos potenciais participantes na investigação, somos do parecer que poderá ser realizado o tratamento de dados pessoais acima descrito, desde que a requerente cumpra a implementação de todas as medidas referidas no documento supramencionado.

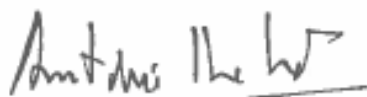
Decisão Reitoral

Uma vez analisado o pedido em questão e tendo em consideração o parecer da Encarregada da Proteção de Dados da Universidade do Porto com a referência P-4/2019:

☒ Autorizo

☐ Não Autorizo

O Vice-Reitor



Prof. Doutor António Silva Cardoso

Em substituição do Reitor ao abrigo do Despacho N.º GR.04/04/2019 de 30 de abril.

DECLARAÇÃO

Monografia de Investigação

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia de Investigação, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

03/07/2019

Dania Teresa Gomes de Castro

A investigadora

PARECER

(Entrega do trabalho final de Monografia)

Informo que o Trabalho de Monografia desenvolvido pela Estudante Maria Teresa Gomes de Castro com o título: Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo, está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

03/07/2019

A Orientadora

Rani de Sales Ferreira