

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Avaliação do nível de satisfação e do impacto na qualidade de vida
em pacientes que realizaram tratamento periodontal na
FMDUL – estudo piloto.**

Bernardo Neves Sena Alçada Ribeiro

Orientadores:

Professor Doutor Paulo Mascarenhas

Professora Doutora Susana Noronha

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2023

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



**Avaliação do nível de satisfação e do impacto na qualidade de vida
em pacientes que realizaram tratamento periodontal na
FMDUL – estudo piloto.**

Bernardo Neves Sena Alçada Ribeiro

Orientadores:

Professor Doutor Paulo Mascarenhas

Professora Doutora Susana Noronha

Dissertação

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

2023

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao Professor Doutor Paulo Mascarenhas e à Professora Doutora Susana Noronha, o conhecimento que partilharam comigo ao longo destes anos na área de Periodontologia e o apoio prestado que foi crucial no desenvolvimento desta dissertação de Mestrado.

À Doutora Fátima Duarte e ao Professor Doutor Henrique Luís pela disponibilidade, simpatia e ajuda na elaboração deste estudo.

Aos meus pais Rosário e Paulo, por todo o apoio e investimento. Sem o seu exemplo, não seria o que sou hoje.

Aos meus irmãos Francisca, Sara e Manel, ao meu cunhado Diogo e ao Bruno, pela motivação e ajuda que sempre me deram. Em especial, à Francisca pela inspiração e aconselhamento como médica dentista.

A todos os meus amigos com os quais partilhei momentos inesquecíveis e que com a boa disposição e companheirismo fizeram com que estes anos universitários passassem a correr.

“A educação é a arma mais poderosa para mudar o mundo.”

Nelson Mandela

RESUMO

Introdução: A saúde e a saúde oral influenciam a qualidade de vida. A doença periodontal é uma doença infecciosa caracterizada pela inflamação dos tecidos de suporte do dente, que pode levar à destruição do ligamento periodontal, osso alveolar e possivelmente à perda dentária. Apesar da eficácia clínica do tratamento os resultados baseados nos pacientes são limitados. A influência do tratamento na Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) evidencia a importância de considerar a opinião do paciente na eficácia do tratamento.

Objetivo: Avaliação do nível de satisfação e impacto na qualidade de vida em pacientes que realizaram tratamento periodontal na FMDUL.

Materiais e métodos: Foi realizada uma entrevista com base no questionário General Oral Health Assessment Index (GOHAI) a 11 pacientes após terminarem o tratamento periodontal. Para além das 12 questões que constituem o questionário foram adicionadas 7. Com exceção das perguntas 1 e 7, cada questão teria de ser respondida em relação a duas fases: antes de iniciar o tratamento e após terminar a fase higiénica ou corretiva.

Resultados: Os resultados do GOHAI variam inversamente com a QVRSO, ou seja, quanto maior o valor obtido no GOHAI pior será a QVRSO. Verificou-se uma diferença marginalmente significativa entre as respostas ao questionário GOHAI antes e depois do tratamento, variando a média dos resultados entre 20,09 e 16,36, o que indica uma melhoria na QVRSO após o tratamento periodontal e na categoria “Dor e desconforto” onde os valores desceram de 5,00 para 3,90. Quando se relaciona os resultados do GOHAI com a higiene interdentária, os pacientes que não tinham este hábito antes do tratamento, obtiveram o maior aumento de QVRSO.

Conclusão: Após o tratamento periodontal, os pacientes ficaram satisfeitos e a QVRSO no geral melhorou, principalmente no “Impacto psicológico” e na “Dor e desconforto”.

Palavras-chave: saúde; saúde oral; qualidade de vida; doença periodontal; tratamento.

ABSTRACT

Introduction: General health and oral health have significant impact on the quality of life. Periodontal disease is an infectious disease characterized by inflammation of the tissues that support the teeth. This can lead to the destruction of the periodontal ligament and alveolar bone and ultimately tooth loss. While periodontal disease can be clinically treated effectively, patient outcomes are often limited. The influence of treatment on the Oral Health Related Quality of Life (OHRQoL) highlights the importance of considering the patient's opinion on the effectiveness of periodontal treatment.

Aim: Assessment of the level of satisfaction and impact on quality of life in patients who underwent periodontal treatment at FMDUL.

Materials and Methods: After completing periodontal treatment, 11 patients were interviewed using the General Oral Health Assessment Index (GOHAI) questionnaire. Seven additional questions were added to the original 12. With the exception of questions 1 and 7, each question would be related to two different phases: before starting treatment and after finishing it.

Results: The GOHAI results are inversely proportional to the OHRQoL, meaning that higher GOHAI results indicate worse OHRQoL. A marginally significant difference was found between the GOHAI questionnaire answers before and after periodontal treatment, with a mean decrease ranging from 20,09 to 16,36, indicating an improvement in OHRQoL after treatment and in the "Pain and discomfort" category, where the values decreased from 5,00 to 3,90. Patients who did not perform interdental hygiene before periodontal treatment had the greatest increase in OHRQoL after treatment.

Conclusion: After periodontal treatment the patients were satisfied and the overall OHRQoL improved, especially in the "Psychological impact" and "Pain and discomfort" categories.

Key-words: health; oral health; quality of life; periodontal disease; treatment.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABELAS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Saúde	1
1.2. Saúde oral	2
1.3. Doença periodontal	6
1.4. Qualidade de vida	8
1.5. Qualidade de vida relacionada com a saúde	9
1.6. Qualidade de vida relacionada com saúde oral	10
1.7. Impacto do tratamento da doença periodontal na qualidade de vida relacionada com a saúde oral	11
2. OBJETIVO	13
3. MATERIAIS E MÉTODOS	14
3.1. Tipo de estudo	14
3.2. Bases de dados	14
3.3. Comissão de Ética	14
3.4. Amostra	14
3.5. Critérios de Inclusão	14
3.6. Critérios de exclusão	14
3.7. Variáveis analisadas	15
3.8. Procedimentos	15
3.9. Análise estatística	15
4. RESULTADOS	16
4.1. Análise descritiva	16
4.1.1. Dados sociodemográficos	16
4.1.2. Dados clínicos	16
4.2. Impacto da doença periodontal na avaliação da qualidade de vida	18
4.2.1. General Oral Health Assessment Index (GOHAI)	18

4.3.	Impacto da fase higiênica ou da fase higiênica e corretiva na avaliação da qualidade de vida	19
4.4.	Avaliação da influência dos comportamentos de saúde e higiene oral e as respostas ao GOHAI	22
4.4.1.	Higiene interdentária pelo menos 1 vez por dia (fio/fita dentária/escovilhão)	22
4.4.2.	Consultas dentárias regulares	22
4.5.	Relação entre as características sociodemográficas e a avaliação da qualidade de vida	23
4.5.1.	Idade	23
5.	DISCUSSÃO	24
5.1.	Impacto da doença periodontal na avaliação da qualidade de vida	24
5.2.	Impacto da fase higiênica ou fase higiênica e cirúrgica na avaliação da qualidade de vida	24
5.3.	Avaliação da influência dos comportamentos de saúde e higiene oral nas respostas ao GOHAI	28
5.3.1.	Higiene interdentária pelo menos 1 vez por dia (fio/fita dentária/escovilhão)	28
5.3.2.	Consultas dentárias regulares	29
5.4.	Avaliação do nível de satisfação	29
5.5.	Relação entre a idade e a avaliação da qualidade de vida	29
6.	CONCLUSÃO	30
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31
	ANEXOS	36

ÍNDICE DE TABELAS

Introdução:

Tabela 1: Os cinco países com a maior prevalência das principais doenças orais em 2019 (combinação de todas as idades e ambos os sexos) (adaptado de Jain et al.)

Tabela 2: Os cinco países com as maiores despesas anuais diretas e indiretas relacionadas com as cinco principais doenças orais em 2019 (adaptado de Jain et al.)

Resultados:

Tabela 3: Caracterização da amostra (N = 11).

Tabela 4: Diagnóstico periodontal.

Tabela 5: Tipo de tratamento periodontal realizado.

Tabela 6: Fatores de risco para a doença periodontal.

Tabela 7: Hábitos de higiene oral.

Tabela 8: Satisfação em relação ao preço do tratamento periodontal.

Tabela 9: Relação entre a severidade da doença e resultados do GOHAI antes do tratamento.

Tabela 10: Resultados do GOHAI em pacientes que passaram pela fase higiênica e corretiva.

Tabela 11: Resultados do GOHAI em pacientes que passaram apenas pela fase higiênica.

Tabela 12: Percentagem de respostas “às vezes” ou “sempre” em cada pergunta do GOHAI.

ÍNDICE DE FIGURAS

Introdução:

Figura 1: Prevalência cumulativa por país das cinco principais causas de doenças orais (*global burden of disease*; 2019). A Índia e a China tiveram o maior número de casos (632 milhões e 599 milhões, respectivamente), enquanto Nauru e Tuvalu tiveram o menor número de casos (5.181 e 4.382, respectivamente). Conforme o banco de dados da carga global de doenças do Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde.

Resultados:

Figura 2: Frequência de resultados do GOHAI antes do tratamento.

Figura 3: Média do GOHAI e das suas categorias antes do tratamento.

Figura 4: Média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento.

Figura 5: Relação entre a diferença da média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento com a realização ou não de higiene interdentária pelo menos uma vez por dia antes do tratamento.

Figura 6: Relação entre a diferença da média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento com a realização de consultas regulares antes do tratamento.

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviaturas:

OMS	Organização Mundial de Saúde
GOHSR	<i>Global Oral Health Status Report</i>
SO	Saúde oral
QV	Qualidade de vida
QVRS	Qualidade de vida relacionada com a saúde
QVRSO	Qualidade de vida relacionada com a saúde oral

Símbolos:

%	Porcentagem
N	Número de indivíduos
p	Significância
M	Média
DP	Desvio padrão

1. INTRODUÇÃO

1.1. Saúde

A definição de Saúde tem implicações significativas nas políticas, nos serviços e na promoção de saúde. As representações sociais de saúde têm um grande impacto nas necessidades e expectativas em relação a esta, nos sistemas de cuidados de saúde e seus profissionais e nos decisores políticos influenciando assim o comportamento das pessoas. Há décadas que a definição de saúde é debatida não havendo até à atualidade um consenso.^(1,2)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição teve origem após a Segunda Guerra Mundial e destaca que saúde não é apenas a ausência de doença, incluindo também o bem-estar psicológico e social.⁽³⁾

No entanto, foram-lhe apontadas algumas críticas:⁽¹⁾

- O “bem-estar completo” define um estado extremo quase impossível de alcançar.
- Exclusão da presença de fatores de risco para doenças, sendo este um fator inevitável para grande parte das pessoas.
- Fraca aplicabilidade em casos reais, sendo que esta não é mensurável nem operacional na prática, nunca gerando padrões de saúde concretos e úteis.
- A sua ampla gama causa confusão entre a investigação científica com argumentos morais e políticos, por isso, consideraram-na uma afirmação política e não científica e com uma maior relação com a felicidade do que com a saúde.
- O alcance desta e a idealização do bem-estar contribuem para excessiva medicalização da sociedade, o que faz com que problemas sociais e não médicos sejam considerados médicos.
- Não considera que o bem-estar pode não estar sempre associado à saúde.
- A exclusão do mal-estar implica que os doentes crónicos ou idosos não sejam considerados saudáveis, sendo que estes podem considerar a sua saúde apenas a capacidade de viver com restrições mas em equilíbrio.
- Exceção de comportamentos de risco, a diminuição do bem-estar físico pode aumentar o bem-estar psicológico ou social, ou vice-versa.

Novos desafios a nível económico, cultural, social e epidemiológico surgiram e outros tantos mudaram havendo assim uma necessidade de alteração da definição.⁽¹⁾

Exemplos a considerar são a Declaração de Alma Ata (1978) onde se introduziu “o mais alto nível possível de saúde” que é mais pragmático do que o “completo bem-estar” ou a carta de Ottawa (1986) onde a saúde é considerada um recurso para a vida quotidiana, sendo assim um processo e não um objetivo de vida, um estado.⁽¹⁾

A definição de saúde e doença de uma forma monista, ou seja, com uma única definição geral, é problemática, pois há uma variedade de funções que estes conceitos necessitam de servir, sendo assim a abordagem pluralista mais adequada. A avaliação da função prática em relação ao contexto torna-se crucial para o desenvolvimento de definições específicas de saúde e doença.^(4,5)

1.2. Saúde oral

As interações entre saúde oral e saúde geral são complexas, bidirecionais e vão ter um papel fundamental no desenvolvimento de doenças que afetam a qualidade de vida e o desempenho económico das populações.⁽⁶⁾

A cavidade oral e os dentes desempenham funções cruciais no corpo humano, sendo a boca um elemento fundamental da identidade pessoal. Tendo em conta as definições existentes de saúde oral, esta pode definir-se como sendo de natureza multidimensional abrangendo aspetos físicos, psicológicos, emocionais e sociais, essenciais para a saúde e bem-estar geral. A saúde oral é dinâmica e permite que uma pessoa seja capaz de comer, falar, sorrir e socializar, sem dor ou desconforto. A sua manutenção implica uma adaptação às mudanças fisiológicas ao longo da vida e um autocuidado com os dentes e com a boca. Apesar de ser possível a sua prevenção, as doenças orais são bastante prevalentes ao longo da vida com impacto negativo nos indivíduos e sociedades.⁽²⁾

A cavidade oral é onde se encontra a segunda maior população de micro-organismos no corpo humano, sendo constituída por bactérias, fungos, vírus e arqueas. A maior parte destes estão organizados em biofilmes, que integram bactérias comensais, benéficas para o hospedeiro. Contudo, a disbiose do biofilme microbiano, ou seja, um desequilíbrio no seu normal funcionamento pode originar doenças como a periodontite e a cárie dentária.⁽⁷⁾

As doenças orais são crónicas e progressivas como, por exemplo, a periodontite que tem influência a nível sistémico através da entrada de bactérias na corrente sanguínea, estando relacionadas com doenças crónicas de base inflamatória como a *Diabetes Mellitus*, doenças cardiovasculares e respiratórias e com a endocardite infecciosa.^(2,7)

Devido à sua crescente prevalência, principalmente em países de baixo e médio rendimento, as doenças orais causam preocupação, constituindo um problema de saúde pública global.

As doenças orais incidem sobretudo sobre os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos da sociedade. As causas das condições orais e da desigualdade na saúde oral estão diretamente relacionadas com determinantes sociais e económicos.⁽²⁾

No entanto, a saúde oral é raramente considerada uma prioridade na política de saúde, sendo as profissões relacionadas com a saúde oral marginalizadas dos sistemas de cuidados de saúde.⁽²⁾

Todos os envolvidos na investigação e na prestação de cuidados de saúde oral devem ser reconhecidos e agirem, como parceiros essenciais na promoção de saúde que englobe os pacientes e as comunidades.⁽⁶⁾

A OMS publicou o *Global Oral Health Status Report (GOHSR)*, no qual destaca que cerca de 3,5 mil milhões de pessoas, ou seja, quase 50% da população mundial sofre de algum tipo de doença oral, nas quais se destacam a cárie dentária, a periodontite e a perda dentária (tabela 1) (figura 1).⁽⁸⁾

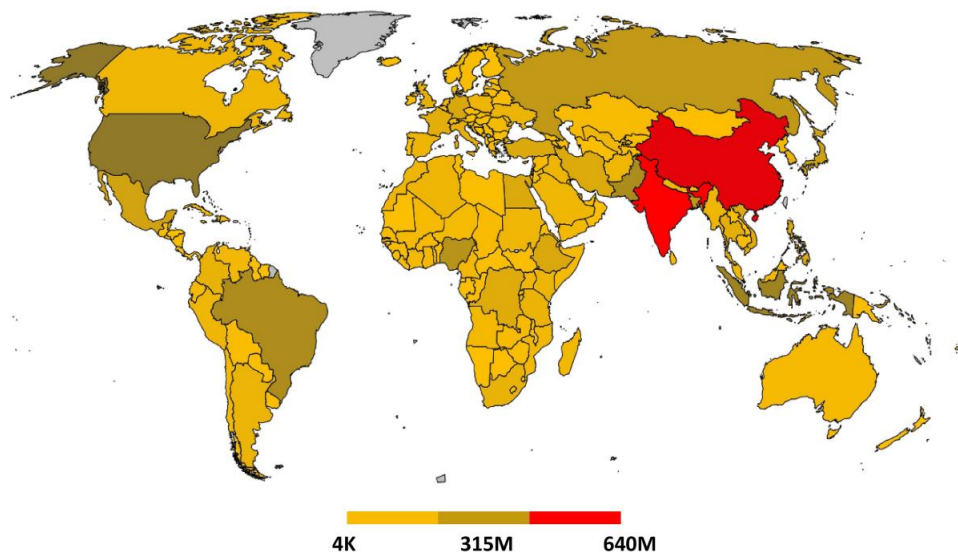


Figura 1: Prevalência cumulativa por país das cinco principais causas de doenças orais (*global burden of disease*; 2019). A Índia e a China tiveram o maior número de casos (632 milhões e 599 milhões, respetivamente), enquanto Nauru e Tuvalu tiveram o menor número de casos (5.181 e 4.382, respetivamente). Conforme o banco de dados da carga global de doenças do Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde.⁽⁸⁾

Tabela 1: Os cinco países com a maior prevalência das principais doenças orais em 2019 (combinação de todas as idades e ambos os sexos) (adaptado de Jain et al.⁽⁸⁾)

Doença oral	Total de casos intervalo de confiança de 95% (global; 2019)	Países com maior nº de casos de doenças orais	Nº de casos por País (2019)	% de participação no número de casos globais
Cárie em dentes permanentes	Estimativa- 2.029.495.070 Superior- 2.348.141.439 Inferior- 1.737.975.382	Índia	366.858.183	18,1%
		China	330.136.487	16,3%
		EUA	75.034.853	3,7%
		Indonésia	69.024.654	3,4%
		Paquistão	52.232.325	2,6%
Doença periodontal severa	Estimativa- 1.086.825.543 Superior- 1.379.710.922 Inferior- 810.684.261	Índia	221.084.427	20,3%
		China	209.627.097	19,3%
		EUA	42.149.181	3,9%
		Indonésia	38.105.664	3,5%
		Paquistão	32.999.906	3,0%

A OMS considera a saúde oral como um dos 10 principais indicadores de saúde, sendo que o GOHSR demonstra que as doenças orais são um fator decisivo na qualidade de vida e um peso considerável para a saúde pública global.⁽⁹⁾

Geograficamente, os números mais elevados de casos de doenças orais são nos países do Sudeste Asiático e do Pacífico Ocidental, devido principalmente, à densidade populacional, aos escassos recursos de manutenção e acessibilidade de saúde e às políticas relacionadas com a saúde oral. No caso dos EUA as famílias com menos recursos financeiros tendem a viver em regiões mais pobres onde não há políticas de fluoretação de águas e aos mesmo tempo os custos da saúde oral são muito elevados.^(8,9)

Economicamente, o encargo global das doenças orais atingiu despesas anuais de cerca de 387 mil milhões de dólares em custos diretos e de 323 mil milhões de dólares em custos indiretos (Tabela 2). A doença periodontal severa com um custo estimado de 82 mil milhões de dólares.⁽⁸⁾

Tabela 2: Os cinco países com as maiores despesas anuais diretas e indiretas relacionadas com as cinco principais doenças orais em 2019 (adaptado de Jain et al.⁽⁸⁾)

Tipo de custo	Custo global	Países com maior gasto	Despesas por país em mil milhões USD	% de participação nas despesas globais	Despesa per capita por país (em USD)
Custo direto	387,093 mil milhões de USD	EUA	133,51	34,5%	405,46
		China	61,55	15,9%	43,96
		Alemanha	30,88	8,0%	372,15
		Japão	28,73	7,4%	227,70
		Itália	19,12	4,9%	316,82
Custo indireto	322,686 mil milhões de USD	EUA	78,47	24,3%	238,46
		China	45,71	14,2%	31,19
		Japão	23,66	7,3%	187,53
		Alemanha	19,40	6,0%	232,24
		França	11,99	3,7%	184,16

Os padrões das condições orais nos países desenvolvidos e em desenvolvimento revelam perfis de risco bastante diferentes e variações no estabelecimento de programas preventivos de cuidados de saúde oral, assim, é crucial a criação de novos modelos adequados à realidade de cada país.⁽⁹⁾

Durante a Pandemia da COVID-19, o índice de saúde oral sofreu um forte retrocesso, com pouca ou nenhuma importância dada às doenças orais, originando um impacto negativo no estado geral da saúde dos países. Para além da Pandemia o GOHSR explorou três causas para esta situação.⁽⁸⁾

Em primeiro lugar, constatou-se que os determinantes sociais de saúde oral são comuns aos de outras doenças não transmissíveis. As circunstâncias políticas, socioeconómicas, familiares e históricas desempenham um papel fundamental na determinação do comportamento adotado pelas pessoas. Esta situação é agravada pela desigualdade na distribuição de riqueza e marginalização racial na sociedade.⁽⁸⁾

Em segundo lugar, o poder e a sofisticação da publicidade resultou num desequilíbrio, por um lado promoveu hábitos prejudiciais à saúde oral como o consumo de tabaco e de álcool e por outro o uso de produtos fluoretados.⁽⁸⁾

Por fim, os decisores políticos e as companhias de seguros têm uma atitude negligente no que toca à inclusão dos cuidados de saúde oral no âmbito dos cuidados de saúde universais.⁽⁸⁾

Complementarmente, a falta de financiamento para investigação em saúde oral continua a ser um fator contribuinte para o problema.⁽⁸⁾

Atualmente, a OMS estima que a nível mundial existam pouco menos de 4 milhões de prestadores de cuidados de saúde oral. Apenas 1,4% do número total de médicos dentistas realizam a sua atividade em países de baixo rendimento, enquanto mais de 80% trabalha em países de alto ou médio-alto rendimento. Os países africanos possuem um rácio dentista/população 17 vezes inferior aos países europeus e americanos da OMS.⁽⁸⁾

1.3. Doença periodontal

A doença periodontal é uma doença infecciosa caracterizada pela inflamação dos tecidos de suporte do dente, que pode levar à destruição do ligamento periodontal e do osso alveolar e possivelmente à perda do dente.⁽¹⁰⁾

A saúde periodontal deve ser definida como um estado livre de doença periodontal inflamatória que permite que um indivíduo funcione normalmente e evite consequências mentais ou físicas devido à doença atual ou passada. Com base nessa estrutura geral de saúde, a saúde periodontal deve ser baseada na ausência de doença, avaliada clinicamente, associada a gengivite, periodontite ou outras condições periodontais, e pode incluir pacientes com histórico de tratamento bem-sucedido. O termo “doença periodontal” no seu sentido mais estrito refere-se tanto à gengivite quanto à periodontite. A gengivite é uma condição inflamatória dos tecidos moles ao redor dos dentes, a gengiva, e é uma resposta imune direta à placa bacteriana que se acumula nos dentes. A gengivite é modificada por vários fatores, como tabagismo, certos medicamentos e alterações hormonais que ocorrem na puberdade e na gravidez. Em indivíduos com maior suscetibilidade, a periodontite segue a gengivite e também é influenciada pela resposta imune e inflamatória do indivíduo. É iniciada pela placa bacteriana, mas ocorre apenas num subconjunto da população. A periodontite envolve a destruição das estruturas de suporte dos dentes, como o ligamento periodontal, osso e tecidos moles. É a mais significativa por causa da possível perda dentária. A doença periodontal é uma condição inflamatória crónica que afeta cerca de 20 a 50% da população mundial e manifesta-se clinicamente por meio da deteção de inflamação gengival, perda de inserção clínica, reabsorção óssea alveolar avaliada radiograficamente, bolsas periodontais, hemorragia à sondagem, mobilidade dentária e a sua potencial perda dentária em estádios mais avançados da doença.⁽¹¹⁻¹³⁾

O tratamento tem como objetivo prevenir a progressão, minimizar os sintomas e a percepção da doença, possivelmente restaurar tecidos perdidos e apoiar os pacientes na manutenção de um periodonto saudável. O tratamento periodontal utiliza uma infinidade de intervenções terapêuticas para atingir esses objetivos, incluindo técnicas de mudança de comportamento, como: instruções de higiene oral personalizadas, incentivos para cessação do tabagismo, intervenção dietética, instrumentação subgengival para remoção de placa e cálculo, farmacoterapia local e sistêmica, e diversos tipos de cirurgias. O controle da doença periodontal crônica requer uma combinação de modalidades terapêuticas e um compromisso ao longo da vida para o autocuidado periodontal. Os pacientes, uma vez diagnosticados, devem ser tratados de acordo com uma abordagem preestabelecida em etapas da terapia que, dependendo do estágio da doença, deve ser incremental, cada uma incluindo diferentes intervenções. Um pré-requisito essencial para a terapia é informar o paciente sobre o diagnóstico, incluindo causas da doença, fatores de risco, alternativas de tratamento e riscos e benefícios esperados, incluindo a opção de não tratamento. Essa discussão deve ser seguida de um acordo sobre um plano de cuidados personalizado. O plano pode ser ajustado ao longo do tratamento, dependendo das preferências do paciente, achados clínicos e mudanças na saúde geral.^(10,14)

A crescente prevalência global da doença periodontal e os seus potenciais danos irreversíveis faz com que seja crucial a promoção de uma cultura de prevenção oral através da higiene oral diária adequada, abstenção ou redução do consumo de tabaco e álcool e exposição a estímulos stressantes, assim como a elaboração de protocolos de tratamento periodontal não cirúrgico, eficazes na redução ou eliminação da patogenicidade do biofilme oral.⁽¹¹⁾

No entanto, pacientes que sofrem desta doença geralmente procuram ajuda quando a doença atinge um estágio avançado, uma vez que, os estágios iniciais são normalmente assintomáticos.⁽¹⁵⁾

Consultas regulares são cruciais para prevenir a doença (prevenção primária) ou a progressão desta (prevenção secundária), sendo a terapia periodontal de suporte essencial em pacientes com periodontite.⁽¹⁶⁾

Condições médicas com origem na inflamação, como, por exemplo, a *Diabetes Mellitus*, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias estão associadas à doença periodontal, havendo também um risco aumentado para a doença de Alzheimer. Esta relação tanto faz com que haja um maior risco de desenvolver estas doenças sistêmicas como um aumento da suscetibilidade à doença periodontal.⁽¹⁷⁻²⁰⁾

A nível de saúde pública mundial, o peso da periodontite severa é significativo e aumentou nas últimas três décadas, sendo que em 2019 houve 1,1 mil milhões de casos.⁽²¹⁾

De 1990 a 2019 a taxa de prevalência padronizada por idade de periodontite severa aumentou 8,44%, sendo a mais elevada na África Subsariana e a mais baixa no Sudeste Asiático, Leste Asiático e Oceânia. O maior aumento percentual no número de casos prevalentes de periodontite severa foi observado entre a população de 70 a 74 anos.⁽²¹⁾

A prevalência de periodontite severa é maior entre países/regiões menos desenvolvidos. Por exemplo, o maior número de casos prevalentes de periodontite severa ocorreu na Índia. No entanto, foi também identificada uma elevada prevalência de periodontite severa na Dinamarca consequente de uma baixa utilização dos serviços dentários e devido aos seus elevados custos. De 1990 a 2019, foi identificado um aumento de 99,0% da doença periodontal severa, dos quais o crescimento populacional contribuiu com 67,9%, o envelhecimento populacional com 18,9% e as alterações na taxa específica por idade com 12,2%.⁽²¹⁾

A nível clínico, a confirmação de um caso de periodontite ocorre se se confirmar perda de inserção clínica interproximal em dois ou mais dentes não adjacentes ou perda de inserção clínica superior a 3mm por vestibular com bolsa superior a 3mm detetável em dois ou mais dentes não adjacentes. Contudo, a perda de inserção clínica observada não pode ser associada a causas não relacionadas à periodontite como recessões gengivais e cárie dentária na região cervical do dente, entre outras.⁽¹²⁾

É possível identificar três formas de periodontite que são a periodontite necrosante, a de manifestações diretas de doenças sistémicas e a propriamente dita. O diagnóstico diferencial é baseado nos sinais e sintomas da necrosante, na presença ou ausência de doenças sistémicas que alterem a resposta imune do hospedeiro ou se não estiver de acordo com nenhum dos casos anteriores deve ser diagnosticada como periodontite e classifica-la de acordo com o estágio em que se encontra.⁽¹²⁾

O diagnóstico da periodontite é fundamental para a definição de planos preventivos e de tratamento personalizados.⁽²²⁾

1.4. Qualidade de vida

O conceito de Qualidade de Vida (QV) tem evoluído ao longo dos tempos, ganhando cada vez maior importância. Atualmente, é usado com frequência, mas nem sempre a sua definição é clara.⁽²³⁾

O termo QV já era discutido, na década de 60, na literatura médica. Os avanços da medicina permitiram que se aumentasse a esperança média vida, por vezes à custa da QV, enquanto que noutros casos melhoraram a QV sem necessariamente aumentar o número de anos de vida. A simples medição da taxa de mortalidade deixou de ser suficiente para avaliar a saúde da população. A análise da QV tornou-se importante devido à necessidade de medir resultados para além da mera sobrevivência e funcionamento biológico.⁽²³⁾

Os termos “saúde”, “saúde relacionada com a qualidade de vida” e “qualidade de vida” são frequentemente usados na literatura, mas por vezes a distinção destes torna-se confusa e inadequada. A OMS define QV como: “A perceção que um indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.^(23,24)

Embora a saúde seja um fator influente na QV, esta última não se limita apenas à saúde, sendo também afetada por fatores económicos e materiais.⁽²³⁾

A distinção entre QV e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QVRS) é mais complexa. QVRS tem várias definições, sendo uma delas “os aspetos da qualidade de vida que podem ser afetados pela saúde”. É difícil identificar um aspeto da QV que também não seja influenciado pela saúde, seja de uma forma direta ou indireta. Muitas das definições da QVRS acabam por se sobrepor às de saúde e QV.⁽²³⁾

QV é frequentemente mencionada na literatura de saúde, mas raramente vem com uma definição objetiva. A interpretação de qualquer afirmação empírica sobre QV depende de como esta é avaliada e definida. O uso deste termo varia amplamente e em diversas vezes depende do instrumento de avaliação escolhido.⁽²⁵⁾

1.5. Qualidade de vida relacionada com a saúde

A definição de QV reflete que esta é uma avaliação subjetiva inserida num contexto cultural, social e ambiental.⁽²⁶⁾

Nas áreas da saúde e da medicina, qualidade de vida afirmou-se como um conceito de grande importância e objeto de investigação. Tradicionalmente, os principais objetivos na investigação médica e de saúde têm sido os resultados biomédicos e não a QV. Contudo, cada vez mais as investigações focam-se na QV dos pacientes e na sua avaliação.⁽²⁴⁾

O termo QVRS foi pela primeira vez mencionado em títulos de artigos publicados na década de 80 e é regularmente descrita como: “Um termo que se refere aos aspetos de saúde da QV,

geralmente considerados como refletindo o impacto da doença e do tratamento na incapacidade e no funcionamento diário; também foi considerado que reflete o impacto da percepção da saúde na capacidade de um indivíduo viver uma vida plena. No entanto, mais especificamente, a QVRS é uma medida do valor atribuído à duração da vida, conforme modificado por deficiências, estados funcionais, percepções e oportunidades, influenciado por doenças, lesões, tratamento e políticas”. QVRS não só se relaciona com o estado de saúde mas também com a satisfação pessoal. Assim sendo, QVRS pode variar bastante consoante o país ou região, devido à diversidade de culturas existentes a nível global.^(24,27,28)

A importância de melhorar o alívio dos sintomas e a reabilitação dos pacientes faz com que seja importante a compreensão do conceito de QV. Através de relatos de pacientes podem ser realizadas e desenvolvidas melhorias nos tratamentos a que estes são sujeitos ou demonstrar-se que algumas terapias não são benéficas. Também é possível providenciar a futuros pacientes informações acerca de problemas que os podem vir a afetar, informando-os antecipadamente das consequências da sua doença e do seu tratamento. Assim a QV é crucial no que toca a decisões médicas, sendo esta um preditor de sucesso do tratamento, possuindo importância no prognóstico.⁽²⁴⁾

Sem a avaliação da QV muitos pacientes curados podem continuar a sofrer de complicações que passam despercebidas mesmo depois do tratamento ter sido concluído.⁽²⁴⁾

1.6. Qualidade de vida relacionada com saúde oral

A saúde oral é parte integrante da saúde geral, sendo considerada um componente essencial da QV. Apenas a avaliação clínica não demonstra adequadamente o estado de saúde oral, uma vez que não é capaz de captar a funcionalidade nem o estado psicológico do paciente. Surgiu assim o conceito de Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO), que avalia quatro categorias: fatores funcionais, fatores psicológicos, fatores sociais e existência de desconforto ou dor.⁽²⁹⁾

Existem várias doenças orais que afetam a qualidade de vida relacionada com a saúde oral no dia-a-dia de muitos pacientes.⁽²⁹⁾

As consequências do não tratamento das doenças orais podem ser físicas, económicas, sociais e psicológicas. Mesmo que a maioria das condições orais não representem um risco imediato de morte, originam grande parte das vezes dor, desconforto, limitações e outras condições decorrentes de fatores estéticos que influenciam a autoestima, a vida social, a alimentação, desempenho escolar e profissional e o exercício das atividades diárias.^(29,30)

Passou assim, a ser de extrema importância identificar os fatores que influenciam a saúde oral e conhecer o impacto desta na qualidade de vida do paciente.⁽²⁹⁾

Hoje em dia, existem várias ferramentas de avaliação da QVRSO. Estudos epidemiológicos passaram a usar medidas clínicas e medidas baseadas na autopercepção dos pacientes sobre o impacto que as condições orais tiveram na vida destes. Os questionários mais aplicados na população adulta são o OHIP (The Oral Health Impact Profile) e o GOHAI (Geriatric ou General Oral Health Assessment Index).^(29,31)

A avaliação da QVRSO é um instrumento válido para diagnóstico, plano de tratamento e prognóstico do paciente, passando a ser possível prever a sua adesão ao plano de tratamento ou ajustar o plano às percepções e expectativas do paciente.⁽²⁹⁾

1.7. Impacto do tratamento da doença periodontal na qualidade de vida relacionada com a saúde oral

A inflamação e a destruição do periodonto causados pela doença periodontal, produzem sinais e sintomas que afetam negativamente a QVRSO tendo sido demonstrada uma correlação entre a extensão e/ou gravidade da doença periodontal e uma pior QVRSO. A doença periodontal não tratada tem como última consequência a perda dentária, o que piora a QVRSO.⁽³²⁻³⁵⁾

Os cuidados periodontais passaram também a concentrar-se nas associações entre a saúde periodontal e a saúde geral, nomeadamente com as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e a diabetes.⁽³³⁾

O tratamento da periodontite pode constituir uma nova solução não farmacológica de forma a melhorar não só a saúde oral, mas também a saúde geral e a QV a partir de mudanças em indicadores de saúde sistémicos. Apesar das evidências da eficácia clínica da terapia periodontal, os dados dos resultados baseados nos pacientes são ainda limitados. A percepção de saúde varia bastante devido a influências culturais que por vezes fazem com que a partilha de informações dos pacientes seja difícil de obter.^(36,37)

A adesão inicial ao tratamento periodontal é influenciada pela percepção dos pacientes sobre o tratamento da doença e do impacto na QVRSO.⁽³⁸⁾

De acordo com o estudo de Shanbhag et al.⁽³³⁾, no que diz respeito à dor física e ao desconforto psicológico, o sucesso do tratamento periodontal não cirúrgico está associado a um impacto positivo na QVRSO, podendo esta melhorar de imediato (1 semana) e a longo prazo (12 meses). Este sucesso pode dever-se ao facto de os pacientes ficarem satisfeitos com o controlo da doença

mesmo que a perda de inserção periodontal não possa ser revertida. A terapia periodontal não cirúrgica tem assim o potencial de melhorar a percepção dos pacientes sobre a sua saúde oral.^(33,39-41)

De forma a tratar casos de periodontite moderada a severa pode ser necessário a realização de tratamento periodontal cirúrgico que pode causar desconforto pós-operatório. No entanto, este contribui para uma melhoria adicional da QVRSO, não sendo possível afirmar que se deve apenas à realização do tratamento cirúrgico isolado, uma vez que este segue o tratamento não cirúrgico.^(40,42)

A nível económico, mesmo que os pacientes paguem um valor relativamente alto pelo tratamento não cirúrgico, consideram-no bem gasto.⁽⁴³⁾

2. OBJETIVO

O principal objetivo deste estudo foi a avaliação preliminar, do nível de satisfação e do impacto na qualidade de vida em pacientes que realizaram tratamento periodontal na FMDUL, através do questionário “General Oral Health Assessment Index” (GOHAI) ao qual foram adicionadas sete questões.

Questões que serviram de ponto de partida para este estudo:

- A fase higiênica e/ou corretiva do tratamento periodontal influenciam a qualidade de vida dos pacientes?
- A doença periodontal tem influência na qualidade de vida dos pacientes?
- O parâmetro “Saúde e a higiene oral” do questionário tem influência no resultado do GOHAI?

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1. Tipo de estudo

Este é um estudo piloto, uma vez que tem como objetivo testar a viabilidade para um estudo mais abrangente que possa vir a ser realizado com as informações iniciais dadas. Não havendo por parte do investigador qualquer ação sobre as variáveis em estudo e procurando sempre identificar associações ou correlações entre as variáveis de interesse.

A recolha de dados foi realizada após se ter confirmado na consulta de reavaliação que o paciente poderia iniciar a fase de suporte periodontal ou em consultas de suporte periodontal.

3.2. Bases de dados

Foi realizada entre outubro de 2022 e fevereiro de 2023, a pesquisa bibliográfica de artigos científicos nas bases de dados *PubMed-line*, *Google Scholar* e *Elsevier*. Foram usadas como palavras-chave: “health”, “oral health”, “quality of life”, “periodontal” e “treatment”. Foram selecionados 49 artigos científicos dos quais 5 são revisões sistemáticas. Publicados entre 1997 e 2023.

3.3. Comissão de Ética

No dia 14 de junho de 2023, a Comissão de Ética da FMDUL autorizou o pedido de realização de questionários presenciais aos pacientes da Faculdade e o acesso aos respetivos processos clínicos (ANEXO I).

3.4. Amostra

A amostra é constituída por pacientes que realizaram tratamento periodontal não cirúrgico ou não cirúrgico e cirúrgico, na Clínica de Periodontologia da FMDUL entre 2014 e 2023. Foram selecionados para o estudo 11 pacientes com idades compreendidas entre os 25 e 80 anos, de ambos os géneros.

3.5. Critérios de Inclusão

Pacientes diagnosticados com doença periodontal que realizaram o tratamento na FMDUL.

3.6. Critérios de exclusão

Pacientes sem doença periodontal; Pacientes menores de idade.

3.7. Variáveis analisadas

Variáveis dependentes:

- Influência do tratamento periodontal na avaliação da QVRSO dos pacientes.

Variáveis independentes:

- Variáveis sociodemográficas: género; idade.
- Variáveis clínicas: diagnóstico da doença periodontal; tipo de tratamento periodontal.

3.8. Procedimentos

Realização de uma entrevista na consulta de reavaliação ou na consulta de suporte periodontal, onde foi aplicado o questionário GOHAI tendo em conta dois pontos temporais: antes de iniciar o tratamento (GOHAIantes) e após realizar o tratamento (GOHAIdepois).

Neste estudo, foram adicionadas 7 perguntas ao GOHAI, relacionadas com hábitos de saúde e higiene oral, impacto financeiro do tratamento, fatores de risco para a doença periodontal e se interromperam o tratamento (ANEXO II).

A versão portuguesa do questionário foi traduzida e validada por métodos clássicos seguindo uma metodologia de tradução e retroversão. A validação obteve-se através do alfa Cronbach, como coeficiente de consistência interna e do teste estatístico Kaiser-Meyer-Olkin.⁽⁴⁴⁾

O GOHAI possui 12 questões com 3 opções de resposta para cada uma: nunca (1), às vezes (2) e sempre (3). O valor do resultado final encontra-se no intervalo entre 12 e 36. Os resultados do GOHAI variam inversamente, ou seja, quanto maior o valor obtido no GOHAI pior será a QVRSO. As categorias avaliadas neste questionário são: limitações funcionais, dor e desconforto, impacto psicológico e impacto comportamental.

3.9. Análise estatística

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e estatística inferencial. Nesta, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman, o teste t de Student para amostras emparelhadas e o teste de Wilcoxon. A normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $\alpha \leq .05$.

A análise estatística foi efectuada com o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 28 para Windows.

4. RESULTADOS

4.1. Análise descritiva

4.1.1. Dados sociodemográficos

A amostra é constituída por dados referentes a 11 pacientes, que foram entrevistados na FMDUL. A média de idades é de 63 anos, variando entre um mínimo de 25 e um máximo de 80 anos. A maioria é do género masculino (63,6%) (tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização da amostra (N = 11).

	N	%
Idade (M; DP)	63,0	17,6
Género		
Masculino	7	63,6
Feminino	4	36,4

M – Média; DP – Desvio padrão; N – Número de indivíduos

4.1.2. Dados clínicos

Dos pacientes incluídos, 6 (54,5%) tiveram um diagnóstico periodontal de periodontite estágio IV generalizada, 2 (18,2%) com periodontite estágio III generalizada e 3 (27,3%) não tinham periodontogramas nem radiografias que permitissem um diagnóstico periodontal (tabela 4).

Tabela 4 – Diagnóstico periodontal.

	N	%
Periodontite estágio III generalizada	2	18,2
Periodontite estágio IV generalizada	6	54,5
Sem diagnóstico	3	27,3
Total	11	100,0

N – Número de indivíduos

Todos os pacientes presentes na amostra realizaram tratamento periodontal não cirúrgico, enquanto apenas 2 (18,2%) realizaram tratamento periodontal não cirúrgico e cirúrgico (tabela 5).

Tabela 5 – Tipo de tratamento periodontal realizado.

	N	%
Tratamento não cirúrgico	9	81,8
Tratamento não cirúrgico e cirúrgico	2	18,2
Total	11	100,0

N – Número de indivíduos

Quanto aos fatores de risco para a doença periodontal, antes do tratamento 3 (27,3%) eram fumadores e após o tratamento propriamente dito 2 (18,2%) eram fumadores. Dos pacientes diagnosticados com *Diabetes Mellitus*, 2 (18,2%), já o eram antes de iniciarem o tratamento (tabela 6).

Tabela 6 – Fatores de risco para a doença periodontal.

	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Fumador	3	27,3%	2	18,2%
Diabetes Mellitus	2	18,2%	2	18,2%

N – Número de indivíduos

Todos os indivíduos escovavam os dentes pelo menos duas vezes por dia, antes e depois do tratamento.

Antes do tratamento, apenas 3 (27,3%), realizavam higiene interdentária pelo menos 1 vez por dia (fio/fita dentária/escovilhão), após o tratamento verificou-se que todos os pacientes passaram a realizar higiene interdentária.

Antes do tratamento, 4 (36,4%) pacientes afirmaram ter consultas dentárias regulares e no final do tratamento 11 (100%) tinham consultas dentárias regulares (tabela 7).

Tabela 7 – Hábitos de higiene oral.

	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Escovagem dentária pelo menos 2x/dia	11	100,0%	11	100,0%
Fio/fita dentária/escovilhão	3	27,3%	11	100,0%
Consultas dentárias regulares	4	36,4%	11	100,0%

N – Número de indivíduos

No final do tratamento, 10 (90,9%) dos inquiridos, consideraram que o valor gasto foi de encontro às suas expectativas para o tratamento e 1 (9,1%) respondeu que o valor gasto não tinha ido de encontro às suas expectativas (tabela 8).

Tabela 8 – Satisfação em relação ao preço do tratamento periodontal.

	N	%
Sim	10	90,9
Não	1	9,1
Total	11	100,0

N – Número de indivíduos

4.2. Impacto da doença periodontal na avaliação da qualidade de vida

4.2.1. General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Os resultados do GOHAI mais frequentes antes de se iniciar o tratamento são de 14, 17 e 19 (figura 2).

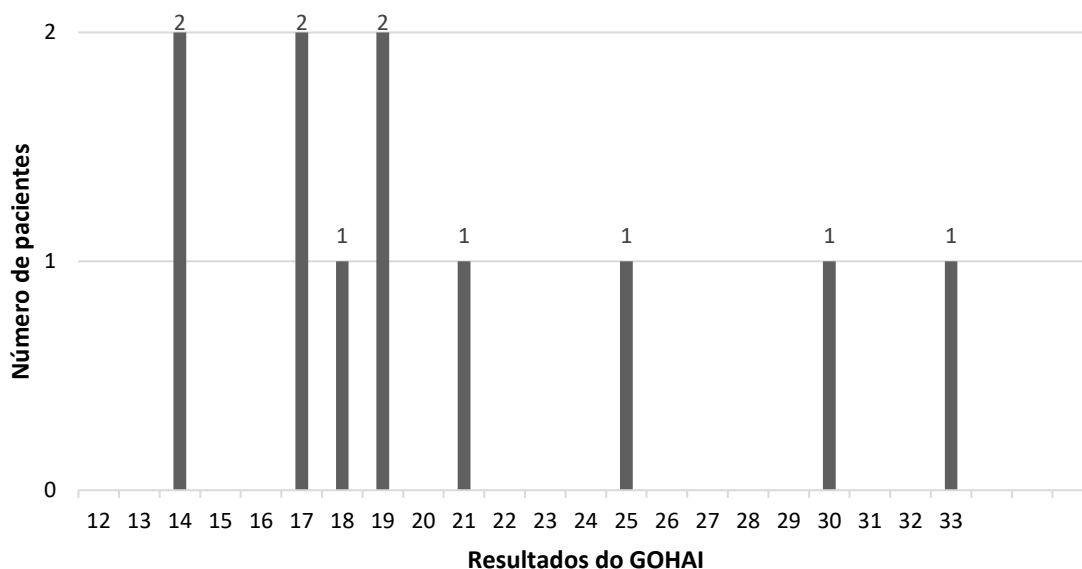


Figura 2 – Frequência de resultados do GOHAI antes do tratamento.

Realizou-se a análise do peso de cada categoria do GOHAI antes do tratamento. O impacto psicológico é o mais elevado com uma média de 8,63 enquanto que o impacto comportamental é o que tem menor influência, com um valor de 2,27.

A média do GOHAI é 20,09 (figura 3).

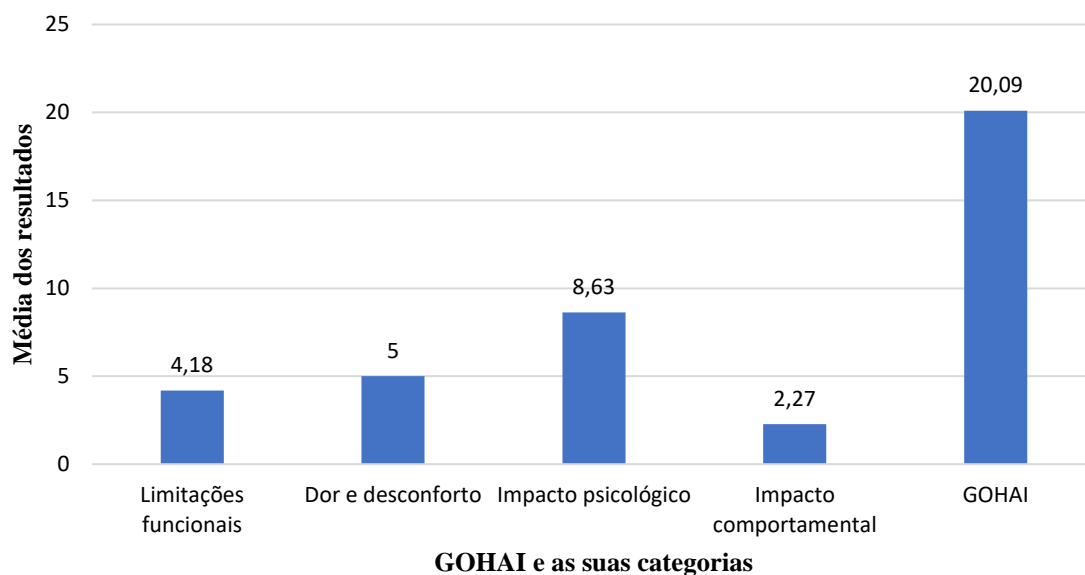


Figura 3 - Média do GOHAI e das suas categorias antes do tratamento.

Foi ainda analisada a relação entre o diagnóstico periodontal e os resultados do GOHAI antes do tratamento. A média do GOHAI antes do tratamento para os pacientes diagnosticados com periodontite estágio IV generalizada foi superior (20,83) à dos pacientes com periodontite estágio III generalizada (20). Embora tenha sido uma pequena diferença (tabela 9).

Tabela 9 – Relação entre a severidade da doença e resultados do GOHAI antes do tratamento.

	Periodontite estágio III generalizada					Periodontite estágio IV generalizada				
	N	Máximo	Mínimo	M	DP	N	Máximo	Mínimo	M	DP
GOHAIantes	2	21,00	19,00	20,00	1,41	6	33,00	14,00	20,83	7,00

M – Média; DP – Desvio padrão; N – Número de indivíduos

4.3. Impacto da fase higiênica ou da fase higiênica e corretiva na avaliação da qualidade de vida

As médias dos resultados do questionário GOHAI, antes e depois do tratamento, são de 20,09 e 16,36, respetivamente. Antes de iniciar o tratamento o resultado mais baixo do questionário foi de 14 e o mais alto foi de 33. Depois do tratamento o resultado mais baixo foi de 12 e o mais alto foi de 20 (tabela 10 e 11).

Tabela 10 – Resultados do GOHAI em pacientes que passaram pela fase higiênica e corretiva.

Fase higiênica e corretiva				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
GOHAIantes	14	18	16,00	2,83
GOHAIdepois	13	16	14,50	2,12

Tabela 11 – Resultados do GOHAI em pacientes que passaram apenas pela fase higiênica.

Fase higiênica				
	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
GOHAIantes	14	33	21,00	5,68
GOHAIdepois	12	20	16,78	2,54

Quando comparamos o GOHAI antes e depois, encontramos as seguintes diferenças marginalmente significativas (figura 4) (ANEXO V):

- Dor e desconforto, o valor do index é marginalmente mais baixo depois do tratamento (3.90 vs 5.0), $Z = -1.930$, $p = .054$.
- GOHAI, o valor do General Oral Health Assessment Index é marginalmente mais baixo depois do tratamento (16.36 vs 20.09), $t(10) = 1.880$, $p = .089$.

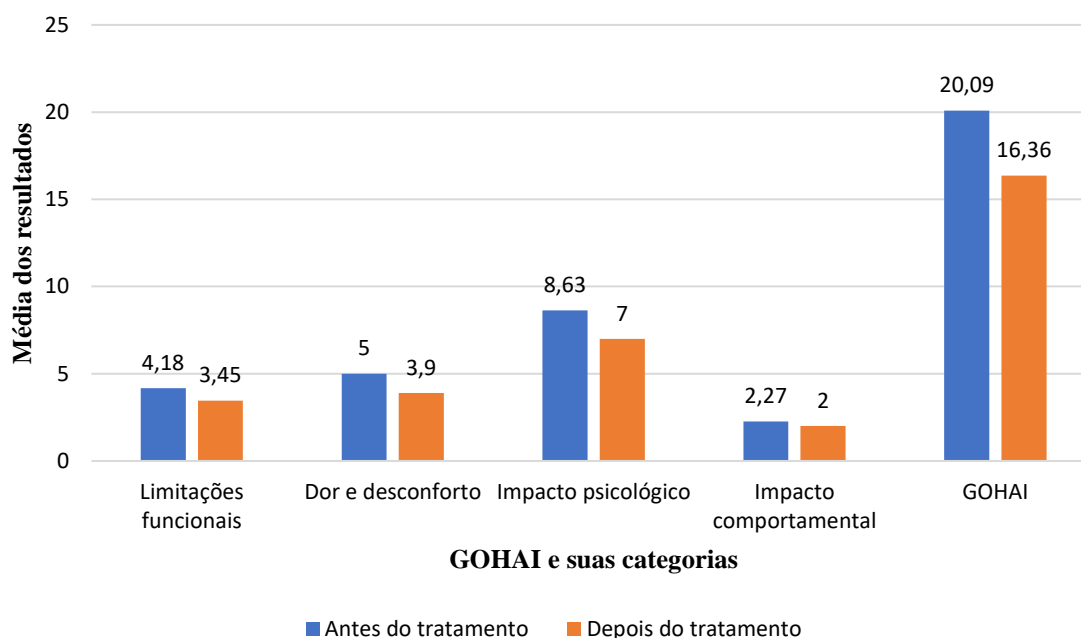


Figura 4: Média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento.

Em relação às respostas antes e depois do tratamento, foi calculada a percentagem de pacientes que responderam “às vezes” e “sempre” para cada uma das perguntas do GOHAI.

A questão 15) do questionário “Nervosismo ou consciente de problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?” foi a que obteve os valores mais altos em relação a antes do tratamento ou após o tratamento. Quanto às respostas dadas antes de iniciar o tratamento a percentagem de pacientes que respondeu “às vezes” ou “sempre” variou entre 0% e 90,9%. No que diz respeito a depois do tratamento, a percentagem de respostas “às vezes” ou “sempre” foi desde 0% até 72,7% (tabela 12).

Tabela 12 – Percentagem de respostas “às vezes” ou “sempre” em cada pergunta do GOHAI.

	GOHAIantes		GOHAIdepois	
	2	3	2	3
Limitações funcionais				
Sentiu, alguma vez, impedimento em falar como gostaria devido aos seus dentes e/ou gengivas?	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%
Dificuldade em mastigar certos alimentos?	27,3%	18,2%	27,3%	0,0%
Dificuldade/desconforto em engolir alimentos?	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%
Dor e desconforto				
Dor ou desconforto durante a alimentação?	18,2%	18,2%	18,2%	0,0%
Recorrer a medicamentos para aliviar a dor ou desconforto na boca?	27,3%	9,1%	18,2%	0,0%
Sensibilidade dos dentes ou gengivas ao frio, quente ou aos doces?	27,2%	36,4%	18,2%	18,2%
Impacto psicológico				
Infelicidade com a estética dos seus dentes e/ou gengivas?	18,2%	63,6%	36,4%	18,2%
Nervosismo ou consciente de problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?	18,2%	72,7%	9,1%	63,6%
Preocupado e/ou aborrecido em relação aos problemas dos seus dentes e/ou gengivas?	18,2%	63,6%	36,4%	27,3%
Desconforto em comer em frente a outras pessoas devido aos problemas com os seus dentes e/ou gengivas?	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Impacto comportamental				
Limitou o tipo e/ou quantidade de alimentos que come devido aos problemas com os seus dentes e/ou gengivas?	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%
Evitou contacto com outras pessoas devido aos dentes e/ou gengivas?	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Legenda: 2 - Às vezes 3 – Sempre

4.4. Avaliação da influência dos comportamentos de saúde e higiene oral e as respostas ao GOHAI

4.4.1. Higiene interdentária pelo menos 1 vez por dia (fio/fita dentária/escovilhão)

Os pacientes que não realizavam higiene interdentária antes do tratamento tiveram uma maior redução nos resultados do GOHAI após realizarem o tratamento o que significa que houve uma melhoria mais acentuada na QVRSO nestes pacientes, exceto na categoria do “Impacto psicológico” onde o impacto na QVRSO foi maior em quem já realizava higiene interdentária (figura 5) (ANEXO VI).

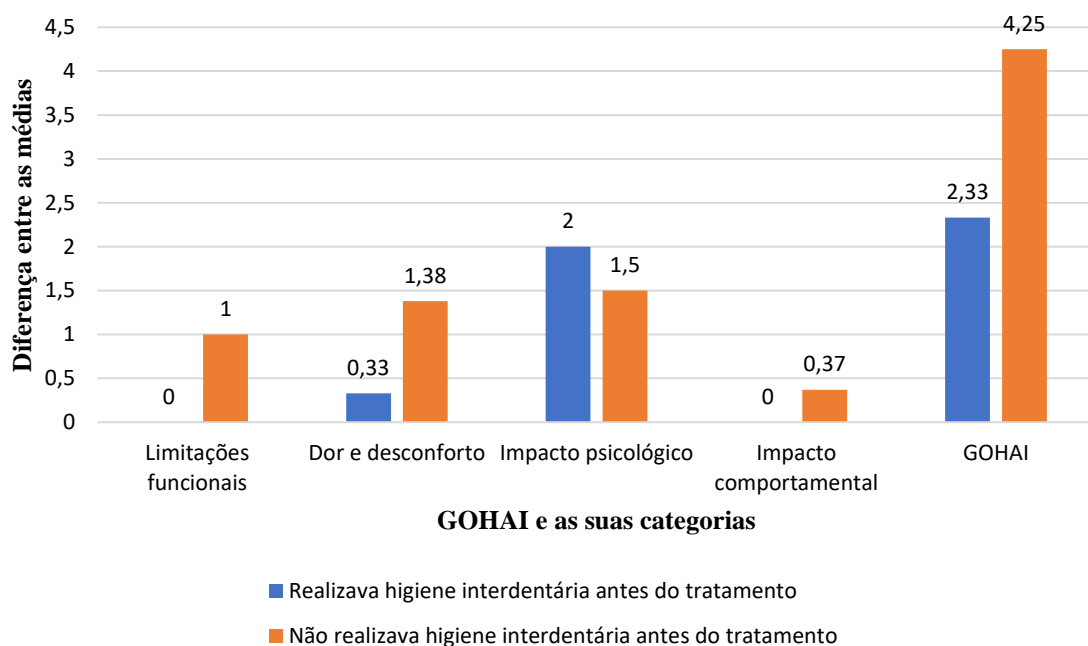


Figura 5: Relação entre a diferença da média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento com a realização ou não de higiene interdentária pelo menos uma vez por dia antes do tratamento.

4.4.2. Consultas dentárias regulares

Neste caso a maior redução nos resultados do questionário GOHAI em todas as categorias ocorreu nos pacientes que já realizavam consultas dentárias regulares antes do tratamento periodontal (figura 6) (ANEXO VII).

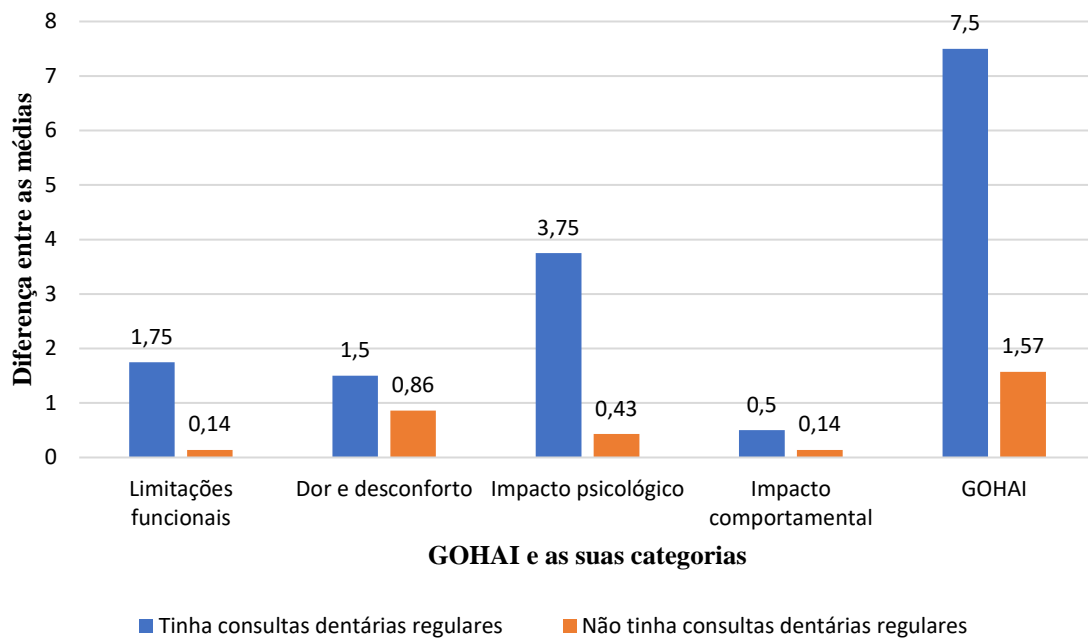


Figura 6: Relação entre a diferença da média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento com a realização de consultas regulares antes do tratamento.

4.5. Relação entre as características sociodemográficas e a avaliação da qualidade de vida

4.5.1. Idade

Os coeficientes de correlação entre a idade e as diferenças nos valores do General Oral Health Assessment Index, antes e depois do tratamento, não são estatisticamente significativas ($p > .05$) (ANEXO VIII).

5. DISCUSSÃO

5.1. Impacto da doença periodontal na avaliação da qualidade de vida

Através da análise das respostas dos pacientes ao questionário GOHAI antes do tratamento, é possível relacionar o impacto que a doença periodontal tem na avaliação da QVRSO. A média do GOHAI antes foi de 20,09, considerado baixa pelo critério de Atchison e Dolan⁽⁴⁵⁾ para escala simplificada. Assim, verifica-se que a doença periodontal tem algum impacto na avaliação da QVRSO. A categoria em que se obteve o pior resultado foi o “Impacto psicológico”, ou seja, a insatisfação com a estética e preocupação com os dentes e/ou gengivas, seguido da “Dor e desconforto”, relacionada com a mastigação, com a sensibilidade dentária e gengival e com a medicação para alívio da dor. Poderá dizer-se que a doença periodontal não só tem uma componente física com também psicológica, afetando de forma negativa a QVRSO.

No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾, foi também usado o GOHAI, com 5 opções de resposta de acordo com a escala Licker, originando um intervalo de resultados entre 0 e 48, para uma amostra de 42 indivíduos com doença periodontal, que tinham indicação para a realização de tratamento. Neste caso, a média do GOHAI antes do tratamento foi de 12,2 e a categoria com o pior resultado foi, tal como verificado nos resultados deste estudo, o “Impacto psicológico”. No estudo de Gokturk e Yarkaç⁽⁴⁷⁾, os resultados foram diferentes, sendo que as “Limitações funcionais” foram o parâmetro com os piores resultados, o que poderá ser explicado pela amostra deste estudo ser constituída por pacientes geriátricos.

Quanto ao diagnóstico da doença periodontal, à medida que a severidade evolui, é de esperar uma redução na qualidade de vida dos pacientes. No presente estudo a média do GOHAI antes do tratamento para a periodontite estágio III generalizada foi de 20,00 enquanto que no estágio IV houve uma ligeira subida para 20,83. Esta subida vai de encontro com os estudos de Meusel et al.⁽⁴⁸⁾ e Bhargava et al.⁽⁴⁹⁾

5.2. Impacto da fase higiénica ou fase higiénica e cirúrgica na avaliação da qualidade de vida

Os resultados do GOHAI antes do tratamento variam entre 14 e 33, após o tratamento encontram-se no intervalo de valores entre 12 e 20, sendo 12 o resultado mais baixo possível, demonstrando uma melhoria da QVRSO.

Para a avaliação do impacto do tratamento na QVRSO é necessário avaliar a diferença entre os resultados do GOHAI antes e depois do tratamento. Neste caso, ao compararmos os resultados,

verifica-se que houve diferenças marginalmente significativas nos valores médios do GOHAI (20,09-16,36) e na categoria de “Dor e desconforto” (5,00-3,90). Esta melhoria na QVRSO deve-se ao facto de os pacientes estarem numa fase do tratamento em que a periodontite está controlada, onde há uma redução da inflamação gengival e da sensibilidade e estabilização da perda óssea, aumentando a estabilidade dentária. O GOHAI depois do tratamento, demonstra a QVRSO do paciente na consulta de reavaliação, ou seja 6 a 8 semanas após o tratamento, neste período, os tecidos periodontais cicatrizaram o que reduziu a sensibilidade e desconforto originadas pela remoção de cálculo durante a instrumentação sub e supra gengival. O facto de ser uma amostra reduzida, pode explicar haver apenas diferenças marginalmente significativas. Ao contrário do que acontece no presente estudo, Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ não encontraram diferenças significativas na média dos resultados do GOHAI nem nas categorias que o compõem, porque o GOHAI depois foi feito no máximo duas semanas após o final do tratamento ativo. Em Saito et al.⁽³⁷⁾, verificou-se, como neste estudo que a fase higiénica do tratamento tem implicações na avaliação da qualidade de vida.

Para cada uma das perguntas do GOHAI, foi calculada a percentagem de indivíduos que responderam “às vezes” ou “sempre”, antes e depois do tratamento. Neste estudo, a percentagem antes do tratamento variou entre 0% e 90,9% e depois do tratamento entre 0% e 72,7%. No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾, foi realizado o mesmo processo, e a percentagem de indivíduos que respondeu “às vezes” ou “sempre” antes do tratamento variou entre 9,8% e 73,2% e depois do tratamento os valores encontravam-se entre 7,1% e 71,4%.

A questão do GOHAI que obteve as percentagens mais altas, quer antes do tratamento quer depois, foi a questão “Nervosismo e/ou consciente de problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?”, com 90,9% de respostas “às vezes” e “sempre” antes do tratamento e com 72,7% depois do tratamento. Esta redução, pode dever-se à explicação na primeira consulta do que é a doença periodontal e como controlá-la, assim como, a percepção do paciente no final do tratamento de que a doença está controlada e que melhorou. A percentagem, nesta pergunta, antes do tratamento é elevada porque os pacientes, normalmente, chegam às primeiras consultas de Periodontologia, num estado avançado da doença, caracterizado por elevada inflamação, recessão e hemorragia gengival, mobilidade dentária e, nalguns casos, perdas dentárias, o que provoca nervosismo e a tomada de consciência que têm um problema relacionado com os dentes e/ou gengivas. Estes resultados estão de acordo com Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾, onde também, foi esta a questão que obteve as percentagens mais elevadas, apesar de haver uma menor redução dos valores, entre antes e depois do tratamento, 73,2% e 71,4%.

A pergunta que obteve menor percentagem de respostas “às vezes” ou “sempre”, tanto antes como depois do tratamento foi: “Evitou contacto com outras pessoas devido aos dentes e/ou gengivas”. Estes resultados indicam que a vida social não é afetada pelo estado de saúde oral ou devido ao facto dos dentes mais afetados serem os dentes posteriores e não os anteriores o que teria menor impacto estético. No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾, mesmo que a percentagem após o tratamento seja a mais baixa (7,1%), a percentagem antes do tratamento, não sendo a mais baixa, tem um valor reduzido (12,2%).

Realizando uma análise das perguntas por ordem numérica, é possível verificar que na primeira pergunta do GOHAI, correspondente à pergunta 8 do questionário: “Sentiu, alguma vez, impedimento em falar como gostaria devido aos seus dentes e/ou gengivas?”, a percentagem de indivíduos que responderam “às vezes” ou “sempre”, antes e depois do tratamento, foi de 18,2% e de 0%, respetivamente, enquanto que no estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ as percentagens variaram entre 9,8% e 21,4%. Neste caso, há uma subida das percentagens ao contrário do presente estudo, isto pode dever-se ao facto de os pacientes terem realizado os questionários entre o final do tratamento e as duas semanas seguintes, sendo que neste espaço de tempo pode não ter havido uma cicatrização completa do periodonto impossibilitando as pessoas de comunicarem como desejariam, sentindo ainda alguma dor ou sensibilidade, enquanto que neste estudo os pacientes realizaram o questionário no mínimo 6 semanas após o tratamento, o que fez com que tivessem mais tempo para que o seu periodonto cicatrizasse.

Quanto à pergunta 9, “Dificuldade em mastigar certos alimentos?”, obteve-se um resultado de 45,5% antes, e 27,3% depois, e no estudo Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ houve uma redução de 34,2% para 28,6%. Em ambos os estudos houve uma redução que pode ser explicada pelo controlo da periodontite no final do tratamento que permite que o paciente tenha menor mobilidade dentária e menor dor, que podem contribuir para uma maior facilidade em mastigar.

A pergunta 10, “Dificuldade/desconforto em engolir alimentos?” passou de 18,2% para 0% enquanto que no estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ desceu de 31,6% para 21,5%. Esta descida pode dever-se ao facto de os pacientes no final do tratamento, terem a periodontite estável e melhorado fatores como, por exemplo, a dor durante a mastigação, diminuindo a dificuldade em engolir. Apesar de muitos pacientes referirem dor durante a escovagem e higiene interdentária o GOHAI avalia apenas a dor/desconforto na mastigação e deglutição.

Enquanto que as perguntas 8, 9 e 10 estão relacionadas com as limitações funcionais, a pergunta 11, “Dor ou desconforto durante a alimentação?” relaciona-se com a dor física propriamente

dita. Aqui verificou-se uma variação de 36,4%, antes, para 18,2%, depois do tratamento. No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ ocorreu o contrário, ou seja, aumentou de 17,1% para 28,6%. Esta contradição pode ser explicada pelo facto dos pacientes neste estudo responderem às questões, no mínimo 6 semanas após terminarem o tratamento e no estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾, no máximo duas semanas após o terem terminado. Assim os pacientes deste estudo tiveram mais tempo para que o periodonto cicatrizasse, reduzindo a sensibilidade e dor durante a alimentação em comparação com os do outro estudo, que nessas duas semanas podem ainda não ter tido uma cicatrização completa causando maior dor do que antes do tratamento.

Na pergunta 12, “Recorrer a medicamentos para aliviar a dor ou desconforto na boca?”, 36,4% da amostra recorreu a medicamentos antes do tratamento e apenas 18,2% após. No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ 17,1% medicou-se antes e 11,9% após o tratamento. Contudo, no presente estudo houve uma maior redução no consumo de medicamentos após o tratamento, que possivelmente está associada a uma diminuição da dor durante a alimentação, escovagem dentária e uso de fio.

Na pergunta 13, “Sensibilidade dos dentes ou gengivas ao frio, quente ou doces?” obteve-se 63,6% de respostas “às vezes” ou “sempre”, antes do tratamento e 36,4%, após o tratamento. No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ as percentagens quase não variaram, de 39,1% para 40,6%. Mesmo havendo um ligeiro aumento, este foi muito reduzido e comparando com o presente estudo, onde ocorreu o contrário, houve uma redução de 27,2% demonstrando que o tratamento teve um efeito positivo, devido ao maior tempo que os pacientes tiveram para recuperar do efeito da instrumentação sub e supra gengival que envolve, alisamentos radiculares e destartarizações, que podem causar sensibilidade dentária.

Na pergunta 14, “Infelicidade com a estética dos seus dentes e/ou gengivas?”, 81,8% respondeu “às vezes” ou “sempre” antes do tratamento e 54,6% depois, indicando que a estética para os pacientes melhorou. Contudo, no estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ houve um aumento de 36,5% para 50%, ou seja, após o tratamento os pacientes ficaram mais infelizes com a estética. Possivelmente o que contribuiu para o aumento da infelicidade foram as possíveis extrações de dentes anteriores no início do tratamento e o aparecimento de triângulos negros após a redução da inflamação, comprometendo assim a estética. Este grau de infelicidade muitas vezes só é revertido quando os pacientes que perderam dentes devido à periodontite, são reabilitados com implantes ou próteses.

Na pergunta 16, “Preocupado e/ou aborrecido em relação aos problemas dos seus dentes e/ou gengivas?”, a percentagem de indivíduos que respondeu “às vezes” ou “sempre”, antes e depois do tratamento foi de 81,8% e 63,7%. No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ foi de 41,4% e 38,1%. Em ambos, houve uma redução das percentagens, ainda que esta tenha sido maior no presente estudo. Esta diminuição pode dever-se ao facto da doença, que é crónica, estar controlada a nível clínico e dos pacientes sentirem os efeitos positivos do tratamento.

Na pergunta 17, “Desconforto em comer em frente a outras pessoas devido aos problemas com os seus dentes e/ou gengivas” houve uma redução de 9,1% para 0%, enquanto que no estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ houve uma redução de 17,1% para 16,7%, que foi mínima. No presente estudo, a percentagem de indivíduos que respondeu “às vezes” ou “sempre”, antes do tratamento foi baixa, demonstrando que a maioria não teve problemas em comer em frente a outras pessoas.

Na pergunta 18, “Limitou o tipo e/ou quantidade de alimentos que come devido aos problemas com os seus dentes e/ou gengivas?”, houve uma redução de 18,2% para 0%, enquanto no estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ aumentou de 19,6% para 26,1%. Os resultados entre os estudos são contraditórios, no presente estudo pode ter havido uma redução devido ao facto de os pacientes estarem prestes a iniciar ou já se encontrarem no tratamento periodontal de suporte, beneficiando da evolução do tratamento. No estudo de Ohrn e Jonsson⁽⁴⁶⁾ a percentagem aumentou, devido ao facto das respostas ao questionário terem sido dadas a seguir ao tratamento não havendo tempo para cicatrizar totalmente o periodonto, podendo estes, devido à dor e sensibilidade limitarem a sua alimentação.

5.3. Avaliação da influência dos comportamentos de saúde e higiene oral nas respostas ao GOHAI

5.3.1. Higiene interdentária pelo menos 1 vez por dia (fio/fita dentária/escovilhão)

Compararam-se as diferenças nos resultados do GOHAI antes e depois do tratamento e observou-se que quem não realizava higiene interdentária pelo menos uma vez por dia apresentou uma maior diferença nos resultados. Estes resultados, podem ser explicados pelo facto de os indivíduos ao passarem a realizar higiene interdentária contribuem para o controlo da periodontite e melhor saúde oral, melhorando a QVRSO. A única exceção verifica-se no “Impacto psicológico”, pois quem já realizava higiene interdentária antes do tratamento obteve maior diferença nos resultados do GOHAI. Isto pode dever-se ao facto de durante o tratamento terem sido explicadas as técnicas corretas de higiene oral e os instrumentos a usar, o que

provavelmente contribuiu para a redução da preocupação e desconforto causados pelos problemas periodontais, por conseguirem realizar uma higiene interdentária eficaz. Estes resultados vão de encontro com os resultados do estudo de Machado et al.⁽³⁸⁾, em que para uma amostra de 571 indivíduos com doença periodontal, avaliou-se o impacto da percepção da doença na QVRSO na adesão inicial ao tratamento periodontal, no qual também foram avaliadas possíveis relações entre as quais se encontra “comportamentos de higiene oral”, que incluíam questões acerca da frequência da escovagem, da higiene interdentária e da assiduidade a consultas, tal como neste estudo maus hábitos de higiene oral contribuem para uma pior QVRSO.

5.3.2. Consultas dentárias regulares

Ao comparar as diferenças nos resultados do GOHAI antes e depois do tratamento, verifica-se que os pacientes que afirmaram ter consultas dentárias regulares antes do tratamento apresentaram uma maior diferença nos resultados. Estes resultados podem parecer contraditórios pois se tinham consultas regulares provavelmente não teriam necessidade de tratamento periodontal. Contudo, os pacientes que têm consultas regulares poderão apresentar uma maior preocupação com o seu estado de saúde e desta forma valorizar mais os progressos que a terapia periodontal lhes confere. No estudo de Machado et al.⁽³⁸⁾, verificou-se que quem tem regularmente consultas tem uma melhor QVRSO.

5.4. Avaliação do nível de satisfação

Na pergunta 7, “O valor gasto foi de encontro às suas expectativas para o tratamento?”, 10 (90,9%) tiveram uma resposta positiva. O objetivo da pergunta foi perceber a satisfação dos pacientes relativamente ao tratamento e ao respetivo custo, dado que, quem afirma que os valores pagos vão de encontro às suas expectativas, também está satisfeito com a qualidade do tratamento. O estudo de Jonsson e Ohn⁽⁴³⁾, vai de encontro a este estudo, isto porque os pacientes ao ficarem satisfeitos com o tratamento consideraram o dinheiro bem gasto.

5.5. Relação entre a idade e a avaliação da qualidade de vida

Neste estudo foi avaliado se a idade dos indivíduos tinha influência na diferença de resultados do GOHAI, antes e depois do tratamento, sendo que os resultados não são estatisticamente significativos. Não se verificou uma pior ou melhor QVRSO com o aumento da idade.

6. CONCLUSÃO

O principal objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação preliminar, do nível de satisfação e do impacto na qualidade de vida em pacientes que realizaram tratamento periodontal na FMDUL com recurso a um questionário, o GOHAI, ao qual foram adicionadas 7 questões, de modo a torná-lo mais relevante para doentes periodontais.

Com base nos resultados obtidos conclui-se:

- Os pacientes ficaram satisfeitos com o tratamento periodontal a que foram submetidos.
- O tratamento periodontal, mais propriamente a fase higiénica ou fase higiénica e corretiva, tem influência positiva na avaliação da QVRSO dos pacientes, sendo que após o tratamento todos os pacientes melhoraram a QVRSO. Ainda que a amostra neste estudo seja de pequena dimensão, verificaram-se diferenças marginalmente significativas na diferença de valores do GOHAI e na categoria de “Dor e desconforto”.
- Quanto à severidade da doença periodontal verificou-se uma possível associação com a QVRSO, sendo que a média do GOHAI antes do tratamento para a periodontite estágio IV foi superior à média da periodontite estágio III, indicando pior QVRSO na presença de uma periodontite mais severa.
- Observou-se uma relação entre a higiene interdentária pelo menos uma vez por dia e as consultas dentárias regulares com a diferença de valores do GOHAI, indicando uma melhoria da QVRSO. No entanto, não se verificaram diferenças significativas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os *patient reported outcomes* são cada vez mais importantes na prática clínica diária, ajudando os médicos dentistas a avaliar se o tratamento, neste caso, periodontal é eficiente e contribui para melhorar a QVRSO dos pacientes. A opinião do paciente sobre a doença que o afeta e o respetivo tratamento, auxilia o profissional de saúde a gerir as expectativas do paciente e contribui para uma decisão conjunta do tratamento que melhor se adequa à situação.

Dado tratar-se de um estudo piloto, as sugestões para um estudo principal seriam:

- Aumentar a amostra para se extrapolar os resultados e obter maior significância estatística, influenciando positivamente o tratamento periodontal e a experiência geral dos pacientes.
- Realizar as entrevistas em duas fases distintas: antes do início do tratamento e depois do tratamento. Assim, seriam obtidas avaliações mais precisas por parte dos pacientes.
- *Follow-up* mais longo de forma a verificar a avaliação da QVRSO após o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leonardi F. The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*. 2018 Oct 1;48(4):735–48.
2. Peres MA, D Macpherson LM, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral health 1 Oral diseases: a global public health challenge [Internet]. Vol. 394, *www.thelancet.com*. 2019. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/>
3. Saracci R. The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health [Internet]. Vol. 314, *Medical Journal*. 1997. Available from: <https://www.jstor.org/stable/25174539>
4. van der Linden R, Schermer M. Health and disease as practical concepts: exploring function in context-specific definitions. *Med Health Care Philos*. 2022 Mar 1;25(1):131–40.
5. Turchi GP, Orrù L, Iudici A, Pinto E. A contribution towards health. Vol. 28, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 717–20.
6. Johnson NW, Glick M, Mbuguye TN. (A2) Oral health and general health. *Adv Dent Res* [Internet]. 2006 [cited 2023 Oct 24];19(1):118–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16672561/>
7. Winning L, Lundy FT, Blackwood B, McAuley DF, El Karim I. Oral health care for the critically ill: a narrative review. Vol. 25, *Critical Care*. BioMed Central Ltd; 2021.
8. Jain N, Dutt U, Radenkov I, Jain S. WHO’s global oral health status report 2022: Actions, discussion and implementation. *Oral Diseases*. John Wiley and Sons Inc; 2023.
9. Tu C, Wang G, Hu Z, Wang S, Yan Q, Liu X. Burden of oral disorders, 1990–2019: estimates from the Global Burden of Disease Study 2019. *Archives of Medical Science*. 2023;19(4):930–40.
10. Graziani F, Karapetsa D, Alonso B, Herrera D. Nonsurgical and surgical treatment of periodontitis: how many options for one disease? Vol. 75, *Periodontology 2000*. Blackwell Munksgaard; 2017. p. 152–88.

11. Di Stefano M, Polizzi A, Santonocito S, Romano A, Lombardi T, Isola G. Impact of Oral Microbiome in Periodontal Health and Periodontitis: A Critical Review on Prevention and Treatment. Vol. 23, International Journal of Molecular Sciences. MDPI; 2022.
12. Chapple ILC, Mealey BL, Van Dyke TE, Bartold PM, Dommisch H, Eickholz P, et al. Periodontal health and gingival diseases and conditions on an intact and a reduced periodontium: Consensus report of workgroup 1 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. J Periodontol. 2018 Jun 1;89:S74–84.
13. Kinane DF. Causation and pathogenesis of periodontal disease. Periodontol 2000 [Internet]. 2001 [cited 2023 Oct 24];25(1):8–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11155179/>
14. Sanz M, Herrera D, Kerschull M, Chapple I, Jepsen S, Beglundh T, et al. Treatment of stage I–III periodontitis—The EFP S3 level clinical practice guideline. J Clin Periodontol. 2020 Jul 1;47(S22):4–60.
15. Nazir M, Al-Ansari A, Al-Khalifa K, Alhareky M, Gaffar B, Almas K. Global Prevalence of Periodontal Disease and Lack of Its Surveillance. Scientific World Journal. 2020;2020.
16. Scannapieco FA, Gershovich E. The prevention of periodontal disease—An overview. Vol. 84, Periodontology 2000. Blackwell Munksgaard; 2020. p. 9–13.
17. Hajishengallis G, Chavakis T. Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. Vol. 21, Nature Reviews Immunology. Nature Research; 2021. p. 426–40.
18. Kalhan AC, Wong ML, Allen F, Gao X. Periodontal disease and systemic health: An update for medical practitioners. Ann Acad Med Singap. 2022 Sep 1;51(9):567–74.
19. Ray RR. Periodontitis: An Oral Disease with Severe Consequences. Vol. 195, Applied Biochemistry and Biotechnology. Springer; 2023. p. 17–32.
20. Correia D, Alcoforado G, Mascarenhas P. Influência da Diabetes Mellitus no Desenvolvimento da Doença Periodontal. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial [Internet]. 2010 Jul 1 [cited 2023 Oct

17];51(3):167–76.

Available

from:

<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1646289010700066>

21. Chen MX, Zhong YJ, Dong QQ, Wong HM, Wen YF. Global, regional, and national burden of severe periodontitis, 1990–2019: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *J Clin Periodontol*. 2021 Sep 1;48(9):1165–88.
22. Costa RP, Resende MS, Pinto MG, Mendes L. Periodontal diagnosis: A decision flowchart for the new classification. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*. 2019;60(4):189–96.
23. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016 Jul 1;34(7):645–9.
24. Haraldstad K, Wahl A, Andenæs R, Andersen JR, Andersen MH, Beisland E, et al. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Vol. 28, *Quality of Life Research*. Springer International Publishing; 2019. p. 2641–50.
25. Costa DSJ, Mercieca-Bebber R, Rutherford C, Tait MA, King MT. How is quality of life defined and assessed in published research? Vol. 30, *Quality of Life Research*. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2021. p. 2109–21.
26. Harper A, Power M, Orley J, Herrman H, Schofield H, Murphy B, et al. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med [Internet]*. 1998 May [cited 2023 Oct 24];28(3):551–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9626712/>
27. Post MWM. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*. 2014 May 1;20(3):167–80.
28. Su BY, Liu MS, De Silva PV, Østbye T, Jin KZ. Health-related quality of life in Chinese workers: a systematic review and meta-analysis. Vol. 6, *Global Health Research and Policy*. BioMed Central Ltd; 2021.
29. Spanemberg JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of life related to oral health and its impact in adults. Vol. 120, *Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery*. Elsevier Masson SAS; 2019. p. 234–9.
30. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. Vol. 90, *Journal of Dental Research*. 2011. p. 1264–70.

31. Hägglin C, Lundgren J. A Swedish version of the GOHAI index: Psychometric properties and validation [Internet]. 2014. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/7512262>
32. Needleman I, Mcgrath C, Biddle FP. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol*. 2004;31:454–7.
33. Shanbhag S, Dahiya M, Croucher R. The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: A systematic review. Vol. 39, *Journal of Clinical Periodontology*. 2012. p. 725–35.
34. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol* [Internet]. 2010 Nov [cited 2023 Oct 18];37(11):968–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20880054/>
35. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodontal Res* [Internet]. 2007 Apr [cited 2023 Oct 18];42(2):169–76. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17305876/>
36. Orlandi M, Muñoz Aguilera E, Marletta D, Petrie A, Suvan J, D’Aiuto F. Impact of the treatment of periodontitis on systemic health and quality of life: A systematic review. Vol. 49, *Journal of Clinical Periodontology*. John Wiley and Sons Inc; 2022. p. 314–27.
37. Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M, Akamatsu M, Fukaya C, Matsumoto S, et al. Effect of Initial Periodontal Therapy on Oral Health–Related Quality of Life in Patients With Periodontitis in Japan. *J Periodontol*. 2010 Jul;81(7):1001–9.
38. Machado V, Botelho J, Proença L, Mendes JJ. Self-reported illness perception and oral health-related quality of life predict adherence to initial periodontal treatment. *J Clin Periodontol*. 2020 Oct 1;47(10):1209–18.
39. Wong RMS, Ng SKS, Corbet EF, Keung Leung W. Non-surgical periodontal therapy improves oral health-related quality of life. *J Clin Periodontol*. 2012 Jan;39(1):53–61.
40. Makino-Oi A, Ishii Y, Hoshino T, Okubo N, Sugito H, Hosaka Y, et al. Effect of periodontal surgery on oral health-related quality of life in patients who have completed initial periodontal therapy. *J Periodontal Res*. 2016 Apr 1;51(2):212–20.
41. Botelho J, Machado V, Proença L, Bellini DH, Chambrone L, Alcoforado G, et al. The impact of nonsurgical periodontal treatment on oral health-related quality of life: a

- systematic review and meta-analysis. Vol. 24, *Clinical Oral Investigations*. Springer; 2020. p. 585–96.
42. Saito A, Ota K, Hosaka Y, Akamatsu M, Hayakawa H, Fukaya C, et al. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: A pilot study. *J Clin Periodontol*. 2011 Dec;38(12):1115–21.
 43. Jönsson B, Öhrn K. Evaluation of the effect of non-surgical periodontal treatment on oral health-related quality of life: Estimation of minimal important differences 1 year after treatment. *J Clin Periodontol*. 2014 Mar;41(3):275–82.
 44. Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes C. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saude Publica*. 2013 Jul;31(2):166–72.
 45. Atchison K, Dolan T. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ [Internet]*. 1990 Nov 1 [cited 2023 Oct 25];54(11):680–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/j.0022-0337.1990.54.11.tb02481.x>
 46. Öhrn K, Jönsson B. A comparison of two questionnaires measuring oral health-related quality of life before and after dental hygiene treatment in patients with periodontal disease. *Int J Dent Hyg*. 2012 Feb;10(1):9–14.
 47. Gokturk O, Yarkaç FU. Comparison of two measures to determine the oral health-related quality of life in elders with periodontal disease. *Community Dent Health*. 2019 Jun 1;36(2):143–9.
 48. Meusel DRDZ, Ramacciato JC, Motta RHL, Brito Júnior RB, Flório FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. *J Oral Sci*. 2015 Jan 1;57(2):87–94.
 49. Bhargava N, Jadhav A, Kumar P, Kapoor A, Mudrakola D, Singh S. Oral Health-Related Quality of Life and Severity of Periodontal Disease. *J Pharm Bioallied Sci [Internet]*. 2021 Jun 1 [cited 2023 Oct 18];13(Suppl 1):S387–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447116/>

ANEXOS

ANEXO I – Parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa.



Comissão de Ética

Emissão de parecer

A Comissão de Ética da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa (CE-FMDUL), em reunião de 1 de junho de 2023, apreciou o seguinte pedido de parecer:

Código	Título do Estudo
CE-FMDUL202322	"Avaliação do nível de satisfação e do impacto na qualidade de vida em pacientes que realizaram tratamento periodontal na FMDUL"
Âmbito	Trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária
Investigador principal / Estudante	Bernardo Neves Sena Alçada Ribeiro
Pertinência do estudo e da sua conceção	Adequados
Benefícios e riscos previsíveis	Avaliação favorável
Avaliação do protocolo	Positiva
Aptidão do investigador principal e restantes membros da equipa	Adequados
Condições materiais e humanas necessárias	Adequadas
Retribuições ou compensações financeiras a investigadores e participantes	Não se aplica
Modalidades de recrutamento dos participantes	Adequadas
Conflito de interesses do promotor ou do investigador	Não referidas
Acompanhamento clínico dos participantes após a conclusão do estudo	Não se aplica
Procedimento de obtenção do consentimento aos participantes	Adequado

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

Lisboa, 14 de junho de 2023

O presidente

Assinado por: **João Manuel de Aquino Marques**
Num. de Identificação: 05031635
Data: 2023.06.14 12:21:37+01'00'



ANEXO II – Questionário: GOHAI modificado.

Questionário:

Nº do processo:

Diagnóstico:

Data da última consulta de controlo:

		Sim/Não					
1) Interrompeu o tratamento? Razão?							
a. Indisponibilidade financeira.							
b. Desmotivação face ao tratamento.							
c. Incompatibilidade horária.							
Referência temporal em relação ao tratamento ativo		Antes		Depois			
		Sim/Não					
Fatores de risco							
2) Fumador							
3) Diagnosticado com Diabetes Mellitus							
Saúde e higiene oral							
4) Escovagem dentária pelo menos 2x/dia							
5) Fio/fita dentária/escovilhão							
a. Antes? Qual? _____							
b. Depois? Qual? _____							
6) Consultas dentárias regulares							
Impacto financeiro							
7) O valor gasto foi de encontro às suas expectativas para o tratamento?							
		1	2	3	1	2	3
Limitações funcionais							
8) Sentiu, alguma vez, impedimento em falar como gostaria devido aos seus dentes e/ou gengivas?							
9) Dificuldade em mastigar certos alimentos?							
10) Dificuldade/desconforto em engolir alimentos?							
Dor e desconforto							
11) Dor ou desconforto durante a alimentação?							
12) Recorrer a medicamentos para aliviar a dor ou desconforto na boca?							
13) Sensibilidade dos dentes ou gengivas ao frio, quente ou aos doces?							
Impacto psicológico							
14) Infelicidade com a estética dos seus dentes e/ou gengivas?							
15) Nervosismo ou consciente de problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?							
16) Preocupado e/ou aborrecido em relação aos problemas dos seus dentes e/ou gengivas?							
17) Desconforto em comer em frente a outras pessoas devido aos problemas com os seus dentes e/ou gengivas?							
Impacto comportamental							
18) Limitou o tipo e/ou quantidade de alimentos que come devido aos problemas com os seus dentes e/ou gengivas?							
19) Evitou contacto com outras pessoas devido aos dentes e/ou gengivas?							

1. Se paciente for diabético, qual o tipo? _____

2. Se paciente fumava antes do tratamento:

 a. Quantos cigarros fumava por dia? _____

3. Se paciente fuma depois do tratamento:

 a. Quantos cigarros fuma por dia? _____

Legenda:

1- Nunca

2- Às vezes

3- Sempre

ANEXO III – Consentimento.

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa

Consentimento

“Avaliação do nível de satisfação e do impacto na qualidade de vida em pacientes que realizaram tratamento periodontal na FMDUL - estudo piloto”

Eu, Bernardo Ribeiro, sou aluno do 5º ano do curso de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa e estou a realizar um questionário com a duração de cinco minutos, que é necessário para o desenvolvimento da minha Tese de Mestrado.

O objetivo é avaliar o nível de satisfação e impacto na qualidade de vida em pacientes que realizaram tratamento periodontal na Faculdade.

A participação no estudo requer apenas a realização do inquérito, sendo que pode recusar-se a participar ou desistir a qualquer momento. Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e unicamente usados no âmbito do estudo, não sendo possível identificá-lo.

Eu, _____ autorizo a participação neste estudo e declaro ter compreendido os objetivos a que me fui proposto e de ter sido devidamente informado (a) e esclarecido (a).

Estou ciente que posso recusar-me a participar ou que posso a qualquer momento interromper a minha participação no estudo, sem que haja algum tipo de penalização.

Lisboa, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do paciente: _____

Protocolo

A dissertação de Mestrado Integrado com o tema “Avaliação do nível de satisfação e do impacto na qualidade de vida em pacientes que realizaram tratamento periodontal na FMDUL – estudo piloto”, será um estudo em que se realizará um questionário com o objetivo de poder analisar os dados no software Statistical Package for the Social Science, SPSS.

O questionário será realizado na forma de entrevista em que o paciente terá de dar, antecipadamente o seu consentimento escrito. O paciente poderá recusar a sua participação no estudo ou desistir a qualquer momento.

O questionário usado é o General Oral Health Assessment Index (GOHAI) composto por 12 questões, ao qual foram adicionadas outras 7. O objetivo será avaliar o nível de satisfação qualidade de vida dos pacientes após realizarem tratamento periodontal na FMDUL.

As questões têm como propósito perceber o estado do paciente antes e depois da fase tratamento ativo, a nível dos fatores de risco para a doença periodontal, hábitos de higiene oral, limitações funcionais, dor e desconforto, impacto psicológico e comportamental e o impacto financeiro no final do tratamento.

Da população de pacientes existente na Universidade, apenas serão escolhidos para a amostra os que foram diagnosticados com doença periodontal, que realizaram tratamento na clínica da FMDUL e que continuam a estar presentes nas consultas de controlo.

Após a informação apresentada, o aluno Bernardo Neves Sena Alçada Ribeiro vem por este meio pedir autorização para que tenha acesso aos processos clínicos dos pacientes e permissão para realizar as entrevistas.

Cumprimentos,

Bernardo Neves Sena Alçada Ribeiro

Nº 46103

Estudante do 5º ano do Mestrado integrado de Medicina Dentária

Orientador: Prof. Dr. Paulo Mascarenhas

Coorientador: Prof. Dra. Susana Noronha

ANEXO V – Tabela com a média, desvio padrão e significância dos resultados do GOHAI e de cada categoria que o constitui.

	Antes		Depois		Sig.
	M	DP	M	DP	
Limitações funcionais	4,18	1,88	3,45	0,68	.276
Dor e desconforto	5,00	2,09	3,90	1,30	.054
Impacto psicológico	8,63	1,62	7,00	2,00	.100
Impacto comportamental	2,27	0,64	2,00	0,00	.180
GOHAI	20,09	5,53	16,36	2,54	.089

M – Média; DP – Desvio padrão; * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

ANEXO VI – Tabela com a relação entre a diferença da média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento com a realização ou não de higiene interdentária pelo menos uma vez por dia antes do tratamento.

	P5antes			
	Sim		Não	
	M	DP	M	DP
Dif_fiunc	,00	,00	-1,00	2,33
Dif_Desc	-,33	1,15	-1,38	2,13
Dif_Psic	-2,00	2,00	-1,50	3,16
Dif_Comp	,00	,00	-,37	,74
Dif_Index	-2,33	1,15	-4,25	7,76

M – Média; DP – Desvio padrão

ANEXO VII – Tabela com a relação entre a diferença da média do GOHAI e das suas categorias antes e depois do tratamento com a realização de consultas regulares antes do tratamento.

	P6antes			
	Sim		Não	
	M	DP	M	DP
Dif_fiunc	-1,75	2,87	-,14	1,21
Dif_Desc	-1,50	3,11	-,86	1,07
Dif_Psic	-3,75	2,36	-,43	2,37
Dif_Comp	-,50	1,00	-,14	,38
Dif_Index	-7,50	9,00	-1,57	4,08

M – Média; DP – Desvio padrão

ANEXO VIII – Tabela com os Coeficientes de correlação entre a idade e resultados do GOHAI.

	Idade
Limitações funcionais	-,347
Dor e desconforto	-,204
Impacto psicológico	-,280
Impacto comportamental	-,095
GOHAI	-,130