

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO CLÍNICA ODONTOLÓGICA –
PERIODONTIA

Marina Mendez

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal após o
tratamento da gengivite e da periodontite

Porto Alegre

2013

Marina Mendez

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal após o tratamento
da gengivite e da periodontite

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Odontologia da Faculdade de
Odontologia da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul como requisito
obrigatório para obtenção de título de
Mestre em Clínica Odontológica área
de concentração Periodontia.

Orientadora: Prof. Dra. Sabrina Carvalho Gomes

Porto Alegre, 2013

CIP - Catalogação na Publicação

Mendez, Marina

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal após o tratamento da gengivite e da periodontite / Marina Mendez. -- 2013.

54 f.

Orientadora: Sabrina Carvalho Gomes.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Qualidade de Vida. 2. Periodontite. 3. Gengivite. 4. Tratamento. I. Gomes, Sabrina Carvalho, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais por todo o amor e carinho. Por sempre estarem ao meu lado, por me apoiarem nas minhas escolhas e me aconselharem. Por serem meus exemplos e por me proporcionarem a melhor educação. Espero nunca decepcioná-los.

Aos meus avós, tios e primos, obrigada por tudo, vocês são demais! Peço desculpas pelos momentos ausentes, por minhas reclamações e choradeiras, principalmente nesses últimos dois anos de correria.

Aos meus amigos! Dizem que os amigos são a família que podemos escolher. Sendo assim, quando olho para os meus, tenho certeza de que as minhas escolhas não poderiam ter sido melhores. Tenho a sorte, de poucos, de ter uma lista grandinha de bons e verdadeiros amigos. Os almoços de quinta serão sempre divertidos e confortantes até quando formos bem velhinhos. Obrigada pela amizade!

Aos meus amigos e colegas do Mestrado, da Especialização e da Graduação. Certamente a companhia e amizade de vocês fez com que o tempo passasse voando! Não posso deixar de agradecer algumas pessoas que fizeram o dia a dia desta etapa um pouco mais fácil. Minhas colegas de pesquisa, Amanda Stadler, Juliane Butze, Patrícia Angst e Viviane Barbosa, minha colega Luciana Daudt e as bolsistas de iniciação científica Lauane Custódio Lucas, Luiza Gasparotto Crescente e Nicole Ranzan. Marta Musskopf e Juliano Cavagni, obrigada por toda a ajuda. Agradeço, também, à funcionária Adriana Soares.

À equipe de professores da Periodontia, obrigada por compartilharem seus conhecimentos e por permitirem que eu faça parte de um grupo tão sólido como este. Agradeço especialmente a minha orientadora Sabrina Carvalho Gomes acreditar e confiar em mi.

À equipe de professores e alunos da Patologia. Agradeço pelos 4 anos de muito aprendizado na iniciação científica. Tenho certeza de que minha decisão de fazer mestrado e minha vontade de aprender deve-se muito à experiência que tive neste grupo. Agradeço especialmente aos professores Vinícius Carrard e Manoel Sant'ana Filho. Vini, obrigada pelos ensinamentos e pela amizade.

À Faculdade de Odontologia da UFRGS, pelos 8 anos de aprendizado na graduação, extensão e pós-graduação. Tenho muito orgulho de ser aluna desta escola.

Aos pacientes.

À CAPES pela bolsa de estudos.

RESUMO

MENDEZ, M. **Qualidade de vida relacionada à saúde bucal após o tratamento da gengivite e da periodontite**. 2013. 54 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica – Periodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

O objetivo do presente estudo foi verificar o impacto do tratamento periodontal não cirúrgico na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes com periodontite de moderada à avançada. Quarenta e cinco pacientes foram submetidos aos exames físicos periodontais e à entrevista utilizando-se o instrumento OHIP-14, em três momentos experimentais: antes do tratamento (T1), após o tratamento da gengivite (T2) e um mês após o término do tratamento da periodontite (T3). A análise dos dados foi feita comparando-se as médias dos indicadores físicos periodontais (IFP), escore total (ET) do OHIP-14 e de seus domínios (D), separadamente. Além disso, foi avaliada a diferença de mudança do ET-OHIP-14 entre T1-T2 e T1-T3 e sua correlação com os IFP e o com o ET -OHIP-14 em T1. Uma redução significativa foi observada para o ET-OHIP-14 entre T1 ($17,6 \pm 11,3$) e T2 ($9,1 \pm 8,0$) e T3 ($9,5 \pm 7,7$). Porém, a mudança observada para o ET-OHIP-14 foi maior entre T1-T2, quando comparado a T1-T3. O tamanho deste efeito foi de 0,75 e 0,72 respectivamente. À exceção do domínio incapacidade física e limitação funcional, todos os demais apresentaram redução significativa entre T1 e T2. Este resultado foi mantido em T3, exceto para o dor física que apresentou incremento positivo (de $2,8 \pm 2,0$ para $3,7 \pm 2,5$). Foi observada uma correlação entre a mudança do OHIP-14 com o ET e Perda de Inserção em T1. Conclui-se que a percepção de qualidade de vida melhora após o tratamento periodontal, principalmente após o tratamento da gengivite. Sendo assim, sugere-se o tratamento da gengivite, expressivo na sua capacidade de melhorar os impactos relacionados à qualidade de vida, como essencial em periodontia.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Gengivite. Peridontite crônica. Raspagem dentária.

Abstract

MENDEZ, M. **Oral health related quality of life after gingivitis and periodontitis treatment.** 2013. 54 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica – Periodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

The aim of this study was to evaluate the impact of non-surgical periodontal treatment on oral health related quality of life in patients diagnosed with moderate to advanced chronic periodontitis. Forty five patients were examined for clinical periodontal parameters and for the assessment of oral health related quality of life using the OHIP-14 questionnaire in three different moments: before treatment (T1), after gingivitis treatment (T2) and after periodontitis treatment (T3). Means of periodontal clinical parameters, the OHIP-14 total score and its domains were compared separately at all moments. Change of means (between T1-T2 and T1-T3) and its correlation between initial (T1) clinical parameters and OHIP-14 total score was calculated. A significant reduction of OHIP-14 total score was observed between the T1 (17.6 ± 11.3) and T2 and T3 (9.1 ± 8.0 and 9.5 ± 7.7). However, the change of OHIP-14 means was higher for T1-T2 when compared to T1-T3, effect sizes calculated for this comparisons were 0.75 and 0.72 respectively. Except for the domain physical disability and functional limitation, all others showed a significant reduction between T1 and T2. This result was maintained at T3, except for the physical pain domain which increased (from 2.8 ± 2.0 to 3.7 ± 2.5). A correlation was observed between the change in OHIP-14 with its total score and periodontal attachment loss in T1. We conclude that there is an improvement of patients' perception on oral health related quality of life after periodontal treatment, particularly after the gingivitis treatment. Therefore, it is suggested the treatment of gingivitis, expressive in its ability to improve the impacts related to quality of life, as essential in periodontology.

Keywords: Quality of life. Gingivitis. Chronic periodontitis. Dental scaling.

SUMÁRIO

1 Apresentação.....	7
2 Introdução	8
2.1 Revisão de Literatura	8
2.1.1 Qualidade de vida.....	8
2.1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde bucal	9
2.1.3 Qualidade de vida em pacientes com doença periodontal	13
2.1.4 Qualidade de vida após o tratamento periodontal	15
3 Objetivo.....	18
4 Manuscrito.....	19
5 Considerações Finais.....	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	47
ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	47
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	48
ANEXO C – Entrevista	50
ANEXO D – Questionário OHIP-14	53
ANEXO E – Fichas clínicas.....	54

1 Apresentação

A presente dissertação faz parte de um projeto maior intitulado “*O efeito do controle do biofilme supragengival e da combinação do controle do biofilme supra e subgengival na saúde periodontal de pacientes participantes de um programa de manutenção periodontal preventiva - Um ensaio clínico randomizado*”. O objetivo deste projeto é comparar o efeito de duas estratégias de intervenção periodontal em pacientes periodontais tratados no restabelecimento e progressão da periodontite na fase de Manutenção Periódica Preventiva, correlacionando o efeito dessas terapias a parâmetros clínicos, microbiológicos e imunológicos, além de avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos participantes.

Dessa forma, o presente trabalho insere-se avaliando o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes periodontais antes de receberem tratamento e após o fim do tratamento da doença.

2 Introdução

2.1 Revisão de Literatura

2.1.1 Qualidade de vida

O termo qualidade de vida não é recente. O conceito foi identificado na filosofia grega e nas reflexões de Aristóteles (Mandzuk e Mcmillan, 2005). No entanto, foi após o final da Segunda Guerra Mundial, com o crescimento econômico e com a melhora dos padrões de vida, que houve um aumento na expectativa de satisfação, bem estar e realização psicológica da população (Awad e Voruganti, 2000). A partir de então, esses conceitos começaram a ser utilizados por cientistas sociais em pesquisas populacionais sobre qualidade de vida, contribuindo então para indicadores sociais (Awad e Voruganti, 2000).

A inexistência de um instrumento capaz de avaliar qualidade de vida num âmbito internacional fez com que, em 1995, a Organização Mundial da Saúde publicasse um projeto para desenvolver um método internacional para a sua avaliação, o *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)* (Fleck, 2000). O projeto visava ressaltar a importância de incluir as percepções dos pacientes sobre sua qualidade de vida na decisão de tratamentos, na aprovação de novos medicamentos e em políticas de pesquisa. Além disso, a partir de um método de avaliação internacional tornar-se-ia possível realizar e comparar pesquisas executadas em diferentes centros (*The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, 1995*).

Neste momento, qualidade de vida foi definida pelo grupo WHOQOL da Organização Mundial da Saúde (1995) como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os valores com os quais convive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. É um conceito amplo e que aborda a saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e crenças dos indivíduos, além da relação deste com questões do ambiente em que se encontram (*The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, 1995*).

O conceito de qualidade de vida foi amplamente abordado nas últimas décadas e tem sido utilizado com bastante frequência como desfecho de tratamentos em estudos clínicos e como variáveis em ensaios clínicos (Awad e Voruganti, 2000). Mandzuk e Mcmillan relatam a importância da avaliação da qualidade de vida e sugerem que se é possível ser compreensivo em relação às percepções dos pacientes quanto a sua qualidade de vida, é possível intervir e criar um impacto positivo na vida das pessoas (Mandzuk e Mcmillan, 2005).

2.1.2 Qualidade de vida relacionada à saúde bucal

A atenção ao impacto social de doenças bucais iniciou com a observação da relação dos efeitos populacionais de condições orais na falta ao trabalho e em dias de escola perdidos (Reisine e Miller, 1985; Spencer e Lewis, 1988). Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2003), as doenças bucais possuem efeitos deteriorantes na qualidade de vida desde a infância até as idades mais avançadas, tendo grande impacto na autoestima, capacidade de se alimentar, nutrição e saúde, além de causarem dor, ansiedade e privações sociais (Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, 2003).

Qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem como definição “a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal” (Atchison, 2002). Nas últimas décadas tem-se buscado diversas maneiras de mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde no campo da odontologia. Sua mensuração tem o objetivo de avaliar o impacto das doenças bucais no bem-estar físico, psicológico e social dos pacientes, além de sua capacidade de realizar atividades diárias (Slade, 1997). Até o presente, há a disponibilidade de diversos recursos para essa finalidade, como por exemplo:

- Social Impact of Dental Diseases - SIDD. (Cushing, Sheiham e Maizels, 1986)
- Geriatric Oral Health Assessment Index – GOHAI. (Atchison e Dolan, 1990)
- Dental Impact Profile – DIP. (Strauss e Hunt, 1993)
- Oral Health Impact Profile – OHIP-49 (Slade e Spencer, 1994)
- Subjective Oral Health Status Indicators (Locker e Miller, 1994)
- Oral Health Related Quality of Life Measure – OHQOL (Kressin *et al.*, 1996)
- Dental Impact on Daily Living – DIDL (Leao e Sheiham, 1996)

- Oral Impacts on Daily Performances – OIDP (Adulyanon, Vourapukjaru e Sheiham, 1996)

- Oral Health Related Quality of Life, UK – OHQoL-Uk (Mcgrath e Bedi, 2001)

Existem, ainda, instrumentos para públicos específicos como, por exemplo, o Child Oral-Health-Related Quality of Life (Jokovic *et al.*, 2002) criado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 11 a 14 anos, e o Oral Health Impact Profile for Edentulous People –OHIP Edent (Locker e Allen, 2002), para pacientes edêntulos.

Entre todos os instrumentos citados anteriormente, o Oral Health Impact Profile (Perfil do Impacto da Saúde Bucal – OHIP-49) na sua versão reduzida (OHIP-14) (Slade, 1997), tem sido o mais utilizado. O OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer em 1994, na Austrália, com o objetivo de mensurar o impacto social das doenças bucais. Este instrumento é composto por 49 questões (daí seu nome OHIP-49), agrupadas em 7 domínios (Limitação funcional, Dor física, Desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social), que, por sua vez, são compostos, cada um deles, por 7 questões. Cada opção de resposta corresponde a um dos itens de uma escala tipo Likert, sendo representadas por um valor: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (repetidamente) ou 4 (sempre). A avaliação deste questionário pode se dar de duas formas: pela soma total dos escores ou pela avaliação por domínios. Em ambas as situações, quanto maior o valor alcançado, pior a qualidade de vida. Ainda, o questionário pode ser aplicado na forma de entrevista pessoal, entrevista via telefone ou auto aplicado (Sousa *et al.*, 2009; Reissmann, John e Schierz, 2011). No entanto, apesar de ser de fácil aplicação e permitir avaliar o que se propõe, o OHIP-49 é considerado bastante extenso para a prática de pesquisa (Slade, 1997).

Suas dimensões buscam traduzir os impactos na vida dos indivíduos. As questões referentes à limitação funcional captam impactos aparentemente primários ao paciente, questionando, por exemplo, “Por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?”. Já o domínio referente à incapacidade física se refere a impactos em atividades diárias, como a interrupção da alimentação por problemas como os dentes, boca ou dentadura. O domínio de desvantagem social representa a extensão da desvantagem causada por problemas bucais (Slade, 1997).

Em 1997, uma versão reduzida do OHIP-49 foi desenvolvida e validada (Slade, 1997). Apesar de apresentar a mesma estrutura do anterior, o instrumento foi criado para apresentar os mesmos 7 domínios, agora com duas questões em cada um deles, totalizando 14 questões, sendo, portanto, denominado OHIP-14. Para chegar ao número reduzido de questões foram eliminadas as que se referiam apenas a usuários de dentadura e, as demais, através de uma análise estatística para determinar quais questões seriam capazes de capturar mais informações do OHIP-49. A avaliação dos resultados no OHIP-14 é realizada de forma equivalente àquele. A soma máxima dos escores é 56 pontos, e da mesma maneira que o mencionado anteriormente em relação ao OHIP-49, quanto mais alto o valor, pior a qualidade de vida. Slade (1997) realizou os procedimentos pertinentes à validação e avaliação da consistência interna do questionário, tornando-o, assim, semelhante ao instrumento original.

Por outro lado, para que um questionário possa ser aplicado em populações diferentes, com idiomas e culturas diferentes daquele em que foi criado, é necessário que ele seja validado para cada uma dessas populações. O OHIP-14 é encontrado em diversas versões. Já existem versões validadas para o Sri Lanka (Ekanayake e Perera, 2003), Israel (Kushnir, Zusman e Robinson, 2004), Itália (Segu *et al.*, 2005), Brasil (Oliveira e Nadanovsky, 2005), Malásia (Saub, Locker e Allison, 2005), China (Xin e Ling, 2006), Escócia (Fernandes *et al.*, 2006), Alemanha (John *et al.*, 2006), Coreia (Bae *et al.*, 2007), Croácia e Eslovênia (Rener-Sitar *et al.*, 2008), Irã (Navabi, Nakhaee e Mirzadeh, 2010), Pérsia (Ravaghi *et al.*, 2010), Grécia (Papagiannopoulou *et al.*, 2012) e Espanha (Castrejon-Perez e Borges-Yanez, 2012).

A derivação brasileira do OHIP-14 foi publicada por Oliveira e Nadanovsky em 2005. Os dados foram obtidos a partir de um estudo transversal que avaliava o impacto de dor dentária na qualidade de vida de 504 gestantes. Os autores concluíram que a versão brasileira do questionário apresentava boas propriedades psicométricas, similarmente à versão original em inglês, e que dessa forma, se qualificava como válido para o idioma brasileiro (Oliveira e Nadanovsky, 2005).

Estudos têm sido publicados demonstrando a associação das condições de saúde bucal com a qualidade de vida. John *et al.* (2004) realizaram um estudo nacional com o objetivo de caracterizar os problemas em relação à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos na Alemanha. Randomicamente, foram

selecionados 255 distritos, as casas em que seriam feitas as avaliações e os indivíduos participantes do estudo. No total foram incluídos 2050 participantes, com idade entre 16 e 79 anos. Cada participante foi entrevistado e o OHIP-49, na sua versão validada para a Alemanha, foi aplicado. Além disso, foram coletados dados demográficos e a respeito das próteses (sem prótese/prótese fixa, próteses removíveis e prótese total). Foi observado que homens, pessoas com menos de 10 anos de estudo e os usuários de prótese removível ou total eram aqueles que apresentavam pior qualidade de vida (John *et al.*, 2004).

Outro estudo, realizado na Nova Zelândia (Lawrence *et al.*, 2008), com uma coorte de 32 anos, observou uma associação entre a prevalência de respostas “sempre” e “repetidamente” (que referem à pior qualidade de vida) do questionário utilizado (OHIP-14) com algumas características da população. Usuários episódicos de serviços odontológicos, estado socioeconômico baixo, presença de uma superfície cariada aos 32 anos, número de dentes perdidos por cárie e histórico de doença periodontal foram associados com uma pior qualidade de vida.

Nos Estados Unidos, Seirawan *et al.* (2011) utilizaram os dados do NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) para investigar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos americanos em relação a fatores sociodemográficos, percepção de necessidades odontológicas, visitas ao dentista e indicadores salivares (Seirawan, Sundaresan e Mulligan, 2011). Os autores observaram que nessa população (n=6.183), pessoas que relatavam necessidades de tratamentos odontológicos apresentavam pior qualidade de vida, principalmente aqueles que referiam necessidades no tratamento de dor dentária, de tratamento periodontal e de necessidade de prótese, além daqueles que referiam necessidade de tratamento, porém não possuíam acesso a este.

Já no Brasil, Andrade *et al.* (2012) realizaram um estudo transversal em uma coorte de idosos (acima de 60 anos de idade) de uma amostra representativa da cidade de São Paulo (Andrade *et al.*, 2012). Oitocentos e cinquenta e sete participantes foram examinados clinicamente e seus dados sociodemográficos coletados. Além disso, foi aplicado o questionário GOHAI. Os resultados demonstraram que indivíduos com pior qualidade de vida apresentavam mais chances de terem depressão e de qualificarem sua condição bucal como ruim. Indivíduos com um número maior de dentes presentes apresentavam melhores índices do GOHAI (melhor qualidade de vida). Fontanive *et al.* (2013) avaliaram

indivíduos com idade entre 50 a 74 anos de uma amostra representativa da cidade de Porto Alegre (Fontanive *et al.*, 2013). O estudo tinha como objetivo avaliar a associação entre variáveis clínicas de saúde bucal em relação à qualidade de vida geral dos participantes. Foi observado que índices mais elevados de CPOD, nível educacional e renda mensal baixos e ser do sexo masculino estavam associados a uma pior qualidade de vida. Já o uso de próteses dentárias estava associado à melhor qualidade de vida geral. Esses achados estão de acordo com os de Fuentes-Garcia *et al.*, que realizaram um estudo semelhante em três capitais da América Latina (Buenos Aires, Montevideu e Santiago) e com Ulinski *et al.* que avaliaram uma população idosa em Londrina (Ulinski *et al.*, 2013).

Naito *et al.*, em 2006, realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a associação de condições bucais e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Naito *et al.*, 2006). Após uma busca sistemática de artigos, 7 (observacionais e de intervenção) foram classificados como adequados. Apesar de os artigos não terem fornecido informações o suficiente para uma análise quantitativa, foi possível observar a associação entre condições bucais e qualidade de vida. No entanto, os autores sugeriram a necessidade de mais estudos de qualidade, principalmente os de intervenção.

A literatura se torna vasta quando se refere a estudos que buscam avaliar a influência de problemas odontológicos específicos em relação à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Há estudos demonstrando a influência de cáries (Oliveira e Nadanovsky, 2005; Ulinski *et al.*, 2013), doença periodontal (Needleman *et al.*, 2004; Ng e Leung, 2006; O'dowd *et al.*, 2010), perda dentária (Gerritsen *et al.*, 2010), uso de próteses (Miotto, Barcellos e Velten, 2012; Perea *et al.*, 2013) e disfunção têmporo-mandibular (Dahlstrom e Carlsson, 2010) na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

2.1.3 Qualidade de vida em pacientes com doenças periodontais

Estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em pacientes periodontais. Esta avaliação se faz necessária uma vez que, mesmo que nos estados iniciais possa não ser percebida pelos pacientes (Cunha-Cruz, Hujuel e Kressin, 2007), a doença periodontal pode causar sinais e sintomas, tais como mobilidade dentária, dor, mau hálito e aparência não estética (Needleman *et*

al., 2004; Blicher, Joshipura e Eke, 2005). Na última década, alguns trabalhos demonstraram que a doença periodontal está associada com a qualidade de vida dos pacientes.

Needleman et al. (2004) foram os primeiros a publicar os resultados de uma pesquisa com o objetivo de avaliar especificamente o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes com doença periodontal (Needleman *et al.*, 2004). Foram incluídos no estudo 205 pacientes de uma clínica especializada e realizados exames clínicos, além da aplicação do questionário *UK oral health-related quality-of-life measure* (OHQoL-UK). Observou-se que o impacto das doenças periodontais na qualidade de vida desse grupo de pessoas foi bastante extenso. Noventa por cento (185/205) dos participantes perceberam que seu estado de saúde bucal impactava em sua qualidade de vida. Além disso, pacientes com um número maior de dentes com profundidade de sondagem (PS) maior ou igual a 5 milímetros demonstraram uma tendência a piores escores do OHQoL-UK.

Cunha-Cruz et al. (2007) observaram que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a percepção de saúde bucal eram influenciados pela presença de doença periodontal em múltiplos dentes (nove ou mais dentes com profundidade de sondagem maiores de 5 milímetros), mas não em casos em que poucos dentes estavam envolvidos (menos de nove dentes) (Cunha-Cruz, Hujoel e Kressin, 2007). No entanto, Ng e Leung (2006) foram os primeiros a tentar associar qualidade de vida e nível de destruição do aparato de suporte (Ng e Leung, 2006). Neste estudo os autores avaliaram a perda de inserção e sua relação com os escores de qualidade de vida (OHIP14). Interessantemente, foram encontradas associações significativas entre perda de inserção e cinco (entre 7) dos domínios conceituais do questionário (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico e incapacidade física e psicológica). Além disso, experiência de gengivas inchadas, doloridas ou com retração, mobilidade dentária, halitose e dor de dente também foram associadas ao aumento do impacto negativo na qualidade de vida.

Mais recentemente, Bernabé e Marcenes utilizaram dados do levantamento nacional de saúde bucal (Reino Unido) para avaliar a associação da doença periodontal com qualidade de vida (OHIP14) (Bernabe e Marcenes, 2010). Foi avaliada uma população de 3122 adultos (50% mulheres) que apresentou um aumento linear dos escores do OHIP14 conforme aumentavam os números de dentes com $PS \geq 4\text{mm}$ e $PI \geq 4\text{mm}$. Adultos com mais de 10 dentes com profundidade

de sondagem e perda de inserção aumentada ($\geq 4\text{mm}$) apresentavam pior qualidade de vida do que aqueles que não apresentavam essas características clínicas. Jansson et al. (2013) observaram piores escores no OHIP-14 em pacientes com perdas ósseas maiores ou iguais a um terço do comprimento da raiz em pelo menos 30% dos dentes (Jansson *et al.*, 2013). Já, Durham et al. (2013) utilizaram dois métodos de avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal (OHIP-49 e OHQoL-UK) em uma amostra pareada de adultos britânicos com ($n=89$) e sem ($n=89$) doença periodontal. Utilizando ambos os métodos, novamente foi possível observar uma pior qualidade de vida em pacientes com doença periodontal (Durham *et al.*, 2013).

Ainda que os poucos estudos abordem esta questão, a maioria é realizada em amostras de adultos. López e Baelum, 2007, avaliaram uma população mais jovem, de indivíduos chilenos de 12 a 21 anos (Lopez e Baelum, 2007). Neste estudo foi observado que a presença de perda de inserção maior ou igual a três milímetros e de gengivite ulcerativa necrotizante estava associada à baixa qualidade de vida. Krisdapong et al. (2012), em um estudo representativo de jovens de 12 a 15 anos de idade na Tailândia, observaram que impactos orais estavam relacionados à gengivite (Krisdapong *et al.*, 2012). No entanto, o impacto da presença de cálculo e/ou gengivite era presente apenas em baixos níveis de extensão e intensidade.

Outros estudos em amostras com condições específicas também procuraram verificar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida relacionada a saúde bucal. Essas associações foram verificadas em pacientes diabéticos (Drumond-Santana *et al.*, 2007), pacientes portadores de Síndrome de Down (Amaral Loureiro, Oliveira Costa e Eustaquio Da Costa, 2007), pacientes que realizavam hemodiálise (Guzeldemir *et al.*, 2009) e pacientes em tratamento ortodôntico (Zanatta *et al.*, 2012).

2.1.4 Qualidade de vida após tratamento periodontal

Tendo em vista que a doença periodontal pode afetar a qualidade de vida dos indivíduos, um aspecto a ser considerado é de como o tratamento periodontal pode afetar e/ou ser percebido pelo sujeito. D'Avila et al. (2005) avaliaram o impacto de duas terapias periodontais não cirúrgicas no dia a dia dos pacientes (D'Avila *et al.*, 2005). Os autores observaram que, à medida que iam sendo observadas melhoras

clínicas, a percepção de impactos negativos ia se reduzindo, independente da terapia utilizada. Observações desta natureza também foram feitas considerando-se diferentes terapias e avaliando o resultado pós-operatório imediato (Ozcelik, Haytac e Seydaoglu, 2007). Neste estudo, foram comparados os tratamentos não cirúrgico, cirúrgico e cirúrgico associado a um biomaterial. Os autores observaram que as três técnicas reduziram os escores que representavam aspectos negativos, o que significa uma melhora na qualidade de vida. No entanto, os grupos em que os tratamentos não cirúrgicos e cirúrgicos associado à biomaterial foram realizados, apresentaram uma melhora significativa na qualidade de vida quando comparados ao grupo que recebeu tratamento cirúrgico.

Mais recentemente, Jowett et al. (2009) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde bucal de pacientes com doença periodontal moderada e paciente saudáveis, além de avaliar o efeito da terapia (Jowett et al., 2009). O tratamento realizado foi a raspagem radicular sob anestesia local para o grupo doente e a instrução de higiene oral para o grupo periodontalmente saudável. Já a avaliação da qualidade de vida (OHIP-14) foi realizada diariamente, durante 7 dias, via telefone. Os resultados demonstraram que pacientes com doença periodontal apresentavam pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal quando comparados a pacientes saudáveis e que o tratamento melhorava essa condição. Tsakos et al. (2010) igualmente demonstraram a melhora na qualidade de vida após um mês do término do tratamento periodontal (Tsakos et al., 2010).

Saito et al. também tentaram avaliar a influência do tratamento periodontal na qualidade de vida. Para isso realizaram dois estudos, o primeiro avaliando o efeito da orientação de higiene seguida de raspagem e alisamento radicular (2010) e, o segundo, o efeito da terapia cirúrgica adicionalmente ao tratamento não cirúrgico (2011). No primeiro estudo, os autores observaram que o efeito da terapia não cirúrgica foi benéfico para a qualidade de vida dos participantes, no entanto, o segundo estudo não demonstrou melhoras adicionais quando comparado ao período final da terapia não cirúrgica (Saito et al., 2010; Saito et al., 2011).

Sob a perspectiva de avaliação longitudinal da terapia periodontal, além dos impactos reais serem avaliados em poucos estudos, estes englobam pequenos períodos de avaliação. Wong et al. (2011) avaliaram o efeito da terapia não cirúrgica periodontal na qualidade de vida durante um ano de atenção aos pacientes (Wong et

al., 2012). Após o tratamento (realizado em 4 semanas), os pacientes foram reavaliados a cada 3 meses até completar-se um ano de acompanhamento. Foi observado que houve uma melhora gradual na qualidade de vida desde o fim do tratamento até seis meses após e que os índices se mantiveram estáveis até o final do estudo.

Com base nesses e outros estudos, Shanbhag et al. realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar a evidência do impacto da terapia periodontal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos (Shanbhag, Dahiya e Croucher, 2012). Seus achados demonstraram que todas as formas de terapia não cirúrgica (TNC) melhoram a qualidade de vida tanto a curto (1 semana) quanto a longo prazo (12 meses), já as terapias cirúrgicas não demonstram benefícios adicionais. Ressaltam, também, a importância de se observar desfechos centrados no paciente, que podem ser mais importantes do que os desfechos clínicos no cotidiano dos indivíduos. Os domínios relacionados à melhora após o tratamento foram os funcionais, psicológicos e de dor. Resultados semelhantes também foram observados no tratamento periodontal em pacientes gestantes (Musskopf et al., 2010).

Outra questão importante é o fato de que, nos estudos disponíveis até o momento, comumente observa-se que a gengivite e a periodontite são tratadas simultaneamente. No entanto, muitos dos sinais e sintomas percebidos pelos pacientes podem ter origem em doenças distintas. Um único estudo (Ohrn e Jonsson, 2012), utilizando o instrumento OHIP-14, relatou o efeito da terapia de higiene bucal baseada em educação para a saúde bucal, orientação de higiene, raspagem, alisamento e polimento da superfície dentária e extrações quando necessárias. Os autores observaram que mesmo que a terapia proporcione benefícios clínicos, não foi possível aferir diferenças estatisticamente significativas nos escores dos instrumentos após o tratamento. Já Tsakos et al. (2010), ao compararem o impacto do tratamento supragengival ao subgengival com o instrumento OIDP não puderam observar diferenças no impacto causado pelos dois tipos de tratamento.

Por outro lado, além da escassez dos estudos investigando a qualidade de vida após o tratamento da gengivite, não existem estudos que tenham comparado se há modificação da percepção dos pacientes após o tratamento desta quando comparado ao tratamento da periodontite. Portanto, o objetivo do presente estudo é

investigar o impacto do tratamento da gengivite e da periodontite na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, frente a um modelo terapêutico que distingue a fase de tratamento da gengivite em relação ao da periodontite.

3 Objetivo

O objetivo do presente estudo foi verificar o impacto causado na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, em pacientes com periodontite de moderada a severa, antes e após diferentes fases do tratamento periodontal não cirúrgico (tratamento da gengivite e tratamento da periodontite).

4 Manuscrito

Este manuscrito está formatado nas normas do periódico Journal of Clinical Periodontology.

Impacto do tratamento da gengivite e da periodontite na qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Marina Mendez¹, Amanda F. Stadler¹, Patrícia D. M. Angst¹, Rui Vicente Oppermann¹, Sabrina C. Gomes¹

¹ Departamento de Periodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Título resumido: Qualidade de vida e tratamento periodontal

Palavras-chave: qualidade de vida; periodontite; gengivite; tratamento; saúde bucal

Correspondência:

Autor: Sabrina Carvalho Gomes

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2492/ 106 Porto Alegre - Brasil

Telefone: +55 51 33085318

E-mail: sabrinagomes.perio@gmail.com

Conflito de interesse:

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Fontes de financiamento:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

Edital Universal CNPq número 479200/2011-9

Colgate-Palmolive Company (Material de Higiene Bucal)

Resumo

Objetivo: O objetivo do presente estudo foi verificar o impacto do tratamento periodontal não cirúrgico na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes com periodontite de moderada à avançada.

Metodologia: Quarenta e cinco pacientes foram submetidos aos exames físicos periodontais e à entrevista utilizando-se o instrumento OHIP-14, em três momentos experimentais: antes do tratamento (T1), após o tratamento da gengivite (T2) e um mês após o término do tratamento da periodontite (T3). A análise dos dados foi feita comparando-se as médias dos indicadores físicos periodontais (IFP), escore total (ET) do OHIP-14 e de seus domínios (D), separadamente. Além disso, foi avaliada a diferença de mudança do ET-OHIP-14 entre T1-T2 e T1-T3 e sua correlação com os IFP e o com o ET -OHIP-14 em T1.

Resultados: Uma redução significativa foi observada para o ET-OHIP-14 entre T1 ($17,6 \pm 11,3$) e T2 ($9,1 \pm 8,0$) e T3 ($9,5 \pm 7,7$). Porém, a mudança observada para o ET-OHIP-14 foi maior entre T1-T2, quando comparado a T1-T3. O tamanho deste efeito foi de 0,75 e 0,72 respectivamente. À exceção do domínio incapacidade física e limitação funcional, todos os demais apresentaram redução significativa entre T1 e T2. Este resultado foi mantido em T3, exceto para o dor física que apresentou incremento positivo (de $2,8 \pm 2,0$ para $3,7 \pm 2,5$). Foi observada uma correlação entre a mudança do OHIP-14 com o ET e Perda de Inserção em T1.

Conclusões: Conclui-se que a percepção de qualidade de vida melhora após o tratamento periodontal, principalmente após o tratamento da gengivite. Sendo assim, sugere-se o tratamento da gengivite, expressivo na sua capacidade de melhorar os impactos relacionados à qualidade de vida, como essencial em periodontia.

Relevância Clínica

Razão científica para o estudo: A crescente constatação da importância da qualidade de vida relacionada à saúde bucal determina que esta seja investigada, também, em relação aos tipos de terapia comumente aplicados. Muito embora já se

conheça o efeito clínico do tratamento periodontal não-cirúrgico, diferentes modelos de atenção podem determinar diferenças na percepção do paciente envolvido.

Principais achados: A periodontite crônica produz impactos negativos na qualidade de vida relacionada à saúde e seu tratamento é capaz de reduzir os impactos percebidos pelos pacientes. Essa redução é maior após o tratamento da gengivite.

Implicações práticas: Uma sistemática de tratamento periodontal na qual a gengivite é tratada em um momento anterior e isolado ao da periodontite é capaz de produzir efeitos positivos na qualidade de vida de pacientes com periodontite moderada à severa.

Introdução

As doenças periodontais apresentam uma prevalência relativamente alta na população mundial (Gjermeo et al. 2002; Susin et al. 2004). Seu tratamento já é bem descrito na literatura e sabe-se que as opções disponíveis são eficazes na paralisação da doença e conseqüente prevenção de sua progressão, desde que haja a colaboração do paciente e consultas de manutenção periódicas (Costa et al., 2012). No entanto, apesar de a literatura ser farta no que se refere à distribuição e à extensão de dano determinado pelas formas de doença periodontal, tanto quanto sua forma de tratamento, é, ainda, pouco conhecido o impacto destes eventos na qualidade de vida das pessoas.

Mesmo que em seus estados iniciais a doença periodontal possa passar despercebida (Cunha-Cruz et al. 2007), sua progressão está associada com sinais e sintomas, tais como mobilidade dentária, dor, mau hálito e aparência não estética (Blicher et al. 2005; Needleman et al. 2004), características essas que podem ser incômodas ao paciente. Recentemente, alguns estudos têm demonstrado que a doença periodontal é capaz de afetar negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos pacientes (Cunha-Cruz et al. 2007; Lopez and Baelum 2007; Needleman et al. 2004; Ng and Leung 2006; O'Dowd et al. 2010).

Nesse sentido, torna-se importante avaliar a resposta desses impactos ao tratamento da doença. Um número relativamente pequeno de estudos tem buscado realizar essa associação (Aslund et al. 2008; Jowett et al. 2009; Saito et al. 2010; Saito et al. 2011; Wong et al. 2012). Com base nesses estudos, Shanbhag et al.

(2012) realizaram uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de avaliar a evidência do impacto da terapia periodontal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de adultos. Seus achados demonstraram que todas as formas de terapia não cirúrgica são capazes de melhorar a qualidade de vida, tanto a curto quanto a longo prazo, e que as terapias cirúrgicas não produzem benefícios adicionais. Uma questão importante é o fato de que, nos estudos disponíveis até o momento, comumente observa-se que a gengivite e a periodontite são tratadas simultaneamente. No entanto, muitos dos sinais e sintomas percebidos pelos pacientes podem ter origem em doenças distintas. Ohrn & Jonsson (2012) foram os únicos a avaliar o efeito da terapia supragengival e seu impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes periodontais utilizando o instrumento OHIP-14. Estes autores, no entanto, não conseguiram identificar melhoras na nesses impactos após a terapia realizada.

O objetivo do presente estudo foi verificar o impacto causado na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, em pacientes com periodontite de moderada à avançada, antes e após diferentes fases do tratamento periodontal não cirúrgico (tratamento da gengivite e tratamento da periodontite). A hipótese estabelecida foi de que o tratamento periodontal diminuiria os impactos percebidos pelos pacientes.

Metodologia

Delineamento do estudo

Ensaio clínico de braço único, tendo o tratamento periodontal não cirúrgico como intervenção experimental.

Seleção dos participantes

Dos 129 pacientes encaminhados para tratamento periodontal na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil (entre maio de 2012 à maio de 2013) e que responderam ao chamamento para a presente investigação, 50 eram elegíveis. Quarenta e cinco pacientes compuseram a amostra, a partir da aplicação dos critérios de inclusão: comparecer à consulta de início de tratamento (baseline, T1), pacientes com idade superior a 30 anos, um mínimo 12 dentes em boca e diagnóstico de Periodontite Crônica de Moderada à

Avançada (Page & Eke, 2007); pacientes sem condições sistêmicas desfavoráveis ao tratamento periodontal (diabetes, alterações cardiovasculares com profilaxia antimicrobiana indicada), sem história de tratamento ou manutenção periodontal nos 12 meses anteriores ao estudo ou história de uso de anti-inflamatórios e/ou antibióticos nos 3 meses prévios à consulta inicial e sem uso indicado de agentes químicos para controle do biofilme supragengival; pacientes gestantes não poderiam ser incluídas, bem como portadores de aparelho ortodôntico fixo. Os pacientes deveriam, por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, se disporem a seguir o regime de consultas estabelecido pelo protocolo. Caso houvesse alguma impossibilidade de seguir o regime de consultas estabelecido pela metodologia experimental, desenvolvimento de alguma patologia que pudesse interferir com a condição periodontal e ingestão de antibióticos ou anti-inflamatórios determinara a exclusão dos participantes. Nenhuma exclusão foi realizada ao longo do tratamento. Cinco pacientes elegíveis não foram incluídos por não completarem os exames necessários e não iniciarem o tratamento.

Como na literatura não existem estudos similares que disponibilizam dados adequados para a realização do cálculo amostral, foi utilizada uma amostra de conveniência. Posteriormente, o cálculo do poder do estudo foi realizado e obtido o valor de 1,0, considerando uma diferença estatística de 0,05.

Instrumentos de avaliação

O instrumento para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi o Perfil do Impacto da Saúde Bucal em sua versão reduzida (OHIP-14) (Slade, 1997) e validada para o Brasil (Oliveira e Nadanovsky, 2005). O questionário foi aplicado por um entrevistador treinado (M.M.) na forma de entrevista nos três momentos de avaliação. A reprodutibilidade do questionário foi realizada a partir de sua repetição em 10% da amostra, num intervalo de 7 dias. O coeficiente de correlação intraclasse foi 0,82 (excelente).

Os seguintes exames físicos periodontais foram realizados: Índice de Placa Visível e Índice de Sangramento Gengival de Ainamo e Bay (Ainamo & Bay, 1975) (calculados a partir do somatório dos escores 0+1 para placa não visível ou ausência de sangramento e 2+3 para placa visível ou presença de sangramento avaliados por meio do Índice de Placa Silness & Løe (1975) e Índice Gengival de Løe (1967)),

profundidade de sondagem (PS), sangramento à sondagem (SS) e perda de inserção clínica (PIC) em seis sítios por dente. Foi utilizada sonda periodontal CP-15mm UNC (North Carolina) (Neumar Ltda., Pirituba, São Paulo, Brasil). Os exames, realizados em três momentos diferentes: antes do tratamento (T1), após o tratamento supragengival (T2) e após um mês ao término do tratamento subgengival (T3), foram conduzidos por dois examinadores treinados e calibrados (A.F.S e P.D.M.A.).

Intervenção terapêutica

Após o exame inicial (T1), todos os participantes foram submetidos ao tratamento supragengival (tratamento da gengivite). Esta etapa foi realizada por três periodontistas experientes (J.P.B, M.M e V.L.B) em 4 consultas durante um período de 4 semanas. O tratamento supragengival consistiu em raspagem, alisamento e polimento das superfícies dentárias, exodontias quando indicadas, selamento de cavidades retentivas de placa e orientações de higiene bucal. Na semana seguinte ao término do tratamento da gengivite (T2), novos exames foram realizados e os pacientes, então, iniciaram a fase de tratamento não-cirúrgico da periodontite. Esta etapa consistiu em raspagem e alisamento radicular sob anestesia local e foi realizada por três periodontistas experientes (A.F.S, M.M e P.D.M.A) em consultas semanais, durante um período de 4 semanas. Os pacientes foram submetidos a novos exames após 30 dias do término do tratamento subgengival (T3).

Análise dos dados

Para a análise estatística foi utilizado o programa SPSS 20.0 (IBM SPSS Statistics para Windows, Armonk, NY: IBM Corp). O indivíduo foi considerado como unidade estatística e o nível de significância adotado foi de 5%. A distribuição de todas as variáveis avaliadas foram testadas em relação a normalidade através do teste Komogorov-Smirnov. A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi considerada o desfecho primário.

Para a avaliação dos exames físicos periodontais foi utilizado o teste Análise de Variância (ANOVA) de Medidas Repetidas seguido de Bonferroni. Foram comparadas as médias das medidas de profundidade de sondagem (PS) e perda de

inserção (PI) e das porcentagens de Placa Visível (IPV), Sangramento Gengival (ISG) e Sangramento à Sondagem Periodontal (SS) nos três momentos de avaliação.

Para a avaliação dos dados do OHIP-14, foram utilizados os valores do escore total (ET) das 14 questões e dos domínios (duas questões cada). Para a obtenção desses valores realizou-se o somatório da pontuação de cada questão utilizando a escala Likert, em que são dados valores a cada resposta: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (repetidamente) e 4 (sempre). O escore total poderia variar até um valor máximo de 56 e os domínios até 8 pontos. A diferença entre as média dos escores totais nos 3 tempos experimentais foi avaliada através de ANOVA de Medidas Repetidas seguido de Bonferroni, e a diferença das médias dos domínios através do Teste de Friedman seguido do Teste de Wilcoxon.

Para a Correlação de Pearson foram comparadas as mudanças entre os escores totais do OHIP-14 e indicadores clínicos no momento inicial. A mudança do OHIP-14 foi calculada a partir da subtração do escore total em T 2 e 3 do escore em T1. Esses valores foram então comparados ao Escore total do OHIP no momento inicial, Índice de Placa Visível (IPV), índice de sangramento gengival (ISG), sangramento à sondagem periodontal (SS), profundidade de sondagem (PS) e perda de inserção (PI), também, no momento inicial.

A comparação da mudança do escore total do OHIP-14, nos momentos descritos anteriormente, foi realizada a partir de Teste T. O tamanho do efeito foi realizado a partir da razão da diferença entre as médias da mudança do OHIP (entre T1/T2 e T1/T3) pelo desvio padrão do instrumento no momento inicial, assim como descrito no estudo de Allen et al. (2001).

Resultados

Foram incluídos 45 pacientes. Destes, 62,2% eram do gênero feminino (n=28) e 37,8% (n=17) do gênero masculino. A média de idade dos participantes foi de 51,6, variando entre 35 a 68 anos de idade.

A Tabela 1 mostra a média dos escores por domínios e escore total do questionário OHIP-14 nos 3 momentos (T1, T2 e T3). Já a Tabela 2 mostra a diferença entre as médias dos indicadores físicos periodontais nos mesmos períodos.

Na Tabela 3 pode-se observar a correlação da mudança do OHIP com as variáveis clínicas e o ET OHIP-14 inicial. Há uma correlação entre a mudança do escore do instrumento de avaliação, tanto após o tratamento subgengival quanto após o final do tratamento subgengival, com o escore inicial do questionário. Demonstrando que, quanto maior o escore inicial obtido no OHIP, maior é a sua mudança ao longo do tratamento. Também foi observada uma correlação entre a média de perda de inserção em (T1) com a mudança do OHIP entre os momentos 1 e 2.

A mudança do escore total do OHIP foi maior ($p < 0,05$) entre T1 e T2 (8,4) quando comparado a T1 e T3 (8,0). O tamanho de efeito observado entre estes mesmos momentos foi de 0,75 e 0,72, respectivamente.

Discussão

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, em pacientes com doença periodontal e após terem sido submetidos ao tratamento. Este tratamento compreendeu a abordagem da gengivite como uma etapa prévia ao tratamento da periodontite. Os resultados demonstraram que o tratamento periodontal representa uma mudança positiva na percepção de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, demonstram que o tratamento da gengivite foi impactante neste cenário de percepção de qualidade de vida.

A avaliação de desfechos dos tratamentos é fundamental ao estabelecimento de estratégias terapêuticas. No entanto, geralmente, concentram-se apenas nos desfechos clínicos. Como consequência, a percepção do paciente, condição fundamental para a avaliação de terapias, fica em segundo plano (Jowett et al., 2009). Contemporaneamente, no entanto, uma mudança neste cenário tem sido observada na odontologia. Alguns estudos já se preocupam em acompanhar a

percepção dos pacientes frente à sua condição de saúde-doença. O presente estudo valeu-se da utilização do instrumento OHIP-14 (Slade, 1997), em sua versão validada para o Brasil (Oliveira & Nadanovsky, 2005). O OHIP-14 tornou-se um dos instrumentos mais utilizados nos estudos que buscam avaliar os impactos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal por ser de fácil e rápida aplicação, além de ter validade em diferentes populações (Oliveira e Nadanovsky, 2005; John et al., 2006)

Ainda que existam estudos avaliando a qualidade de vida de pacientes com doença periodontal por meio do OHIP, ainda são escassos aqueles que avaliam o impacto do tratamento destas doenças na qualidade de vida. Entre estes, os estudos de Ozcelik et al. (2007), Jowett et al. (2009) e Ohrn & Jonsson (2011), de uma forma geral, observaram que há uma percepção de melhora de qualidade de vida pelos pacientes que recebem o tratamento periodontal, independentemente do tipo de terapia realizada. A presente investigação adiciona uma variável a esta temática, tendo em vista que se propõe a não tão somente investigar o efeito da terapia em si, mas comparar se este efeito é percebido de forma diferente em diferentes momentos do tratamento periodontal. Neste caso específico, realizando-se o tratamento da gengivite como uma fase independente do tratamento da periodontite.

A hipótese para o estabelecimento deste desenho experimental são as evidências que mostram uma expressiva alteração clínica nos indicadores periodontais após o tratamento da gengivite (Gomes et al., 2007). Estas questões remetem aos resultados de D'ávila et al. (2005). Os autores observaram que os impactos, tipicamente associados com a doença periodontal (gengivas que sangram e estética não satisfatória), melhoravam após o tratamento. Observaram, também, que uma porcentagem maior de sítios com sangramento à sondagem estavam relacionados a maiores impactos relatados pelos pacientes.

Na presente investigação, pode-se observar um escore total médio de $17,6 \pm 11,3$ para o OHIP-14 no dia zero (T1). Semelhantemente, outros estudos (Ng & Leung, 2006; Ozcelik et al., 2007; Wong et al., 2012) reportam um escore total que varia entre 17 e 30, em um universo máximo possível de 56. Ainda assim, existem duas exceções. Bernabé & Marcenes (2010) e Ohrn e Jonsson (2011) encontraram

valores menores (5,3 e 8,0 respectivamente). Estes últimos, sugerem que esses resultados estejam relacionados ao fato de a grande maioria dos pacientes incluídos simplesmente não terem relatado problemas antes do início do tratamento. Já o estudo de Bernabé & Marcenes pode ter encontrado esses valores pelo fato de ser um estudo de magnitude nacional, em que foram incluídos pacientes com e sem doença periodontal. Por outro lado, como ainda não está descrito um valor de ponto de corte para estabelecer se a população estudada apresenta impactos que conferem uma qualidade de vida ruim ou não, a possibilidade de se realizar comparações em tempos experimentais distintos torna-se bastante esclarecedora.

No presente estudo, após o tratamento supragengival (T2), o valor do escore total do OHIP-14 reduziu para 9,1 ($\pm 8,0$). Este valor representou uma redução estatisticamente significativa e que, em termos percentuais, representa uma redução de 48% do valor do escore do OHIP e pode expressar uma percepção muito positiva após o tratamento da gengivite. Foi calculado, também, o tamanho do efeito, que atingiu o valor de 0,75. Allen et al (2001), utilizando o OHIP-49, e Hyde et al. (2006), através do OHIP-14, observaram um tamanho de efeito de 1,1 e 0,87, respectivamente, após realizarem um tratamento reabilitador protético. Já Aslund et al. (2008), ao avaliarem o efeito do tratamento periodontal não-cirúrgico nos impactos percebidos pelos pacientes através do questionário OHQoL-UK observaram um tamanho de efeito de 0,27. Cohen (1988) considera um valor de efeito de 0,5 como moderado e de 0,8 como um efeito grande. Portanto, sugere-se que o tamanho do efeito do tratamento da gengivite (0,75) e do tratamento periodontal como um todo (0,72) tenha sido moderado/grande na presente amostra. O tratamento da gengivite prévio ao da periodontite, fundamentado em educação para a saúde como chave para o sucesso da terapia subgengival, vem sendo explorado em avaliações clínicas e mostra uma expressiva redução dos indicadores clínicos (Gomes et al., 2007). Além disso, baseia-se num bom controle de placa por parte do paciente e na adequação do meio bucal a partir da remoção de fatores retentivos de placa. A remoção de cálculo, fechamento de cavidades cariosas e exodontias quando necessárias podem trazer impactos positivos à percepção do paciente.

Sob o ponto de vista da avaliação da qualidade de vida, apenas mais um autor relata resultados isolados do tratamento supragengival utilizando o instrumento

OHIP-14. Ohrn & Jonsson (2011) avaliaram os impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes submetidos a um tratamento de “higiene bucal”. O tratamento realizado por eles correspondia a instruções de higiene bucal, orientações em relação à saúde, raspagem, alisamento e polimento da superfície dentária e exodontia quando necessário. Diferentemente dos resultados encontrados no nosso estudo, os autores observaram que não houve diferença entre os resultados após o tratamento. No entanto, os autores sugerem que esse resultado possa estar relacionado ao fato de os pacientes não terem reportado impactos negativos antes do tratamento. O valor do escore total do OHIP-14 reportado por eles ao início do tratamento é menor do que o encontrado ao final do nosso estudo. Já Tsakos et al. (2010), ao compararem o impacto do tratamento supragengival ao subgengival com o instrumento OIDP não puderam observar diferenças no impacto causado pelos dois tipos de tratamento.

A redução do escore do OHIP-14 foi maior após o tratamento supragengival (T2) do que quando comparada à redução após o final do tratamento subgengival (T3). Entre T2 e T3, não foi observada alteração no escore de OHIP-14: respectivamente $9,1 \pm 8,0$ e $9,5 \pm 7,7$. Este resultado é instigante, uma vez que traduz o significado do tratamento da gengivite realizado anteriormente ao da periodontite. Os participantes deste estudo não conseguiram perceber incremento positivo de melhoria de qualidade de vida após o tratamento da periodontite.

Especula-se que esse pequeno incremento, embora sem significado estatístico, tenha se dado pela alteração no segundo domínio, que trata de “dor física”. Neste caso, houve um aumento estatisticamente significativo na média deste domínio (de $2,8 \pm 2,0$ para $3,7 \pm 2,5$) após a segunda fase do tratamento, talvez em decorrência da sensibilidade comumente associada à raspagem e alisamento subgengival. Aslund et al. (2008) observaram um aumento da sensibilidade dentinária até um período de 8 semanas pós instrumentação radicular. Von Troil et al. (2002), em uma revisão sistemática da literatura, observaram que a hipersensibilidade dentinária ocorre em aproximadamente metade dos pacientes após o tratamento periodontal não cirúrgico e que sua intensidade permanece alta até 4 semanas após o término do tratamento. Após esse período, a tendência é de diminuição da intensidade. Esses resultados contribuem para uma possível explicação do aumento do escore do domínio relacionado à dor observado no

nossos resultados. Se houvesse um acompanhamento a longo prazo dos escores do OHIP e do domínio referente à dor física, talvez pudesse ser observado um decréscimo nesse impacto.

Houve uma melhora significativa, também, no que se refere aos domínios relacionados à desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social. Wong et al. (2011) também puderam observar uma melhora nos domínios de desconforto psicológico e incapacidade psicológica, além do de dor física. No entanto, nos demais, não puderam observar modificações. Já Saito et al. (2010), apesar de terem avaliado a qualidade de vida relacionada à saúde bucal a partir de outro instrumento (Williams et al., 1998), não validado até então, também observaram reduções dos impactos dos domínios de função psicológica e função social. Contudo, comparações com instrumentos diferentes devem ser realizadas com cautela. Além disso, há uma discussão sobre a validade dimensional do OHIP-14. Estudos sugerem que este instrumento pode apresentar uma, duas ou três dimensões (Brennan & Spencer, 2004; Montero et al., 2010; Santos et al, 2013). No entanto, essa dúvida ainda é relativamente recente e não há consenso na literatura sobre o verdadeiro número de domínios apresentado por este instrumento.

Quanto à relação de indicadores clínicos e os impactos percebidos pelos pacientes, alguns estudos puderam observar uma correlação entre características periodontais e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Needleman et al., 2004; Cunha-Cruz et al., 2007; Ng & Leung, 2006; Bernabé & Marcenes, 2010; Jansson et al., 2013). Ng & Leung (2006) avaliaram uma população de 727 pacientes, divididos em dois grupos de severidade de destruição periodontal, classificados em: saudáveis/pouca destruição periodontal (média de perda de inserção ≤ 2 mm) ou severa/alta destruição periodontal (média de perda de inserção > 3 mm). Nesse estudo, os autores avaliaram uma associação entre o escore total do OHIP-14 e dos domínios de limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física e incapacidade psicológica com o grupo que apresentava grande destruição periodontal. Utilizando o mesmo instrumento, Bernabé & Marcenes (2010) avaliaram uma população de 3122 indivíduos em que puderam observar um aumento linear do escore do OHIP-14 com o aumento de número de dentes com profundidade de sondagem e perda de inserção ≥ 4 mm.

No presente estudo, foi possível observar uma correlação positiva entre a média de perda de inserção inicial e a mudança do escore do OHIP entre T1 e T2. Porém, essa associação não foi encontrada quando avaliou-se a mudança do escore do OHIP em todo o tratamento (entre T1 e T3). Essa associação demonstra que quanto maior a perda de inserção inicial, maior a mudança dos impactos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal após o tratamento supragengival. Uma associação com a mudança ao final do tratamento (T3) não foi encontrada, talvez pelo fato de esta ter sido menor em relação a mudança entre os momentos.

Até onde tenhamos conhecimento, foram realizados quatro estudos com o objetivo de avaliar o impacto do tratamento periodontal no impacto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal avaliado por meio do instrumento OHIP (Ozcelik et al., 2007; Jowett et al., 2009; Wong et al., 2011; Ohrn & Jonsson, 2012). Ohrn & Jonsson (2012) não observaram associações estatisticamente significativas com o escore total do OHIP e variáveis periodontais, porém observaram uma correlação inversamente proporcional com número de dentes presentes ao final do tratamento. Já os demais estudos não realizaram correlações entre os dados clínicos e os impactos relacionados à qualidade de vida.

No presente estudo, correlações com os demais indicadores físicos periodontais e a mudança do escore do OHIP não foram observadas. Supostamente, como discutido pela literatura, os desfechos comumente utilizados pelos profissionais para aferir quadros de saúde ou doença não conseguem traduzir os impactos percebidos pelos pacientes (Cunha-Cruz et al., 2007). Esta é a condição que fundamenta a avaliação da percepção do paciente acerca das terapias empregadas. Na presente investigação, apesar de não ter sido encontrada uma correlação com os valores clínicos, houve uma associação, como esperado, entre a mudança do escore do OHIP-14 e seu escore inicial. Saito et al. (2010) também puderam observar uma correlação entre o escore inicial do instrumento utilizado (OHRQL) com o escore ao final do tratamento.

Os achados deste estudo corroboram as evidências de que o tratamento da doença periodontal pode amenizar os impactos negativos vinculados à qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Até onde saibamos, este é o primeiro estudo que buscou avaliar esse efeito com uma proposta na qual o tratamento da gengivite e da

periodontite são realizados separadamente. No entanto, existe a limitação de este ser um estudo em que não há um grupo de comparação, portanto, não afastando a hipótese de parte do resultado ter se dado, não pela terapia, mas sim pelo fato de os pacientes estarem participando de um estudo (Efeito Hawthorne). A completa elucidação dessa questão só poderá se dar com dois grupos em paralelo, sendo tratados de forma diferentes.

Por meio da presente investigação é possível concluir que o tratamento periodontal gera uma melhora nos impactos percebidos pelos pacientes em relação a sua qualidade de vida após o tratamento. Na terapia periodontal, o tratamento da gengivite parece ser o maior determinante para esta percepção, sugerindo, portanto, que esta fase seja mais bem explorada dentro dos modelos terapêuticos.

Agradecimentos

Às colegas Juliane Pereira Butze e Viviane Leal Barbosa pelo auxílio no tratamento dos pacientes desta pesquisa.

Tabela 1. Indicadores físicos periodontais antes do tratamento (T1) e após o tratamento da gengivite (T2) e da periodontite (T3).

	T1	T 2	T 3
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
IPV	77,8 (16,2) a	21,7 (13,2) b	25,6 (14,8) b
ISG	36,9 (21,7) a	12,0 (12,5) b	9,9 (9,6) b
PS	3,1 (0,8) a	2,8 (0,7) b	2,4 (0,7) c
SS	62,9 (21,8) a	37,2 (21,7) b	24,0 (12,7) c
PI	3,5 (1,1) a	3,2 (1,1) b	3,2 (1,1) b

ANOVA de Medidas Repetidas, Bonferroni $p \leq 0,05$. Letras diferentes na mesma linha representam diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 2. Escore total e por domínios do instrumento OHIP-14 antes do tratamento (T1) e após o tratamento da gengivite (T2) e da periodontite (T3).

	T1	T 2	T 3
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Limitação funcional	1,3 (1,7) a	1,0 (1,5) a	0,9 (1,4) a
Dor física	3,9 (2,4) a	2,8 (2,0) b	3,7 (2,5) a
Desconforto psicológico	4,4, (2,6) a	1,9 (2,1) b	1,5 (1,7) b
Incapacidade física	2,3 (2,6) a	1,4 (1,9) a	1,9 (1,4) a
Incapacidade psicológica	3,2 (2,4) a	1,5 (1,9) b	1,2 (1,6) b
Incapacidade social	1,9 (1,8) a	0,4 (0,9) b	0,3 (0,7) b
Desvantagem social	1,4 (1,8) a	0,2 (0,6) b	0,1 (0,4) b
Escore Total	17,6 (11,3) a	9,1 (8,0) b	9,5 (7,7) b

Domínios: Teste de Friedman seguido de Wilcoxon, $p \leq 0,05$

Escore total: Anova de Medidas Repetidas seguido de Bonferroni, $p \leq 0,05$

Letras diferentes na mesma linha representam diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 3. Correlação da mudança do escore total do OHIP nos diferentes momentos com indicadores clínicos e escore total do OHIP-14 no momento inicial.

	Diferença OHIP 1-2		Diferença OHIP 1-3	
	Correlação	P	Correlação	P
IPV	0,24	0,12	0,18	0,24
ISG	-0,03	0,92	0,08	0,58
PS	0,17	0,25	0,11	0,45
SS	-0,02	0,89	-0,07	0,63
PI	0,35	0,02	0,23	0,13
Escore total OHIP	0,71	0,00	0,76	0,00

Correlação de Pearson, $p < 0,05$

Referências

- Ainamo, J. & Bay, I. (1975) Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International Dental Journal* **25**, 229-235.
- Allen, P.F., McMillan, A.S., Locker, D. (2001) An assessment of sensitivity to change of the Oral Health Impact Profile in a clinical trial. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **29**, 175-182.
- Aslund, M., Suvan, J., Moles, D.R., D'Aiuto, F., Tonetti, M.S. (2008) Effects of two different methods of non-surgical periodontal therapy on patient perception of pain and quality of life: a randomized controlled clinical trial. *Journal of Periodontology* **79**, 1031-1040.
- Bernabe, E. & Marcenes, W. (2010) Periodontal disease and quality of life in British adults. *Journal of Clinical Periodontology* **37**, 968-972.
- Blicher, B., Joshipura, K., Eke, P. (2005) Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. *Journal of Dental Research* **84**, 881-890.
- Brennan, D.S. & Spencer, A.J. (2004) Dimensions of oral health related quality of life measured by EQ-5D+ and OHIP-14. *Health Quality of Life Outcomes* **2**, 35.
- Costa, F.O., Cota, L.O.M., Lages, E.J.P., Oliveira, A.P.L, Cortelli, S.C., Cortelli, J.R., Lorentz, T.C.M., Costa, J.E. (2012) Periodontal risk assessment model in a sample of regular and irregular compliers under maintenance therapy: a 3-year prospective study. *Journal of Periodontology* **83**, 292-300.
- Cunha-Cruz, J., Hujoel, P.P., Kressin, N.R. (2007) Oral health-related quality of life of periodontal patients. *Journal of Periodontal Research* **42**, 169-176.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd edition, p. 413, Hillsdale. Lawrence Erlbaum Associates

- D'Avila, G.B., Carvalho, L.H., Feres-Filho, E.J., Feres, M., Leão, A. (2005) Oral Health Impacts on Daily Living Related to Four Different Treatment Protocols for Chronic Periodontitis. *Journal of Periodontology* **76**, 1751-1757.
- Gjerme, P., Rösing, C.K., Susin, C., Oppermann, R. (2002) Periodontal diseases in Central and South America. *Periodontology 2000* **29**, 70-78.
- Gomes, S.C., Piccinin, F.B., Susin, C., Oppermann, R.V., Marcantonio, R.A. (2007) Effect of supragingival plaque control in smokers and never-smokers: 6-month evaluation of patients with periodontitis. *Journal of Periodontology* **78**, 1515-1521.
- Hyde, S., Satariano, W.A., Weintraub, J.A. (2006) Welfare dental intervention improves employment and quality of life. *Journal of Dental Research* **85**, 79-84.
- Jansson, H., Wahlin, A., Johansson, V., Akerman, S., Lundegren, N., Isberg, P., Norderyd, O. (2013) Impact of periodontal disease experience on oral health-related quality of life. *Journal of Periodontology* (ahead of print: doi:10.1902/jop.2013.130188).
- John, M.T., Miglioretti, D.L., LeResche, L., Koepsell, T.D., Hujoel, P., Micheelis, W. (2006) German short forms of the Oral Health Impact Profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **34**, 277-288.
- Jowett, A.K., Orr, M.T., Rawlinson, A., Robinson, P.G. (2009) Psychosocial impact of periodontal disease and its treatment with 24-h root surface debridement. *Journal of Clinical Periodontology* **36**, 413-418.
- Löe, H. (1967) The gingival index, the plaque index and the retention index system. *Journal of Periodontology* **38**, 610-616
- Lopez, R., Baelum, V. (2007) Oral health impact of periodontal diseases in adolescents. *Journal Dental Research* **86**, 1105-1109.

- Montero, J., Bravo, M., Vicente, M.P., Galindo, M.P., Lopez, J.F., Albaladejo, A. (2010) Dimensional structure of the oral health-related quality of life in healthy Spanish workers. *Health and Quality of Life Outcomes* **8**, 24.
- Needleman, I., McGrath, C., Floyd, P., Biddle, A. (2004) Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of Clinical Periodontology* **31**, 454-457.
- Ng, S.K. & Leung, W.K. (2006) Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **34**, 114-122.
- O'Dowd, L.K., Durham, J., McCracken, G.I., Preshaw, P.M. (2010) Patients' experiences of the impact of periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology* **37**, 334-339.
- Ohrn, K. & Jonsson, B. (2012) A comparison of two questionnaires measuring oral health-related quality of life before and after dental hygiene treatment in patients with periodontal disease. *International Journal of Dental Hygiene* **10**, 9-14.
- Oliveira, B.H. & Nadanovsky P. (2005) Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **33**, 307-314.
- Ozcelik, O., Haytac, M.C., Seydaoglu, G. (2007) Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology* **34**, 788-796.
- Page, R.C. & Eke, P.I. (2007) Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *Journal of Periodontology* **78**, 1387-1399.
- Saito, A., Hosaka, Y., Kikuchi, M., Akamatsu, M., Fukaya, C., Matsumoto, S., Ueshima, F., Hayakawa, H., Fujinami, K., Nakagawa, T. (2010) Effect of initial periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis in Japan. *Journal of Periodontology* **81**, 1001-1009.

Saito, A., Ota, K., Hosaka, Y., Akamatsu, M., Hayakawa, H., Fukaya, C., Ida, A., Fujinami, K., Sugito, H., Nakagawa, T. (2011) Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. *Journal of Clinical Periodontology* **38**, 1115-1121.

Santos, C.M, Oliveira, B.H., Nadanovsky, P., Hilgert, J.B., Celeste, R.K., Hugo, F.N. (2013) The Oral Health Impact Profile-14: a unidimensional scale? *Reports in Public Health* **29**, 749-757.

Shanbhag, S., Dahiya, M., Croucher, R. (2012) The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. *Journal of Clinical Periodontology* **39**, 725-735.

Silness, J., Løe, H. (1964) Periodontal disease in pregnancy. II correlation between oral hygiene and periodontal conditions. *Acta Odontologica Scandinavica* **22**, 112-135.

Slade, G.D. (1997) Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* **25**, 284-290.

Susin, C., Dalla Vecchia, C.F., Oppermann, R.V., Haugejorden, O., Albandar, J.M. (2004) Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults: effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. *Journal of Periodontology* **75**, 1033-1041.

Tsakos, G., Bernabé, E., D'Aiuto, F., Pikhart, H., Tonetti, M., Sheiham, A., Donos, N. (2010) Assessing the minimally important difference in the Oral Impact on Daily Performances index in patients treated for periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology* **37**, 903-909.

von Troil, B., Needleman, I., Sanz, M. (2002) A systematic review of the prevalence of root sensitivity following periodontal therapy. *Journal of Clinical Periodontology* **29**, 173-177.

Williams, K.B., Gadbury-Amyot, C.C., Bray, K.K., Manne, D., Collins, P. (1998) Oral health-related quality of life: a model for dental hygiene. *Journal of Dental Hygiene* **72**, 19-26.

Wong, R.M., Ng, S.K., Corbet, E.F., Keung Leung, W. (2012) Non-surgical periodontal therapy improves oral health-related quality of life. *Journal of Clinical Periodontology* **39**, 53-61.

5 Considerações Finais

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “O efeito do controle do biofilme supragengival e da combinação do controle do biofilme supra e subgengival na saúde periodontal de pacientes participantes de um programa de manutenção periodontal preventiva - Um ensaio clínico randomizado”. E teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes com doença periodontal, antes do tratamento, após o tratamento supragengival e após o tratamento subgengival, através do instrumento OHIP-14.

Os resultados deste estudo colaboram com as evidências de que o tratamento periodontal não cirúrgico é capaz de reduzir impactos sobre a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes com periodontite. Além disso, sugere-se que o tratamento da gengivite apresenta um papel importante para tal percepção.

REFERÊNCIAS

- ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 24, n. 6, p. 385-9, Dec 1996.
- AMARAL LOUREIRO, A. C.; OLIVEIRA COSTA, F.; EUSTAQUIO DA COSTA, J. The impact of periodontal disease on the quality of life of individuals with Down syndrome. **Downs Syndr Res Pract**, v. 12, n. 1, p. 50-4, Jul 2007.
- ANDRADE, F. B. et al. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in Sao Paulo, Brazil. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 10, p. 1965-75, Oct 2012.
- ATCHISON, K. A. Understanding the "Quality" in Quality Care and Quality of Life. In: INGLEHART, M. R. e BAGRAMIAN, R. A. (Ed.). **Oral Health-Related Quality of Life**. EUA: Quintessence Books, 2002. cap. 3,
- ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. **J Dent Educ**, v. 54, n. 11, p. 680-7, Nov 1990.
- AWAD, A. G.; VORUGANTI, L. N. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. **Schizophr Bull**, v. 26, n. 3, p. 557-64, 2000.
- BAE, K. H. et al. Validation of the Korean version of the oral health impact profile among the Korean elderly. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 1, p. 73-9, Feb 2007.
- BERNABE, E.; MARCENES, W. Periodontal disease and quality of life in British adults. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 11, p. 968-72, Nov 2010.
- BLICHER, B.; JOSHIPURA, K.; EKE, P. Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. **J Dent Res**, v. 84, n. 10, p. 881-90, Oct 2005.
- CASTREJON-PEREZ, R. C.; BORGES-YANEZ, S. A. Derivation of the short form of the Oral Health Impact Profile in Spanish (OHIP-EE-14). **Gerodontology**, v. 29, n. 2, p. 155-8, Jun 2012.
- CUNHA-CRUZ, J.; HUJOEL, P. P.; KRESSIN, N. R. Oral health-related quality of life of periodontal patients. **J Periodontal Res**, v. 42, n. 2, p. 169-76, Apr 2007.
- CUSHING, A. M.; SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. Developing socio-dental indicators--the social impact of dental disease. **Community Dent Health**, v. 3, n. 1, p. 3-17, Mar 1986.
- D'AVILA, G. B. et al. Oral health impacts on daily living related to four different treatment protocols for chronic periodontitis. **J Periodontol**, v. 76, n. 10, p. 1751-7, Oct 2005.

DAHLSTROM, L.; CARLSSON, G. E. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. **Acta Odontol Scand**, v. 68, n. 2, p. 80-5, Mar 2010.

Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **World Health Organ Tech Rep Ser**, v. 916, p. i-viii, 1-149, backcover, 2003.

DRUMOND-SANTANA, T. et al. [Impact of periodontal disease on quality of life for dentate diabetics]. **Cad Saude Publica**, v. 23, n. 3, p. 637-44, Mar 2007.

DURHAM, J. et al. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. **J Dent**, v. 41, n. 4, p. 370-6, Apr 2013.

EKANAYAKE, L.; PERERA, I. Validation of a Sinhalese translation of the Oral Health Impact Profile-14 for use with older adults. **Gerodontology**, v. 20, n. 2, p. 95-9, Dec 2003.

FERNANDES, M. J. et al. Assessing oral health-related quality of life in general dental practice in Scotland: validation of the OHIP-14. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, n. 1, p. 53-62, Feb 2006.

FLECK, M. P. D. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 33-38, 2000.

FONTANIVE, V. et al. The association between clinical oral health and general quality of life: a population-based study of individuals aged 50-74 in Southern Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 41, n. 2, p. 154-62, Apr 2013.

GERRITSEN, A. E. et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, p. 126, 2010.

GUZELDEMIR, E. et al. Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. **J Am Dent Assoc**, v. 140, n. 10, p. 1283-93, Oct 2009.

JANSSON, H. et al. Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health-related Quality of Life. **J Periodontol**, Jul 2013.

JOHN, M. T. et al. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, n. 2, p. 125-32, Apr 2004.

_____. German short forms of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, n. 4, p. 277-88, Aug 2006.

JOKOVIC, A. et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. **J Dent Res**, v. 81, n. 7, p. 459-63, Jul 2002.

JOWETT, A. K. et al. Psychosocial impact of periodontal disease and its treatment with 24-h root surface debridement. **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 5, p. 413-8, May 2009.

KRESSIN, N. et al. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. **Med Care**, v. 34, n. 5, p. 416-27, May 1996.

KRISDAPONG, S. et al. The impacts of gingivitis and calculus on Thai children's quality of life. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 9, p. 834-43, Sep 2012.

KUSHNIR, D.; ZUSMAN, S. P.; ROBINSON, P. G. Validation of a Hebrew version of the Oral Health Impact Profile 14. **J Public Health Dent**, v. 64, n. 2, p. 71-5, Spring 2004.

LAWRENCE, H. P. et al. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 36, n. 4, p. 305-16, Aug 2008.

LEAO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Community Dent Health**, v. 13, n. 1, p. 22-6, Mar 1996.

LOCKER, D.; ALLEN, P. F. Developing short-form measures of oral health-related quality of life. **J Public Health Dent**, v. 62, n. 1, p. 13-20, Winter 2002.

LOCKER, D.; MILLER, Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. **J Public Health Dent**, v. 54, n. 3, p. 167-76, Summer 1994.

LOPEZ, R.; BAEUM, V. Oral health impact of periodontal diseases in adolescents. **J Dent Res**, v. 86, n. 11, p. 1105-9, Nov 2007.

MANDZUK, L. L.; MCMILLAN, D. E. A concept analysis of quality of life. **Journal of Orthopaedic Nursing**, v. 9, n. 1, p. 12-18, 2005.

MCGRATH, C.; BEDI, R. An evaluation of a new measure of oral health related quality of life--OHQoL-UK(W). **Community Dent Health**, v. 18, n. 3, p. 138-43, Sep 2001.

MIOTTO, M. H.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. [Evaluation of the impact on quality of life caused by oral health problems in adults and the elderly in a southeastern Brazilian city]. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 2, p. 397-406, Feb 2012.

MUSSKOPK, M.L.. **O impacto da atenção periodontal na qualidade de vida de gestantes**. 2010. 63 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica ênfase em Periodontia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre

NAITO, M. et al. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. **J Oral Sci**, v. 48, n. 1, p. 1-7, Mar 2006.

NAVABI, N.; NAKHAE, N.; MIRZADEH, A. Validation of a Persian Version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). **Iran J Public Health**, v. 39, n. 4, p. 135-9, 2010.

NEEDLEMAN, I. et al. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. **J Clin Periodontol**, v. 31, n. 6, p. 454-7, Jun 2004.

NG, S. K.; LEUNG, W. K. Oral health-related quality of life and periodontal status. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, n. 2, p. 114-22, Apr 2006.

O'DOWD, L. K. et al. Patients' experiences of the impact of periodontal disease. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 4, p. 334-9, Apr 2010.

OHRN, K.; JONSSON, 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**, v. 10, n. 1, p. 9-14, Feb 2012.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 4, p. 307-14, Aug 2005.

OZCELIK, O.; HAYTAC, M. C.; SEYDAOGLU, G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. **J Clin Periodontol**, v. 34, n. 9, p. 788-96, Sep 2007.

PAPAGIANNOPOULOU, V. et al. Validation of a Greek version of the oral health impact profile (OHIP-14) for use among adults. **Health Qual Life Outcomes**, v. 10, p. 7, 2012.

PEREA, C. et al. Oral health-related quality of life in complete denture wearers depending on their socio-demographic background, prosthetic-related factors and clinical condition. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 18, n. 3, p. e371-80, May 2013.

RAVAGHI, V. et al. Validation of the Persian short version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). **Oral Health Prev Dent**, v. 8, n. 3, p. 229-35, 2010.

REISINE, S.; MILLER, J. A longitudinal study of work loss related to dental diseases. **Soc Sci Med**, v. 21, n. 12, p. 1309-14, 1985.

REISSMANN, D. R.; JOHN, M. T.; SCHIERZ, O. Influence of administration method on oral health-related quality of life assessment using the Oral Health Impact Profile. **Eur J Oral Sci**, v. 119, n. 1, p. 73-8, Feb 2011.

RENER-SITAR, K. et al. Psychometric properties of Croatian and Slovenian short form of oral health impact profile questionnaires. **Croat Med J**, v. 49, n. 4, p. 536-44, Aug 2008.

SAITO, A. et al. Effect of initial periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis in Japan. **J Periodontol**, v. 81, n. 7, p. 1001-9, Jul 2010.

_____. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. **J Clin Periodontol**, v. 38, n. 12, p. 1115-21, Dec 2011.

SAUB, R.; LOCKER, D.; ALLISON, P. Derivation and validation of the short version of the Malaysian Oral Health Impact Profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 5, p. 378-83, Oct 2005.

SEGU, M. et al. Cross-cultural validation of a short form of the Oral Health Impact Profile for temporomandibular disorders. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 2, p. 125-30, Apr 2005.

SEIRAWAN, H.; SUNDARESAN, S.; MULLIGAN, R. Oral health-related quality of life and perceived dental needs in the United States. **J Public Health Dent**, v. 71, n. 3, p. 194-201, Summer 2011.

SHANBHAG, S.; DAHIYA, M.; CROUCHER, R. The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 8, p. 725-35, Aug 2012.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 25, n. 4, p. 284-90, Aug 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, Mar 1994.

SOUSA, P. C. et al. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. **Braz Oral Res**, v. 23, n. 4, p. 358-64, Oct-Dec 2009.

SPENCER, A. J.; LEWIS, J. M. The delivery of dental services: information, issues and directions. **Community Health Stud**, v. 12, n. 1, p. 16-30, 1988.

STRAUSS, R. P.; HUNT, R. J. Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life. **J Am Dent Assoc**, v. 124, n. 1, p. 105-10, Jan 1993.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-9, Nov 1995.

TSAKOS, G. et al. Assessing the minimally important difference in the oral impact on daily performances index in patients treated for periodontitis. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 10, p. 903-9, Oct 2010.

ULINSKI, K. G. et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly. **Int J Dent**, v. 2013, p. 705047, 2013.

WONG, R. M. et al. Non-surgical periodontal therapy improves oral health-related quality of life. **J Clin Periodontol**, v. 39, n. 1, p. 53-61, Jan 2012.

XIN, W. N.; LING, J. Q. [Validation of a Chinese version of the oral health impact profile-14]. **Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi**, v. 41, n. 4, p. 242-5, Apr 2006.

ZANATTA, F. B. et al. Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 12, p. 53, 2012.

ANEXOS

ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



U F R G S
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs



CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 18917

Título: O efeito do controle do biofilme supragengival e da combinação do controle do biofilme supra e subgengival na saúde periodontal de pacientes participantes de um programa de manutenção periodontal prev

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

SABRINA CARVALHO GOMES - coordenador desde 01/08/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 16/06/2011 - sala de reuniões I do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quarta-Feira, 11 de Abril de 2012

BRUNO CASSEL NETO
Vice Pró-Reitor de Pesquisa

ANEXO B - Termo de consentimento livre e esclarecido**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Prontuário: _____)**

O efeito do controle do biofilme supragengival e da combinação do controle do biofilme supra e subgengival na saúde periodontal de pacientes participantes de um programa de manutenção periodontal preventiva. Um ensaio clínico randomizado.

Nome**completo:** _____**Idade** _____ **RG:** _____ **Tel** _____

1) Essa pesquisa tem o objetivo de verificar a importância da higiene bucal que realizamos todos os dias no resultado do tratamento de doenças da gengiva e na manutenção dos resultados desse tratamento. Nessa pesquisa, inicialmente, faremos exames clínicos para a seleção dos voluntários. Será realizada, também, uma entrevista, comum a qualquer atendimento odontológico, com perguntas relacionadas à sua saúde geral e a seus hábitos de higiene bucal. Os possíveis desconfortos relacionados a essa seleção são aqueles decorrentes de um exame de rotina e do tratamento da gengiva. Serão tomadas todas as medidas para garantir que o exame e tratamento sejam seguros, tais como uso de materiais descartáveis e de instrumentais esterilizados.

2) Após esses primeiros exames, você poderá ser selecionado ou não para o estudo. Se você não for selecionado, os benefícios associados à sua participação nesse exame são o acesso a um diagnóstico preciso da sua condição bucal, bem como esclarecimento e encaminhamento para tratamento, de acordo com as suas necessidades. Fica, ainda, assegurado o direito ao sigilo de todos os dados coletados, dos participantes selecionados ou não, sendo que, em nenhum momento, será permitido acesso de outra pessoa a esses dados, além do pesquisador ou do próprio indivíduo. Se você for selecionado, e tendo aceitado participar como voluntário será marcada nova data, a ser agendada pelo pesquisador responsável, para a realização de um exames clínicos e exames para avaliação da inflamação e infecção presentes. Esses exames são absolutamente seguros e são comuns aos tratamentos de gengiva.

3) A partir de sua inclusão no estudo, você será chamado a comparecer semanalmente, com horário agendado, para no mínimo 8 consultas, à clínica de periodontia (tratamento de gengiva) para receber os exames e tratamentos de gengiva necessários, bem como o acompanhamento adequado. O tratamento a ser realizado é conhecido, seguro e faz parte de todo os tratamentos de gengiva já existentes. Faz-se uma raspagem dos dentes (remoção do tártaro), polimento e instrução de higiene bucal. Esse tratamento resolve o problema de inflamação da gengiva (gengivite) e da doença chamada periodontite. Para esse tratamento será necessário anestésiar o local a ser tratado para diminuir desconfortos comuns a esses procedimentos. O tratamento da periodontite será realizado em todos os participantes. Uma vez terminada a fase inicial do tratamento você deverá comparecer uma vez a cada três meses durante dois anos para que se examine como as suas gengivas estão respondendo ao tratamento, avaliar como você esta cuidando da sua higiene bucal e eventualmente tratar a periodontite se ela se apresentar novamente. Nesse período de 2 anos você também terá a oportunidade de receber tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia de acordo com as possibilidades de atendimento existentes.

4) Os conhecimentos adquiridos, com o presente estudo, serão importantes, futuramente, para a prevenção e tratamento das doenças de gengiva, pois poderão contribuir para que melhores formas de tratamento da gengivite e da periodontite sejam desenvolvidas. É importante ressaltar que toda e qualquer dúvida a respeito desse estudo será esclarecida pelo pesquisador responsável e que você poderá requisitar esse esclarecimento a qualquer momento. Esperamos poder atendê-lo em todas as suas dúvidas e nos comprometemos a dar todas as informações que você precisar ou que tornarem-se necessárias no decorrer do estudo.

5) Sua participação no estudo é voluntária e você, a qualquer tempo, pode afastar-se dele, sem que isso implique em qualquer prejuízo ao atendimento que você precisa. Nessa pesquisa a sua identificação (nome, RG, endereço, telefone) será confidencial. Somente os dados dos exames serão utilizados para fins de pesquisa, sem a identificação dos voluntários, preservando, assim, a sua privacidade. Eventualmente, fotos dos seus dentes e suas gengivas poderão ser interessantes para registrar as mudanças que ocorrerão com o tratamento. Quando isso for necessário, será solicitada sua permissão. Uma negativa sua não implicará em nenhuma alteração nos cuidados à sua pessoa. Por outro lado, se você concordar que as fotos sejam tomadas, fica garantido que não será possível, sob qualquer circunstância, a associação da foto com sua pessoa, garantindo-se assim absoluto sigilo da sua identidade. As escovas de dente a serem utilizadas pelos voluntários serão cedidas pelo pesquisador responsável pelo estudo. Não haverá ressarcimento dos prováveis gastos que o voluntário possa ter ao participar do presente estudo.

Qualquer sugestão, problema, dúvidas ou reclamações, ligue para nós:

Profa. Sabrina Carvalho Gomes (51)33085318 ou Comitê de Ética em Pesquisa: (51) 33083629

Por esse instrumento particular, declaro, para fins de *Ética e Legislação em Pesquisa*, que eu, _____, nascido (a) em ____/____/____, portador do RG _____ (Órgão Expedidor _____), residente _____ à

_____ no. _____ Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, que eu li e entendi as informações acima citadas e concordo em Participar da Pesquisa "O efeito do controle do biofilme supragengival e da combinação do controle do biofilme supra e subgengival na saúde periodontal de pacientes participantes de um programa de manutenção periodontal preventiva - Um ensaio clínico randomizado" .

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do voluntário _____

Assinatura do pesquisador _____

ANEXO C - Entrevista

Dados pessoais

Nome: _____ Identidade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Telefone: (____) _____

Sexo: F M Data de Nascimento: ___/___/19___ Qual é a sua idade hoje? _____ anos

A sua raça ou cor é: Branca Negra Parda/Mulata Amarela Indígena

Você é: solteiro Casado/Vivendo com alguém Divorciado Viúvo Outro _____

Você é alfabetizado: Sim Não Você estudou até: _____

Hábitos de Higiene Bucal

Com qual frequência você escova seus dentes: _____

Você divide a escova de dente com outras pessoas? Sim Não

O que você usa, frequentemente, para limpar entre os dentes? Nada Fio dental Palito
 Escova interdental
 Outro _____

Se sim, com qual frequência? _____

Você usa algum produto para bochecho? Não Cepacol Listerine Plax
 Outro _____

Se sim, com qual frequência? _____

Alguma vez alguém te ensinou a escovar os dentes? ninguém familiar professora
 dentista
 outro _____

Quando foi a última vez que você visitou um dentista? meses anos não lembra nunca

Você tem ido ao dentista nos últimos 5 anos? quando tem dor, um dente quebrado ou outra urgência tem ido regularmente para fazer manutenção De quanto em quanto tempo? _____
 não tem ido

Percepção das condições bucais e atitudes

Nos últimos 12 meses, você teve:

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Mau hálito, mau cheiro ou gosto ruim na boca				
Dor de dente				
Dentes frouxos				
Apertamento dental (ranger dentes)				
Sensação de boca seca				
Dor enquanto escova os dentes				
Feridas nas gengivas				
Sangramento nas gengivas				

Você acha que seus dentes da frente mudaram de posição com o passar dos anos? Sim Não

O que você faz quando sua gengiva sangra? não sangra nada/continua escovando normalmente evita tocar onde sangra escova com menos força/frequência escova com mais força/frequência
 outra _____

Conhecimento

Você considera que sabe muito pouco muito pouco nada sobre doença da gengiva?

Em sua opinião, uma pessoa com _____ está com doença da gengiva?

	Sim	Não	Não sei
dor na gengiva			
inchaço na gengiva			
sangramento da gengiva			
dente móvel ou frouxo			

Em sua opinião, _____ pode causar doença da gengiva?

	Sim	Não	Não sei
escovar os dentes de forma incorreta			
mais de uma pessoa usar a mesma escova			
fumar cigarros			
tártaro nos dentes			
herdar a doença dos pais			
possuir dentes mal posicionados ou tortos			
bactérias e germes			

Fatores

comportamentais

Você fuma atualmente? Não

Sim --> Quanto cigarros por dia? _____ Há quantos anos? _____

Você fumou anteriormente? Não

Sim ----> Quantos cigarros por dia? _____ Por quantos anos? _____

Quanto tempo faz que você parou de fumar? _____

Você toma chimarrão? frequentemente às vezes raramente nunca

Você ingere bebidas alcoólicas? frequentemente às vezes raramente nunca

Se sim: Qual tipo? cerveja vinho cachaça outros _____

Quantas doses/copos você, em geral, ingere por semana? _____

Fatores psicossociais

Nos últimos 3 anos você teve:

	Sim	Não	Não sei
um problema sério de saúde?			
um problema sério de saúde na sua família?			
morte de um membro próximo da família?			
algum outro problema que tenha afetado você emocionalmente de forma muito séria?			

Em

relação a seu presente trabalho:

Quantas horas por semana você trabalha? __ horas desempregado aposentado/estudante/do Lar

Você esteve desempregado por mais de 3 meses nos últimos 3 anos? sim não

Se esteve, por quanto tempo? _____ meses

Você acha que os ganhos mensais da sua família: não são suficientes para pagar as contas

apenas suficientes para pagar as contas

suficientes para pagas as contas e economizar

Você considera a qualidade da sua vida: muito ruim ruim razoável boa muito boa

Nível socioeconômico

Quanto você recebe por mês: _____

Quantas _____ você possui?

	Não tem	1	2	3	4 ou mais
TVs coloridas					
Rádios					

Banheiros					
Automóveis					
Empregadas (pagas mensalmente)					
Aspiradores de pó					
Máquinas de lavar roupa					
Dvds/Videocassetes					
Refrigeradores					
Freezer (considerar refrigerador duplex)					

Quantas pessoas você sustenta economicamente? ___ pessoas (além de você e pessoas c/ renda própria)

Quantas pessoas moram com você? ___ pessoas (além de você mesmo)

História médica

Você tem:

	Sim	Não	Não sei
Diabetes?			
Asma, alergia a alimento, pó, etc?			
Infecções respiratórias recorrentes (3 ou + por ano)?			
Doença cardíaca ou arterial?			
Artrite reumatoide?			

Outro

problema de saúde? _____

Você está usando alguma medicação? () Não () Sim

Qual? _____

Para participantes mulheres,

Você está na menopausa? () Não () Sim --->

Você está realizando reposição hormonal? () Não () Sim

Crenças

Em sua opinião ___ é ___ para se ter uma boca saudável.

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Sem importância
escovar os dentes regularmente				
usa palitos de dente e/ou fio dental				
evitar dividir escovas de dente				
evitar fumar cigarros				
evitar o uso excessivo de açúcar				
visitar regularmente o dentista				
usar pasta de dentes com flúor				

Hereditariedade

Alguns dos seus pais têm ou tinham:

	Sim	Não	Não sei
diabetes?			
asma, alergia a alimentos, pó, etc?			
infecções respiratórias repetidas (3 ou + por ano)?			
doença cardíaca ou arterial?			
doença de gengiva?			

ANEXO D - Questionário OHIP-14

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

1 – Você teve problemas para falar alguma palavra?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

2 – Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

3 – Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

4 – Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

5 – Você ficou preocupada?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

6 – Você se sentiu estressada?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

7 – Sua alimentação ficou prejudicada?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

8 – Você teve que parar suas refeições?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

9 – Você encontrou dificuldade para relaxar?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

10 – Você se sentiu envergonhada?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

11 – Você ficou irritada com outras pessoas?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

12 – Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

13 – Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

14 – Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?

nunca () raramente () às vezes () repetidamente () sempre ()

