



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Influência da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes, com base no
“General Oral Health Assessment Index” (GOHAI)*

Estudo Clínico

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Por

António Alberto Garrett da Costa Reis de Araújo

Setembro 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

*Influência da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes, com base no
“General Oral Health Assessment Index” (GOHAI)*

Estudo Clínico

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
Para a obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária*

Orientador: Professor Doutor Jorge Leitão

Coorientador: Mestre Nuno Malta Santos

Por

António Alberto Garrett da Costa Reis de Araújo

Setembro de 2012

**Aos meus avós Margarida e Joaquim,
que desempenharam um papel fundamental
na minha formação pessoal, eterna saudade**

**Aos meus Pais e Irmãos,
e à minha tia Isabel
por todo o apoio que me têm dado**

**À minha namorada Daniela
por todo o apoio que me tem
dado ao longo destes anos**

Aos meus amigos

AGRADECIMENTOS

Queria em primeiro lugar agradecer ao meu orientador, o Professor Doutor Jorge Leitão, e também ao meu coorientador, o Mestre Nuno Malta Santos pela ajuda na realização deste trabalho, queria também agradecer ao Dr. Tiago Marques e ao Dr. Filipe Araújo por todo o apoio que me deram na angariação de artigos sem os quais não seria possível este trabalho. Queria também agradecer ao Dr. Nélio Veiga que deu uma ajuda fundamental na análise dos dados recolhidos.

Um agradecimento também aos colegas e amigos, Honorato Vidal, Filipe Simões, Frederico Cardoso e Marcelo Rua por todos os momentos que vivemos juntos ao longo do curso, muito importantes para que tudo tenha corrido da melhor forma culminando com este trabalho.

Queria também agradecer à minha amiga e binómia Catarina Fernandes, que tem trabalhado comigo ao longo destes anos.

Queria ainda agradecer aos restantes colegas e amigos que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este trabalho fosse possível.

Resumo

O presente trabalho aborda o tema Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO) de indivíduos diagnosticados com doença periodontal. Objetivo: Avaliação da qualidade de vida destes indivíduos que frequentam as consultas de Medicina Dentária da Universidade Católica e ainda averiguar se a fase higiénica do tratamento periodontal contribuiu ou não na melhoria dessa qualidade de vida.

Metodologia: Um total de 50 indivíduos referenciados pela primeira vez para o departamento de Periodontologia da Universidade Católica Portuguesa, entre 16 de Abril de 2012 e 7 de Maio de 2012, diagnosticados com doença periodontal, exceto nas formas mais leves da mesma (gingivite leve induzida por placa e gingivite moderada induzida por placa), completaram o questionário GOHAI (General Oral Health Assessment Index), antes de qualquer intervenção por parte do médico dentista e novamente 6 semanas após os pacientes terem sido submetidos à fase higiénica do tratamento periodontal.

Resultados: Não foram registadas diferenças estatisticamente significativas entre a média do questionário GOHAI obtida antes da fase higiénica do tratamento periodontal (me= 17,7) e a média do questionário GOHAI obtida depois da fase higiénica (me= 17,9).

O tipo de doença periodontal diagnosticada aos pacientes, envolvidos neste estudo foi relacionado com os resultados do índice GOHAI ($p=0,029$). A média do índice GOHAI foi cada vez mais elevada à medida que a gravidade da doença periodontal diagnosticada aumenta, assim, a periodontite agressiva apresentou a média de resultados mais elevada (me=22,5), seguida pela periodontite crónica avançada (me=20,2), pela periodontite crónica moderada (me=18,9), pela periodontite crónica leve (me=15,2) e por fim pela gingivite avançada induzida por placa (me=13,3).

Quanto às variáveis sociodemográficas, género e idade, não foram registadas diferenças estatisticamente significativas entre as médias do questionário GOHAI obtidas pelos géneros masculino e feminino, e também entre as médias do questionário GOHAI obtidas pelos diferentes grupos etários.

Palavras-chave: higiene oral, saúde oral e qualidade de vida, doença periodontal.

Abstract

This work aims to approach the Oral Health Related Quality of Life (OHRQL) of individuals diagnosed with periodontal disease. Objective: Evaluate the OHRQL of those individuals, who attend the consultations of Dental Medicine at Universidade Católica, as well as to understand if the hygienic phase of the periodontal treatment influences the quality of life of those patients.

Methods: A total of 50 individuals referred for the first time to the Periodontology department of, Universidade Católica, between the 16th of April 2012 and 7th of May 2012, diagnosed with periodontal disease, except the lighter forms of it (plaque induced light gingivitis and plaque induced moderate gingivitis), completed the GOHAI questionnaire (General Oral Health Assessment Index), before any intervention by the dentist and once again 6 weeks after the patients were submitted to the hygienic phase of the periodontal treatment.

Results: No statistically significant differences could be found between the average of the GOHAI questionnaire registered before the hygienic phase of the periodontal treatment (17,7) and the average of the GOHAI questionnaire registered after the hygienic phase (17,9).

The type of periodontal disease that was diagnosed to the patients, involved in this study was related with the results obtained in the GOHAI ($p=0,029$). It was concluded that the average of the results of the GOHAI was as higher as the severity of the periodontal disease that was diagnosed increased, thus aggressive periodontitis obtained the highest (22,5), followed by advanced chronic periodontitis (20,2), by moderated chronic periodontitis (18,9), by light chronic periodontitis (15,2), and finally by advanced chronic gingivitis (13,3).

As for the socio-demographic variables, gender and age, no statistically significant differences could be found between the averages of the GOHAI questionnaire registered by both male and female genders and by the different age groups.

Key words: Oral hygiene, oral health related quality of life, periodontal disease.

ÍNDICE

1. Introdução	1
1.1 Saúde	1
1.2 Saúde oral	3
1.3 Saúde geral e saúde oral	5
1.4 Qualidade de vida	9
1.5 Qualidade de Vida relacionada com Saúde	11
1.6 Qualidade de Vida relacionada com Doença.....	13
1.7 Importância da avaliação da Qualidade de Vida	15
1.8 A doença periodontal e a qualidade de vida	17
2. Objetivos	21
3. Material e Métodos	23
3.1 Tipo de Estudo.....	23
3.2 Amostra	23
3.2.1 Critérios de inclusão:.....	23
3.2.2 Critérios de exclusão:	23
3.3 Procedimento	24
3.3.1 Aplicação GOHAI antes do tratamento	24
3.3.2 Aplicação GOHAI depois do tratamento	24
3.4 Variáveis em Estudo	25
3.5 Análise de Dados	26
4. Resultados	27
4.1 Análise descritiva da amostra	27

4.1.1	Caracterização sociodemográfica da amostra	27
4.2	Avaliação da qualidade de vida relacionada com a doença periodontal	29
4.2.1	Índice GOHAI	29
4.3	Avaliação da influência da fase higiénica do tratamento periodontal na avaliação da qualidade de vida	32
4.4	Relação entre a avaliação qualidade de vida relacionada com a doença periodontal e as características sociodemográficas	35
4.4.1	Idade	35
4.4.2	Género	36
5.	Discussão	37
5.1	Avaliação da qualidade de vida relacionada com a doença periodontal	37
5.2	Influência da fase higiénica do tratamento periodontal na qualidade de vida dos pacientes	39
5.3	Relação entre a avaliação da qualidade de vida relacionada com a doença periodontal e as características sociodemográficas	43
5.3.1	Idade	43
5.3.2	Género	44
6.	Conclusão.....	45
7.	Considerações Finais	47
8.	Referências Bibliográficas	49
9.	Anexos	53
9.1	Índice de Tabelas	53
9.2	Índice de Figuras	54
9.3	Índice de Gráficos.....	55
9.4	Questionário GOHAI.....	56
9.5	Consentimento Informado	57

1. Introdução

1.1 Saúde

O conceito de saúde é um conceito intrínseco à natureza humana. O termo Saúde tem a sua origem na palavra em latim “sanitas”, que se refere à integridade anatómica e funcional dos organismos. Desde os primórdios da civilização humana até aos dias que correm, este termo tem vindo a sofrer inúmeras alterações na sua definição, tendo a definição de Saúde sofrido um avanço positivo significativo. Deste modo, o termo Saúde, não significa apenas ausência de doença, mas também o sentimento de bem-estar físico, mental e social, englobando sensações positivas como, sentir-se em boa forma física, ter energia, ter uma alimentação adequada, relações sociais positivas, etc. Assim sendo é definida pela Organização Mundial de Saúde⁽¹⁾, como sendo “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente na ausência de uma doença ou enfermidade”, ou seja, este conceito de Saúde é definido por fatores psicológicos, comportamentais, sociais e fisiológicos⁽¹⁾. Esta evolução evidente no conceito de saúde constituiu um progresso significativo no plano prático, uma vez que, possibilitou o aparecimento de políticas sanitárias mais eficazes. A saúde passa a ser vista como algo alcançável, que pode ser promovido e aperfeiçoado, a partir de uma dialética entre o paciente e o médico. Pode-se dizer então, que Saúde é determinada por um conjunto de fatores tais como hábitos diários da pessoa, influências da comunidade e da sociedade em que o indivíduo se insere, idade, hereditariedade, sexo, condições habitacionais e de trabalho, bem como as condições socio económicas, culturais e ambientais⁽²⁾. O conceito de bem-estar está popularmente relacionado com o conceito de Saúde, podendo, à partida, significar um sentimento subjetivo do sentir-se bem, não apresentar qualquer queixa, nem sofrimento somático ou psicológico, nem ter consciência de qualquer lesão física ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social⁽³⁾. No entanto, estudos referentes à autoavaliação do estado de Saúde evidenciam que as avaliações feitas pelas pessoas sobre o seu próprio estado de saúde vão para além da simples avaliação somática. Isto é, as avaliações pessoais do estado de saúde representam uma avaliação global da qualidade de vida e bem-estar que apesar de não ignorarem a dimensão física incluem também a dimensão psicológica e social

1.2 Saúde oral

Saúde Oral definida pela OMS (Organização Mundial de Saúde, 2007), como sendo a ausência de cancro da cavidade oral, de dor crónica da face e da boca, de defeitos congénitos como, por exemplo, o lábio, ou fenda palatina, de doença periodontal, a não existência de perda de dentes nem de outros problemas que afetem a cavidade oral. Esta definição apesar de completa representa apenas um estado de saúde oral ideal. A realidade é, no entanto, que a maioria das pessoas, ao longo da sua vida, irá sofrer de qualquer problema de saúde oral. Não obstante, o grande desenvolvimento da medicina dentária, o estilo de vida e os hábitos alimentares praticados atualmente pela generalidade das pessoas, (alimentação feita essencialmente de açúcares e gorduras, hábitos tabágicos, bem como o consumo de álcool) conduzem, inevitavelmente, ao aparecimento de problemas de saúde oral em algum momento da vida de uma pessoa. Problemas esses que poderão afetar o funcionamento normal do indivíduo. Um dos modelos mais utilizados na avaliação da saúde oral é o modelo conceptual de Locker (1988)⁽⁴⁾. Este modelo defende que, os problemas que afetam a saúde oral das pessoas podem levar a sete possíveis consequências, tais como, deterioração das condições orais, limitação funcional, dor ou desconforto, incapacidade tanto física, como psicológica e social e inferioridade em relação a outras pessoas⁽⁵⁾, tentando assim capturar todos os resultados funcionais e psicossociais que possam ser desencadeados por problemas de saúde oral⁽⁴⁾. Assim sendo, a deterioração, como por exemplo, a perda de dentes poderá levar a limitação funcional como dificuldade em mastigar bem como a sensação de dor ou desconforto (autorrelatos de sintomas físicos e psicológicos). Estas dificuldades podem por sua vez, levar a determinado grau de deficiência, através de incapacidade de realizar as atividades diárias, por exemplo, alimentação inadequada, levando também a “inferioridade” expressando-se através de isolamento social. Acima de tudo, o modelo de Locker trata-se de uma tentativa de compreensão das doenças orais e as consequências por estas provocadas, tanto a nível físico como psicológico e social⁽⁵⁾. Verifica-se assim, que os mais variados problemas de saúde oral que afetam a População, podem com as suas particularidades revelar-se um enorme fardo e acarretar variadas consequências negativas.

1.3 Saúde geral e saúde oral

Tendo em conta que a saúde de um indivíduo se refere a todos os parâmetros do ser humano (físico, psicológico e social), a existência de uma saúde oral pobre pode ser suficiente para que se possa afirmar que um indivíduo não é saudável⁽⁶⁾. Isto é, a saúde oral é parte integrante da saúde de um indivíduo, tendo um contributo bastante significativo na qualidade de vida da pessoa, qualidade essa que pode estar diminuída, na presença de uma saúde oral pobre, no entanto, a saúde oral não tem feito parte da avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, sendo inclusivamente avaliada de forma independente⁽⁷⁻⁹⁾. A “World Oral Health Report 2003” dá particular ênfase ao fardo a que correspondem os problemas de saúde oral e os principais mecanismos para o controlo dos mesmos, bem como para a promoção da saúde no século XXI, focando-se particularmente na relação entre a saúde oral, e a saúde geral do indivíduo, afirmando não só, que a saúde oral é parte integrante e indispensável da saúde geral, mas também um facto determinante na qualidade de vida, concluindo que a saúde oral e a saúde geral estão fortemente associadas^(7,10). Os principais problemas de saúde oral, a cárie dentária, doenças periodontais, cancro oral, afetam de forma mais proeminente as pessoas idosas e têm um grande impacto na qualidade de vida, limitando muitas vezes o dia-a-dia dos mais idosos, afetando até as tarefas mais básicas, como a alimentação e até as relações interpessoais.

Deste modo, certas condições de saúde oral têm sido associadas a doenças crónicas, sendo que as relações entre saúde geral, saúde oral e qualidade vida, se tornam cada vez mais pronunciadas com o avançar da idade, não só pelo facto de com o passar dos anos as pessoas se tornarem mais suscetíveis a certas doenças, mas principalmente pelos efeitos cumulativos das doenças crónicas, cujos sintomas se vão agravando à medida que o tempo passa como é o caso da doença periodontal, por exemplo^(7,11,12).

As associações entre SG e SO são descritas no quadro seguinte:

Saúde Geral	Saúde Oral
Doenças neurológicas como demência e doença de Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> • Níveis elevados de cáries • Perda de dentes • Doenças periodontais/negligência na higiene oral • Dor • Dificuldades em mastigar • Baixa funcionalidade das próteses dentárias.
Dificuldades visuais	<ul style="list-style-type: none"> • Cáries dentárias • Sangramento gengival • Capacidade reduzida para manter saúde oral.
Xerostomia relacionada com doenças sistémicas, radiações na cabeça e pescoço, ou medicação regular	<ul style="list-style-type: none"> • Cáries dentárias • Incapacidade para mastigar engolir e falar.
Nutrição desadequada	<ul style="list-style-type: none"> • Doença periodontal • Perda de dentes • Higiene oral pobre • Dificuldade para mastigar e engolir • Alterações do paladar • Xerostomia • Dor • Cancro oral
Perda de peso	<ul style="list-style-type: none"> • Edentulismo
Diabetes mellitus (tipo 1 e 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Doença periodontal severa

Tabela 1: Associações entre Saúde Geral e Saúde Oral ⁽⁷⁾

Como se pôde constatar, o conceito de Saúde engloba todos os aspetos do ser humano, tanto físico, psicológico como social, sendo que a saúde oral desempenha um papel

importante para a saúde da pessoa, pelo que deve ser igualmente considerada e melhorada quando se questiona a qualidade de vida das pessoas^(8,13).

1.4 Qualidade de vida

De um modo geral, os profissionais de saúde questionam-se, acerca da situação clínica dos seus pacientes, o prognóstico e inevitavelmente sobre a sua qualidade de vida, quer durante o período de reabilitação, quer após esse mesmo período, no qual importa avaliar o estado de recuperação física e emocional do doente, o seu grau de satisfação e as possíveis limitações que possam surgir no futuro dificultando o seu desempenho na vida quotidiana. ⁽¹⁴⁾

A sensação de bem-estar está, portanto intimamente relacionada, com o grau de satisfação das necessidades humanas básicas, o que leva a que muitas vezes não haja concordância entre o médico e o paciente no que concerne ao seu estado clínico, e esta incompatibilidade de opiniões é perfeitamente plausível, pelo elevado caráter de subjetividade da sensação de bem-estar, que difere de pessoa para pessoa. ⁽¹⁵⁾

Por todos estes motivos, torna-se bem patente a dificuldade extrema em que consiste a avaliação da qualidade de vida de cada indivíduo, que pode ser descrita como uma sensação de bem-estar e satisfação, que compreende uma apreciação positiva, única e pessoal e, como tal, subjetiva das necessidades humanas básicas.

Estas necessidades foram classificadas e divididas, por MASLOW (1963) em primárias e secundárias. (Fig.1)⁽¹⁶⁾



Figura 1: Pirâmide de Maslow

Assim as necessidades primárias, ou fisiológicas, correspondem às necessidades básicas, que são indispensáveis à vida e à perpetuação da espécie, enquanto, que as necessidades secundárias correspondem, as necessidades que têm mais a ver com a autorrealização, são necessidades psicológicas e estão relacionadas, maioritariamente, com o processo de socialização e das funções intelectuais superiores. Deste modo, se as necessidades primárias (básicas) não forem satisfeitas é impossível satisfazer as de nível mais elevado (secundárias).

Analisando a pirâmide, as necessidades fisiológicas (1º nível), compreendem a necessidade de alimento, ar, água, repouso, evitar a dor, desejo sexual, as necessidades de segurança (2º nível), compreendem a necessidade de estabilidade, segurança, proteção e estabilidade familiar, as necessidades sociais (3º nível) compreendem a necessidade de amor, aceitação pessoal, pertença, proximidade, procura de afeto e aprovação, as necessidades de estima (4º nível) compreendem as necessidades de exploração, compreensão, conhecimento, e finalmente as necessidades de autorrealização (5º nível) compreendem as necessidades de concretização das potencialidades individuais, como a solução de problemas, moralidade, criatividade.^(16,17)

O contexto cultural de cada indivíduo desempenha também uma grande influência, tanto na forma como cada um satisfaz as necessidades primárias quer inclusive na natureza das necessidades secundárias.

No entanto a qualidade de vida não pode ser apenas definida, com base na satisfação ou não destas necessidades, nem pelo grau de dependência do indivíduo na satisfação das mesmas, mas sim pela apreciação que cada pessoa faz da satisfação destas necessidades. Isto é, o importante não é o que a pessoa faz, mas sim, o modo como essa mesma pessoa se sente por o ter feito.

A qualidade de vida difere tanto quantitativamente como qualitativamente, de pessoa para pessoa, podendo inclusivamente na mesma pessoa alterar-se ao longo do tempo, isto deve-se ao facto de cada pessoa ser fruto de uma herança biológica, cultural e psicológica, ou seja, cada um tem experiências de vida diferentes, o que contribui para que as necessidades de cada um sejam bastante distintas.⁽¹⁷⁾

A subjetividade é, portanto, a característica fundamental que caracteriza este conceito.

1.5 Qualidade de Vida relacionada com Saúde

A definição de saúde preconizada pela organização mundial de saúde é uma definição de carácter abrangente, uma vez que compreende o domínio físico, psicológico e social do ser humano. Surgindo mais como um ideal para o qual se deve tender do que como uma realidade para a maioria ou mesmo totalidade das pessoas. ⁽¹⁸⁾

Os parâmetros que definem a qualidade de vida e as suas inter-relações foram estudados por autores que não fazem parte da área da saúde, em estudos dirigidos à população saudável. Sendo posteriormente desenvolvidas parcerias, com autores da área da saúde, de modo a generalizar o conceito em contextos médicos, intitulando-se qualidade de vida relacionada com a saúde ou dependente dela. ⁽¹⁵⁾

No entanto, há autores que defendem que o conceito de qualidade de vida é mais abrangente do que a própria definição de saúde, sendo esta um dos parâmetros que contribuem para a medição da qualidade de vida. ^(15,19)

É através deste raciocínio que se defende uma relação um pouco diferente entre estes conceitos, afirmando que a qualidade de vida é o objetivo, transformando a saúde no objeto de intervenção. Isto é, intervindo sobre a saúde promove-se uma melhoria da qualidade de vida. A saúde passa assim a ser entendida, como um recurso pessoal para o dia-a-dia. ⁽¹⁵⁾

Regressando à problemática inicial, se haverá uma relação entre a qualidade de vida e a saúde, podemos de facto afirmar que sim, uma vez que quanto melhor for a saúde melhor será a qualidade de vida, no entanto há situações em que nem sempre se verifica isto, havendo pessoas com doenças graves que se sentem felizes por viver e que têm uma boa qualidade de vida, facto este que não se deve há existência de uma esperança de cura, mas sim, porque a doença se tornou suportável, havendo um domínio das suas consequências, assim como é possível constatar o contrário, ou seja, pessoas saudáveis que não se sentem tão felizes por viver, não tendo por este motivo uma boa qualidade de vida. ⁽¹⁸⁾

O poder do pensamento positivo e otimista pode permitir às pessoas com patologias que à partida seriam limitadoras da qualidade de vida, suportar a dor e ultrapassar obstáculos difíceis da vida, alcançando deste modo felicidade e alegria em viver. ⁽¹⁸⁾

Sendo cada pessoa, um ser único, com características individuais específicas e adequadas à sua própria realidade, torna-se perceptível que o significado de qualidade de vida adquira características semelhantes, ou seja, o que é qualidade de vida para uns

poderá não ser para outros, é cada um que define o que é qualidade de vida para si, para uns está a saúde acima de tudo, para outros, fatores económicos ou estéticos desempenham papel fundamental independentemente que haja saúde ou não.⁽²⁰⁾

1.6 Qualidade de Vida relacionada com Doença

Quando um indivíduo é confrontado com uma doença, o seu percurso sofre alterações significativas, que são passíveis de prejudicar a qualidade de vida do sujeito, uma vez que poderão interferir no seu bem-estar e na satisfação das necessidades nos vários níveis da pirâmide de Maslow. O modo como cada doença afeta o funcionamento normal do indivíduo é à semelhança da perceção que cada um tem da qualidade de vida, específica e está relacionada com a interação entre o indivíduo e a doença, isto é, pela forma como interage com este acontecimento. ^(21,22)

Esta interação depende por sua vez da história pessoal de cada indivíduo e pela forma como interage com este acontecimento. As alterações ao bem-estar que poderão surgir com a doença dependem não só da natureza da mesma, se é aguda ou crónica, se é curável ou incurável, mas também pelo tipo de tratamento necessário e pelas limitações presentes ou futuras que acarreta. ⁽¹⁷⁾

A interação que cada pessoa desenvolve com a doença, é semelhante à interação que desenvolveria numa outra situação de crise ou de mudança súbita na sua vida, implicando todo um processo adaptativo de modo a reencontrar o bem-estar e o equilíbrio perdido. ⁽²³⁾

Isto é, numa situação normal, o indivíduo vive segundo um determinado modo de vida, que apesar de não ser estático, tem um padrão que é mantido através do equilíbrio entre variados fatores, funcionando como um mecanismo homeostático, ou seja, com um nível médio de regularização, assim, qualquer desvio da linha média desencadeia forças em sentido contrário que visam repor esse mesmo equilíbrio. ⁽²³⁾

Durante esta fase de doença, em que há um forte impacto emocional, vai haver alterações no padrão normal pelo qual o indivíduo se rege, como consequência do confronto com uma situação que provoca alterações ao seu funcionamento anterior, verificando-se assim uma alteração ao equilíbrio prévio. Este equilíbrio é readquirido através de ajustes rápidos e simples em função das alterações sofridas. Os mecanismos que são utilizados para restabelecer o equilíbrio perdido, são normalmente mecanismos já experimentados anteriormente em situações semelhantes. ⁽²³⁾

Nesta interação com a doença, podem existir duas realidades distintas:

A primeira, em que apesar da doença, a pessoa sente que foi um acontecimento positivo, que promoveu uma alteração à sua filosofia de vida, que é normalmente traduzida em expressões do tipo, “aprendi a dar valor à vida” ou “há males que vêm por bem”. Este tipo de expressões revela que o novo equilíbrio que foi atingido, é melhor do que o anterior, ou seja, há uma melhor satisfação das necessidades e conseqüentemente uma qualidade de vida melhorada.

A segunda realidade apresenta um cenário oposto, em que o desfecho da doença é negativo. O paciente sente que houve uma perda significativa da qualidade de vida devido à doença, podendo esta ser real ou aparente, surgindo neste caso expressões como “nunca mais serei o mesmo” ou “está tudo perdido”, desenvolvendo barreiras mentais, prejudiciais para o seu bem-estar, perpetuando deste modo a má experiência por que passaram. Nesta situação, verifica-se que a doença originou novos focos de tensão e de conflito que perturbam o bem-estar da pessoa e condicionam negativamente a sua qualidade de vida.^(17,23)

1.7 Importância da avaliação da Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida tem-se vindo a tornar ao longo dos anos, numa preocupação universal de tal forma que hoje em dia, faz parte da linguagem comum de especialistas e leigos e de gente culta e inculta. Apesar de ser um tema do interesse de todos, conserva uma subjetividade inerente ao valor ou ao sentido que cada um lhe atribui, variando de contexto para contexto. ⁽¹⁵⁾

A avaliação da qualidade de vida desempenha um papel cada vez mais importante nos estudos clínicos, através da análise do modo como funciona um indivíduo, em toda a sua rotina e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar. Sendo grande parte desta apreciação da exclusiva responsabilidade do paciente automaticamente se percebe a sua subjetividade.

Surgiram assim nos anos 70, os primeiros estudos com o objetivo de tornar esta avaliação mais objetiva, estudos esses que culminaram na elaboração dos primeiros questionários, que ao longo dos anos se foram tornando mais rigorosos, permitindo avaliar a qualidade de vida com maior exatidão.

Na área de Medicina Dentária foram estruturados, validados e publicados vários indicadores da qualidade de vida relacionada com a saúde oral, anteriormente conhecidos como indicadores sócio dentários⁽²⁴⁻²⁶⁾. As escalas de qualidade de vida devem abranger três grandes áreas, em que cada uma engloba vários itens: ^(17,27,28)

- Capacidade funcional – englobaria componentes como a capacidade de realizar as atividades diárias, a sua independência, atividade laboral.
- Sintoma – dor ou desconforto que possa sentir, medicação e efeitos secundários.
- Perceção do doente – sobre o seu bem-estar, a perceção do seu próprio estado de saúde, satisfação com a sua vida, ansiedade ou depressão que possa sentir, medo e incertezas relativamente ao futuro.

Pretende-se assim que o índice seja válido, contínuo, reprodutível e simples de ser utilizado, de modo a facilitar a estimativa da prevalência das doenças orais e permitir o melhor custo benefício da aplicação de medidas para a melhorar a saúde oral das populações⁽²⁹⁾. Além disso, pode proporcionar um conhecimento do impacto psicossocial das doenças orais⁽²⁸⁾.

O impacto da saúde oral relacionada com o bem-estar geral do indivíduo, e com a sua qualidade de vida passa a ser mais abordado na década de 90, com a introdução de índices com este objetivo. Estes podem ser unidimensionais, em que a Auto percepção de saúde oral é obtida através de uma única pergunta, sendo pouco satisfatórios por subvalorizarem conceitos complexos. Já os multidimensionais, têm sido amplamente desenvolvidos e aplicados por serem mais amplos e completos, permitindo assim uma maior precisão e validade⁽³⁰⁾⁽³¹⁾.

1.8 A doença periodontal e a qualidade de vida

A doença periodontal é uma das patologias com maior prevalência em todo o mundo, e apesar de termos assistido ao longo dos anos, a uma melhoria significativa na compreensão da patogénese da doença, assim como, da sua prevenção e tratamento, estes avanços não têm sido acompanhados por uma redução significativa da sua prevalência e severidade^(32,33).

A sua etiologia e patogénese envolvem uma complexa interação entre fatores bacterianos, genéticos e ambientais, e a sua ocorrência é normalmente imprevisível⁽³²⁻³⁴⁾. Foi documentada recentemente a possível interação existente entre a doença periodontal, e patologias de índole sistémica, surgindo no topo da lista, doenças como a doença cardiovascular, e diabetes^(12,32). Pacientes diagnosticados com diabetes têm maior probabilidade de sofrer de doença periodontal, sendo que a falta de controlo da situação periodontal, poderá agravar seriamente as condições sistémicas destes indivíduos, por outro lado, pacientes com doença periodontal, têm uma maior probabilidade de desenvolverem problemas cardiovasculares⁽¹²⁾. Fatores de risco ambientais surgem igualmente associados à doença periodontal, como o tabagismo e distúrbios psicossociais representados principalmente pelo stress^(12,32).

Doenças crónicas como esta podem ter um grande impacto na vida diária de uma pessoa, apesar de os sintomas não serem sempre perceptíveis pela maioria dos pacientes^(35,36).

Este impacto é normalmente determinado, por parâmetros clínicos, como profundidade de sondagem e nível de inserção. No entanto a doença periodontal, através de todo o seu processo inflamatório e destruição do periodonto, produz toda uma variedade de sintomas, tais como, inflamação, sangramento espontâneo ou na escovagem, perda de dentes afetados, e halitose persistente os quais podem ter grande impacto no dia-a-dia do paciente, com grave prejuízo para a sua qualidade de vida^(11,37-39).

É necessário portanto uma maior compreensão das consequências da doença periodontal, para que seja possível direcionar o plano de tratamento, de acordo com as necessidades e principais preocupações do paciente sendo igualmente importante avaliar o tratamento de acordo com a perspetiva do paciente enaltecendo a importância do tratamento periodontal para a sociedade^(40,41). Há por isso um crescente consenso entre os médicos dentistas, de que as perceções dos pacientes são cada vez mais importantes, no processo de tomada de decisão clínica⁽³²⁾.

Podemos facilmente constatar, numa consulta de rotina, que não existe uma relação muito próxima entre a avaliação da saúde oral feita por um clínico e essa mesma avaliação feita pelo paciente, ou seja, a perspetiva dos pacientes sobre a sua própria saúde oral não fica bem patente no exame clínico, assim para se obter um verdadeiro entendimento sobre as condições periodontais de um individuo é necessário conjugar estas duas perspetivas, facto que se tornou possível através de um estudo que relaciona a saúde oral com a qualidade de vida o “assessment of oral health related quality of life (OHRQoL)”, que permite captar o ponto de vista do paciente sobre a doença periodontal, que juntamente com a perspetiva clínica contribui para uma melhor perceção sobre a mesma^(34-36,41).

As consequências da doença periodontal não são apenas físicas, mas também sociais e psicológicas⁽³²⁾, é uma doença que pode limitar bastante a qualidade de vida de um grande número de pessoas em todo o mundo, podendo afetar vários aspetos desde, a função oral, a aparência ou até mesmo as relações interpessoais. Torna-se então necessário obter cada vez mais informação no que diz respeito à influência da doença periodontal na qualidade de vida, sendo importante determinar qual a perceção que o paciente tem sobre as suas próprias necessidades no que concerne à saúde oral, para que seja possível fazer um plano de tratamento que vise atenuar os efeitos desta doença, no dia-a-dia dos pacientes^(11,32). Têm surgido inúmeros questionários centrados em determinar o impacto que esta doença tem sobre a componente física, social e psicológica⁽³⁸⁾. No entanto estes questionários servem apenas como mero complemento dos procedimentos clínicos de avaliação da saúde oral, servindo essencialmente para melhorar a comunicação entre pacientes e médicos, bem como providenciar uma melhor compreensão das consequências que esta enfermidade tem na vida diária das pessoas⁽⁴¹⁻⁴³⁾.

O impacto das doenças periodontais na qualidade de vida tem sido relegado para segundo plano, comparando com outras doenças igualmente comuns da cavidade oral⁽⁴⁴⁾, no entanto é necessário obter o ponto de vista individual de cada paciente de modo a que seja possível a avaliação e planeamento de uma política de intervenção pública no que diz respeito à saúde oral. Para além de isso este tipo de informação pode ser usado para demonstrar o peso que a doença periodontal representa para o bem-estar das populações, e exigir assim, uma melhoria dos recursos e acesso aos serviços de saúde oral^(40,44).

Todas estas questões escapam normalmente ao exame clínico em consultas de rotina, apenas um estudo como este, em que é apresentado um questionário aos pacientes especificamente direcionado para este tipo de situações, é que permite avaliar o impacto real que a doença periodontal tem no dia-a-dia dos pacientes permitindo direcionar a terapêutica de modo a pelo menos controlar estes sintomas que podem contribuir para a diminuição da qualidade de vida das pessoas afetadas por esta patologia^(36,37,45).

A percepção que os pacientes têm do tratamento periodontal inicial (fase higiênica) é também muito importante para o sucesso da terapia periodontal no seu todo, uma vez, que é esta percepção que vai determinar a sua motivação para o resto do tratamento. Pela sua experiência muitos clínicos se apercebem que a satisfação do paciente tanto a nível estético como funcional, nem sempre é alcançada com a fase higiênica, sendo indispensável garantir que o paciente, apesar de poder sentir que não houve nenhum efeito ou até mesmo que a sua situação piorou, continue motivado para completar o tratamento periodontal para que no final do mesmo possa ver a sua situação efetivamente melhorada.

O que se pretende com este trabalho para além de tentar perceber o efeito que a doença periodontal tem na avaliação da qualidade de vida dos pacientes que dela padecem, é precisamente determinar a perspetiva real com que os pacientes ficam depois da fase higiênica do tratamento periodontal, para que o médico dentista possa estar preparado para exercer o papel de “psicólogo” desde a primeira consulta explicando que é um tratamento que exige paciência e motivação para que se obtenha os melhores resultados.

2. Objetivos

Este trabalho aborda o tema da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral (QVRSO), em indivíduos com doença periodontal, e tem como principal objetivo, a avaliação da QVRSO, com base no “General Oral Health Assessment Index” (GOHAI), destes indivíduos que frequentam as consultas de medicina dentária da Universidade Católica Portuguesa, bem como, avaliar a influência da fase higiénica do tratamento periodontal na avaliação da qualidade de vida dos mesmos.

Os objetivos estão divididos em duas etapas:

Na primeira etapa pretende-se:

Avaliar a influência que a doença periodontal desempenha na avaliação da qualidade de vida dos pacientes.

Numa segunda etapa pretende-se:

Avaliar a influência da fase higiénica do tratamento periodontal na avaliação da qualidade de vida dos pacientes.

Com base nestes objetivos a que nos propomos, foram formuladas duas questões principais, que servem como ponto de partida para este estudo:

- Há relação entre a doença periodontal e a avaliação da qualidade de vida dos pacientes?
- Há influência da fase higiénica do tratamento periodontal na avaliação da qualidade de vida dos pacientes?

3. Material e Métodos

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo é um estudo longitudinal/transversal, com recolha de dados antes e depois da fase higiénica do tratamento periodontal.

3.2 Amostra

Foi selecionada uma amostra de conveniência constituída por 50 pacientes diagnosticados com doença periodontal, excetuando as formas mais leves da mesma, gengivite leve induzida por placa e gengivite moderada induzida por placa, referenciados pela primeira vez para a área de Periodontologia da clínica universitária da Universidade Católica Portuguesa Centro Regional das Beiras, durante o período compreendido entre 16 de Abril de 2012 e 7 de Maio de 2012.

3.2.1 Critérios de inclusão:

Pacientes com doença periodontal severa.

3.2.2 Critérios de exclusão:

Pacientes sem doença periodontal, pacientes com gengivites induzidas por placa leves e moderadas.

3.3 Procedimento

3.3.1 Aplicação GOHAI antes do tratamento

Foi feita a aplicação do GOHAI (general oral health assessment index) (anexo 1), um questionário de doze itens, cujo formato de resposta é do tipo escala de Lickert com três níveis de resposta nunca (1), por vezes (2) e sempre (3), as respostas foram no final somadas produzindo o resultado final, sendo que 12 será o melhor resultado possível e 36o pior resultado possível. As questões do índice GOHAI envolvem a análise de informações proporcionadas pelos próprios indivíduos quanto à influência dos seus problemas de saúde oral nas dimensões: a) física/funcional: incluindo alimentação, fala e deglutição; b) psicossocial/psicológica, compreendendo preocupação ou cuidado com a própria saúde oral, insatisfação com a aparência, auto consciência em relação à saúde oral e o facto de evitar contactos sociais devido a problemas de índole dentária e c) dor/desconforto: considerando o uso de medicamentos para aliviar essas sensações, desde que provenientes da boca. Foi utilizada a versão portuguesa deste questionário, que foi traduzida e validada pelo teste do coeficiente α de Cronbach, que avalia a consistência e a homogeneidade entre as perguntas, para ser aplicado à população brasileira (Silva, 1999). Esta versão já foi utilizada noutros estudos (Silva e Fernandes 2001; Silva, Sousa e Wada 2005). Uma vez que a diferença na linguística entre Portugal e o Brasil não impede o entendimento das questões, a QVRSO foi avaliada utilizando uma pequena alteração gramatical à versão brasileira do índice GOHAI para o português de Portugal. O questionário foi aplicado sob a forma de entrevista. O questionário foi aplicado numa primeira fase, antes de qualquer intervenção por parte do médico dentista, na primeira consulta de cada paciente.

3.3.2 Aplicação GOHAI depois do tratamento

Foi feita uma nova aplicação do GOHAI, seis semanas após a fase higiénica do tratamento periodontal.

3.4 Variáveis em Estudo

Para operacionalizar este estudo, e dar resposta às questões principais do mesmo, foram selecionadas as seguintes variáveis:

Variável dependente:

- A influência da doença periodontal na avaliação da qualidade de vida dos pacientes.

Variáveis independentes:

Variáveis Sociodemográficas:

- Género
- Idade

Variável clínica:

- Diagnóstico da doença periodontal

3.5 Análise de Dados

Foram somadas todas as respostas dos pacientes ao questionário GOHAI e formulado o resultado final sobre a influência da doença periodontal na sua qualidade de vida, bem como a influência que a fase higiênica do tratamento periodontal desempenhou ou não na melhoria da mesma.

Para caracterizar a amostra foram calculadas as distribuições de frequências de todas as variáveis em estudo, com a apresentação de tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados.

Foram ainda relacionados os valores do índice GOHAI, obtidos antes do tratamento, com as variáveis sociodemográficas (gênero e idade) e ainda com a variável clínica (diagnóstico da doença periodontal), com o intuito de verificar se os resultados obtidos no questionário são influenciados ou não por estas variáveis.

A análise apresentada foi elaborada com base no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ® versão 20.0.

Em todos os testes de hipóteses aplicados, o nível de significância utilizado foi de 5% [$\alpha = 0,05$], isto é, o valor da probabilidade fixado como limite mínimo a partir do qual se adota a hipótese nula, este valor foi calculado através do teste estatístico não paramétrico do Chi-quadrado por simulação de Monte Carlo.

4. Resultados

4.1 Análise descritiva da amostra

4.1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra é constituída por 50 indivíduos, sendo 25 do género feminino (50%) e 25 do masculino (50%) (tabela 2).

	Género	
	n	%
Masculino	25	50%
Feminino	25	50%
Total	50	100%

n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos

Tabela 2: Distribuição por género

A média de idades foi de 49,5 anos, com um desvio padrão de 11,5 anos, tendo o indivíduo mais novo 27 anos de idade e o mais velho 72 anos de idade (tabela 3).

Idade (anos)	Género				Total	
	Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
<40	6	24	4	16	10	20
40 a 49	6	24	8	32	14	28
50 a 59	8	32	6	24	14	28
60 a 69	5	20	6	24	11	22
≥ 70	0	0	1	4	1	2
Total	25	100	25	100	50	100

n - número de indivíduos / **%** - Percentagem de indivíduos

Tabela 3: Distribuição por género e idade

4.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada com a doença periodontal

4.2.1 Índice GOHAI

Foi calculado o índice GOHAI para cada indivíduo. Os valores registados com maior frequência (16%) foram o 13 e o 16.

De uma forma geral a média do índice GOHAI foi baixa (17,7) (gráfico 1).

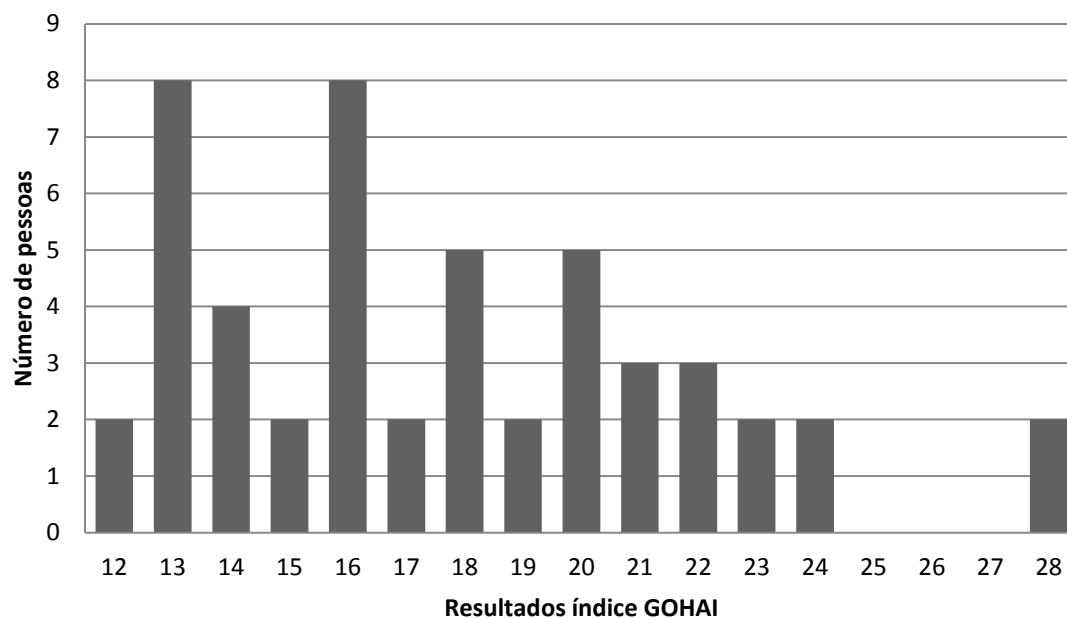


Gráfico 1: Índice GOHAI

O índice GOHAI foi ainda analisado, segundo as subcategorias que o constituem, limitações funcionais, dor e desconforto, impacto psicológico e impacto comportamental, sendo calculada a média dos resultados obtidos em cada uma das categorias. Os resultados obtidos evidenciam uma maior influência da doença periodontal na categoria, dor e desconforto, sendo aquela que revela uma média de resultados superior às médias das outras categorias, a categoria que revelou uma média de resultados mais baixa foi a do impacto comportamental (gráfico 2).

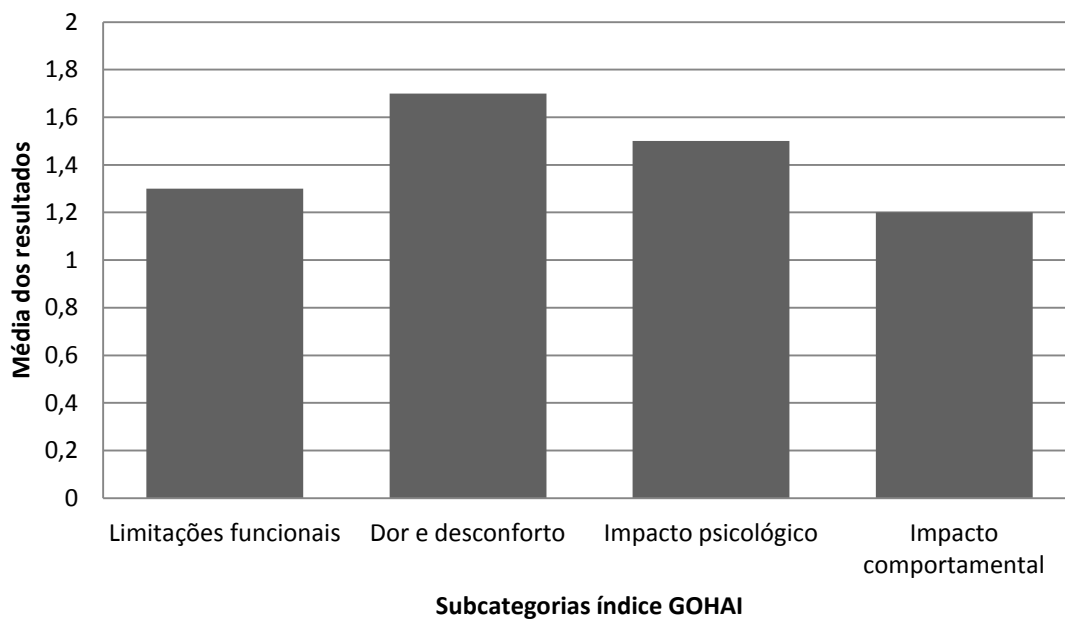


Gráfico 2: Subcategorias do índice GOHAI

Os resultados obtidos pelos pacientes foram comparados com o tipo de doença periodontal diagnosticada, de modo, a tentar estabelecer uma relação entre um pior resultado e um pior diagnóstico. Registaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0,029$), entre as médias de resultados do índice GOHAI registadas para os diferentes diagnósticos obtidos neste estudo, evidenciando uma média do índice GOHAI cada vez mais elevada à medida que a gravidade da doença periodontal diagnosticada aumenta (tabela 4).

Diagnóstico	n	%	Média (GOHAI)	p
Gengivite avançada	3	6	13,3	0,029
Periodontite crónica leve	18	36	15,2	
Periodontite crónica moderada	17	34	18,9	
Periodontite crónica avançada	10	20	20,2	
Periodontite agressiva	2	4	22,5	

n - número de indivíduos / **%** - Percentagem de indivíduos / **p** - Nível de significância

Tabela 4: Relação entre o tipo de diagnóstico da doença periodontal e o índice GOHAI

4.3 Avaliação da influência da fase higiênica do tratamento periodontal na avaliação da qualidade de vida

Foram calculados os resultados totais obtidos pelos pacientes no índice GOHAI, antes e depois do tratamento, estes resultados variaram entre 12 e 28, antes do tratamento e entre 12 e 27 depois do tratamento, a média dos resultados foi, no entanto, ligeiramente superior depois do tratamento 17,9, enquanto, que antes do tratamento foi de 17,7 (tabela 5).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
GOHAI Antes	12	28	17,7	4,0
GOHAI Depois	12	27	17,9	3,7

Tabela 5: Resultados totais antes e depois da fase higiênica do tratamento periodontal

Foi também contabilizada a percentagem de indivíduos, que responderam “por vezes” ou “sempre” em cada uma das perguntas que compõem o índice GOAHAI, antes e depois de estes terem sido submetidos à fase higiénica do tratamento periodontal, não se verificando diferenças significativas entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, a percentagem de pacientes que responderam, “por vezes” ou “sempre” antes do tratamento, variou entre 18% e 82% enquanto na segunda aplicação as percentagens variaram entre 4% e 86%, sendo que a pergunta que se revelou mais problemática foi a questão 12 (Sentiu os seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou aos doces) com as percentagens mais elevadas, quer antes quer depois do tratamento (tabela 6).

GOHAI	ANTES TRATAMENTO (%)	DEPOIS TRATAMENTO (%)
LIMITAÇÕES FUNCIONAIS		
4) Impedido de falar	24	50
2) Problemas em mastigar certos alimentos	38	28
3) Desconfortável a engolir	18	4
DÔR E DESCONFORTO		
5) Desconfortável a comer	52	56
8) Usou medicação para aliviar dor	56	38
12) Dentes ou gengivas sensíveis ao frio/calor	82	86
IMPACTO PSICOLÓGICO		
7) Descontente com aparência dentes ou gengivas	50	70
9) Nervoso com problemas orais	46	54
10) Preocupado com problemas orais	60	58
11) Desconfortável a comer em frente a outras pessoas	18	18
IMPACTO COMPORTAMENTAL		
1) Limitou tipo ou quantidade de alimentos	24	44
6) Limitou contacto com outras pessoas	20	12

Tabela 6: Percentagem de respostas “por vezes” ou “sempre” antes e depois do tratamento

4.4 Relação entre a avaliação qualidade de vida relacionada com a doença periodontal e as características sociodemográficas

4.4.1 Idade

A média dos resultados obtidos pelos indivíduos com idade até aos 69 anos, foi semelhante, resultando em médias do índice GOHAI entre 17 e 18,5 aproximadamente, o grupo etário que registou uma média mais elevada foi o grupo compreendido entre os 40 e os 49 anos.

No restante grupo etário os indivíduos com mais de 70 anos apresentaram uma média ligeiramente inferior (16), ainda que muito próxima da dos restantes grupos etários. Apesar desta observação, a diferença da distribuição dos vários grupos etários não foi estatisticamente significativa ($p=0,059$) (Tabela 7).

Idade (anos)	n	%	Media (GOHAI)	p
<40	10	20	18,1	0,059
40 a 49	14	28	18,4	
50 a 59	14	28	16,9	
60 a 69	11	22	17,4	
>70	1	2	16	

n - número de indivíduos / % - Percentagem de indivíduos / p - Nível de significância

Tabela 7: Relação entre o índice GOHAI e a idade

4.4.2 G nero

Quando se compararam os valores do  ndice GOHAI entre g neros verificou-se que as mulheres (17,9) apresentaram um valor mais elevado do que os homens (17,4). No entanto, a diferença não foi considerada estatisticamente significativa ($p=0,201$). (Tabela 8)

G�nero	n	%	Média (GOHAI)	p
Feminino	25	50	17,9	0,201
Masculino	25	50	17,4	

n - número de indivíduos / **%** - Percentagem de indivíduos / **p** - Nível de significância

Tabela 8: Rela o entre o g nero e o  ndice GOHAI

5. Discussão

5.1 Avaliação da qualidade de vida relacionada com a doença periodontal

A média do questionário GOHAI foi relativamente baixa, 17,7, uma vez que, o resultado podia variar entre um mínimo possível de 12 e um máximo de 36, concluindo-se, portanto, que houve uma boa avaliação da qualidade de vida relacionada com a doença periodontal, assim a doença periodontal não prejudicou de forma evidente a avaliação da qualidade de vida por parte da amostra selecionada. Das subcategorias que compõem o índice GOHAI, a que registou a média de resultados mais elevada foi a categoria que engloba o desconforto durante a mastigação, a sensibilidade dentária e gengival, “dor e desconforto”, ou seja, é aquela que mais afeta a qualidade de vida da amostra selecionada, seguida da categoria “impacto psicológico”, que engloba perguntas sobre as repercussões psicológicas e o modo como as pessoas lidam com a doença oral. Estes resultados verificados neste estudo são coincidentes com os resultados observados por Ohrn e Jönsson (2011), que para uma amostra de 42 pacientes com doença periodontal obtiveram uma média do questionário GOHAI de 12,2, sendo que neste estudo os resultados possíveis variavam entre 0 e 48, pois os autores acrescentaram mais níveis de resposta ao questionário⁽³⁶⁾.

Foi também testada a relação entre o tipo de doença periodontal e a qualidade de vida, com o intuito de verificar se piores resultados do índice GOHAI correspondem a piores diagnósticos de doença periodontal. Foram obtidos resultados estatisticamente significativos, com um nível de significância de 0,0229, logo $p < 0,05$, evidenciando que à medida que o diagnóstico da doença periodontal se torna mais grave, a média dos resultados do índice GOHAI registada, para os indivíduos diagnosticados com essa patologia é mais elevada, assim, a média dos resultados do índice GOHAI obtida por todos os indivíduos diagnosticados com gengivite avançada induzida por placa (diagnóstico menos grave registado) foi a mais baixa de todas (13,3) enquanto, que a média do índice GOHAI registada para os indivíduos diagnosticados com periodontite agressiva (diagnóstico mais grave registado) foi a mais elevada (22,5), quanto às outras patologias registadas, verificou-se o mesmo, isto é, a patologia mais grave obteve

sempre uma média de resultados mais elevada do que a patologia menos grave, pelo que, a periodontite crónica leve obteve uma média de 15,2, superior à gengivite avançada (13,3), mas inferior à periodontite crónica moderada que obteve uma média de 18,9, que por sua vez foi inferior à média registada para a periodontite crónica avançada com uma média de 20,2.

Uma vez que todo o processo inflamatório e de destruição do periodonto que normalmente acompanha a doença periodontal, se torna mais grave e acentuado à medida que a severidade da doença periodontal progride, é natural que a qualidade de vida relacionada com a saúde oral dos indivíduos que padecem desta patologia seja pior à medida que a doença se agrava, e os resultados obtidos neste estudo comprovam exatamente isso.

Estes resultados obtidos neste estudo estão de acordo com os resultados obtidos por Bernabé e Marcenes (2010), Araújo e Gusmão (2010), que afirmaram que o impacto da doença periodontal na qualidade de vida relacionada com a saúde oral está diretamente relacionado com a sua severidade^(44,46).

5.2 Influência da fase higiênica do tratamento periodontal na qualidade de vida dos pacientes

Os resultados totais do índice GOHAI, obtidos antes e depois do tratamento foram muito semelhantes, a média de resultados antes de qualquer tratamento foi de 17,7 enquanto, que 6 semanas após os pacientes terem sido submetidos à fase higiênica do tratamento periodontal, a média foi ligeiramente superior (17,9), sendo que os resultados variaram entre 12 (mínimo possível) e 28 antes do tratamento, e entre 12 e 27 depois do tratamento. Este ligeiro aumento após o tratamento pode ser explicado por um aumento da inflamação e da sensibilidade dentária devido à destartarização, podendo as 6 semanas apenas passadas entre a primeira aplicação do questionário e a segunda não terem sido suficientes para a completa cicatrização do periodonto, no entanto, não houve diferenças significativas entre os resultados obtidos antes e depois do tratamento.

Estes resultados contradizem alguns autores como Saito et al., 2010, Pereira et al., 2011, Saito et al., 2011, Wonget al., 2012 que registaram melhoria na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, após a fase higiênica do tratamento periodontal, ainda que a segunda aplicação do questionário fosse feita após um período mais longo do que as 6 semanas neste estudo^(37,47,48).

No entanto os autores, Ohrn e Jönsson (2011), Aslund et al. (2008), não registaram diferenças entre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, antes e depois da fase higiênica do tratamento periodontal, estando de acordo com os resultados obtidos neste estudo^(36,49).

Foi ainda contabilizada a percentagem de indivíduos, que responderam “por vezes” ou “sempre” em cada uma das perguntas que compõem o índice GOAHAI, antes e depois de estes terem sido submetidos à fase higiénica do tratamento periodontal, não se verificando diferenças significativas entre a primeira e a segunda aplicação do questionário, a percentagem de pacientes que responderam, “por vezes” ou “sempre” antes do tratamento, variou entre 18% e 82% enquanto na segunda aplicação as percentagens variaram entre 4% e 86%, a pergunta que se revelou mais problemática foi a pergunta 12 (Sentiu os seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou aos doces), com percentagens de respostas “por vezes” ou “sempre” de 82% antes do tratamento e de 86% depois do tratamento, estes resultados elevados a esta pergunta, podem ser explicados devido à inflamação do periodonto provocada pela doença periodontal e aos fenómenos de retração gengival que normalmente acompanham essa inflamação expondo assim zonas radiculares que são apenas recobertas por cimento, muito menos mineralizado do que o esmalte ou a dentina levando assim a uma sensibilidade aumentada, quanto ao ligeiro aumento da percentagem de respostas “por vezes” ou “sempre” depois da fase higiénica do tratamento periodontal, pode ser explicado pela remoção dos cálculos que recobrem superfícies radiculares expostas devido a retração gengival ou ainda pelo próprio processo de remoção dos cálculos quer seja de forma mecânica ou manual (curetagem), que é um pouco invasivo, deixando os tecidos um pouco mais sensibilizados nas semanas imediatamente após o tratamento, enquanto não ocorre a cicatrização completa do periodonto e, por conseguinte uma estabilização da situação periodontal.

Estes resultados são coincidentes com os resultados verificados por, Ohrn e Jönsson (2011), que fizeram exatamente a mesma comparação, obtendo percentagens de respostas “por vezes” ou “sempre” entre 9,8% e 73,2% antes da fase higiénica, e entre 7,1% e 71,4% depois da mesma, no entanto no estudo de Ohrn e Jönsson (2011), a pergunta 12 não foi a que se revelou mais problemática, apesar de terem sido obtidos resultados igualmente elevados antes (39,1%) e depois (40,6%) do tratamento, verificando-se também um ligeiro aumento após a fase higiénica, na segunda aplicação do GOHAI, a pergunta que se revelou mais problemática foi, no entanto a pergunta 9 (Já se sentiu nervoso ou Auto--consciente sobre problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?), com resultados de 73,2% antes do tratamento e 71,4% depois do tratamento, enquanto, que os resultados obtidos neste estudo para esta questão, variaram

entre 46% e 54% antes e depois do tratamento respetivamente, que apesar de serem valores altos não são tão altos como aqueles obtidos por Ohrn e Jönsson (2011).

Quanto às outras questões do índice GOHAI, na pergunta 1 (Limitou o tipo e/ou quantidade de alimento que come por causa de problemas com seus dentes ou gengivas), os resultados verificados neste estudo variaram entre 24% antes da fase higiénica, e 44% depois, que quando comparados com os resultados de Ohrn e Jönsson (2011), 19,6% antes e 26,1% depois do tratamento se verifica que apesar de não serem totalmente coincidentes, uma vez que, são mais elevados, regista-se igualmente um aumento entre a primeira aplicação do questionário e a segunda, este tipo de aumento nesta questão pode ser explicado pelas instruções do médico dentista aquando da primeira consulta, tomando o paciente mais consciência sobre que tipo de alimentação se adequa melhor à sua situação oral. Na pergunta 2 (Teve dificuldade em morder ou mastigar certos alimentos como carne firme ou maçãs), os resultados obtidos variaram entre 38% e 28%, antes e depois da fase higiénica respetivamente, enquanto, que no estudo de Ohrn e Jönsson (2011), se verificou igualmente um decréscimo entre os valores obtidos para esta pergunta antes do tratamento e os valores obtidos depois, sendo os valores muito semelhantes aos verificados neste estudo, 34,2% antes e 28,6% depois do tratamento. Para a pergunta 3 (Alguma vez sentiu desconforto ao engolir?), os valores neste estudo variaram entre 18% antes e 4% depois do tratamento, foram os valores mais baixos registados tanto antes como depois do tratamento, no estudo de Ohrn e Jönsson (2011), verificou-se igualmente um decréscimo entre o primeiro e o segundo questionário, verificando-se, no entanto percentagens mais elevadas tanto antes como depois do tratamento, 31,6% antes e 21,5% depois. Os valores obtidos na pergunta 4 (Alguma vez sentiu que problemas relacionados com os seus dentes ou gengivas o impediram de falar como gostaria?) variaram entre 24% e 50% antes e depois do tratamento respetivamente, no estudo de Ohrn e Jönsson (2011) apesar das percentagens obtidas serem significativamente mais baixas, 9,8% antes e 21,4% depois, verificou-se o mesmo tipo de aumento para os valores obtidos depois do tratamento, em ambos os estudos passaram para pouco mais do dobro. Na pergunta 5 (Alguma vez se sentiu desconfortável enquanto comia?) os valores obtidos neste estudo variaram entre 52% antes do tratamento e 56% depois, enquanto o estudo de Ohrn e Jönsson (2011), registou valores mais baixos, mas com um maior aumento entre a percentagem obtida antes da fase higiénica e aquela que foi obtida depois, 17,1% antes e 28,6% depois. A

pergunta 6 (Evitou contacto com outras pessoas por causa das condições dos seus dentes e/ou gengivas) registou valores de 20% antes da fase higiénica e 12% depois, no estudo de Ohrn e Jönsson (2011), os valores obtidos foram semelhantes também com uma diminuição depois da fase higiénica do tratamento periodontal, 12,2% antes da fase higiénica e 7,1% depois. Na pergunta 7 (Sente-se descontente com a aparência dos seus dentes e/ou gengivas), os valores obtidos neste estudo variaram entre 50% antes de qualquer tratamento periodontal e 70% depois da fase higiénica, enquanto os valores obtidos no estudo de Ohrn e Jönsson (2011) variaram entre 36,5% antes do tratamento e 50% depois, apesar de ter obtido percentagens inferiores às obtidas neste estudo, registou-se do mesmo modo um aumento depois da fase higiénica do tratamento periodontal. Na pergunta 8 (Precisou de usar medicamentos para aliviar a dor ou desconforto relacionados com a sua boca) foram registados valores de 56% na primeira aplicação do GOHAI e 38% na segunda, enquanto, que os resultados obtidos no estudo de Ohrn e Jönsson (2011), foram significativamente mais baixos, 17,1% antes do tratamento e 11,9% depois, apesar de se ter verificado igualmente um decréscimo entre os valores obtidos antes de qualquer tratamento e os valores obtidos depois da fase higiénica. Os resultados registados por este estudo na pergunta 10 (Sentiu-se preocupado ou aborrecido com problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas) variaram de 60% antes e 58% depois do tratamento, o estudo de Ohrn e Jönsson (2011) registou valores um pouco inferiores, também com uma ligeira diminuição após a fase higiénica do tratamento periodontal, 41,4% antes da fase higiénica e 38,1% depois. Por fim a pergunta 11 (Sentiu-se desconfortável a comer em frente a outras pessoas por causa de problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?) neste estudo obteve percentagens de respostas “por vezes” e “sempre” iguais antes e depois da fase higiénica (18%), resultados muito semelhantes aos obtidos por Ohrn e Jönsson (2011), que registou percentagens de 17,1% antes da fase higiénica e 16,7% depois⁽³⁶⁾.

5.3 Relação entre a avaliação da qualidade de vida relacionada com a doença periodontal e as características sociodemográficas

5.3.1 Idade

Relativamente à variável idade na amostra selecionada, verificou-se que o grupo etário que apresentou uma média do índice GOHAI mais elevada, foi o grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos, com uma média de 18,4, uma média muito próxima do grupo etário mais jovem (<40), que obteve a segunda média do índice GOHAI mais elevada (18,1), assim, neste estudo foram os indivíduos mais jovens a apresentar uma menor qualidade de vida relacionada com a saúde oral, com médias do índice GOHAI mais elevadas, verificando-se uma diminuição das médias do índice GOHAI nos restantes grupos etários com idade mais avançada, sendo mesmo o grupo etário com idade mais elevada (>70), aquele que apresentou melhores resultados do índice GOHAI com uma média de 16 indicando uma melhor qualidade de vida relacionada com a saúde oral. No entanto, constatou-se a existência de uma correlação estatisticamente não significativa em que o nível de significância é de 0,059, logo $p > 0,05$, o que leva à rejeição da hipótese formulada. Ainda que não estatisticamente significativos, os resultados deste estudo podem ser justificados por uma maior preocupação dos indivíduos mais novos com a sua saúde nomeadamente a sua saúde oral, normalmente têm maiores preocupações estéticas e funcionais, enquanto, que as pessoas mais idosas dão menor importância a estas questões, normalmente têm problemas mais graves de índole sistémica com que se preocupar, em termos funcionais não têm tantas necessidades e as questões estéticas já não fazem parte das preocupações.

Os resultados obtidos contradizem alguns autores, que concluíram serem os mais novos, a apresentar níveis mais favoráveis de qualidade de vida relacionada com a saúde oral, Tubert-Jeannin et al. (2003) e Atchison e Dolan, (1990)^(28,50).

Por outro lado os resultados obtidos neste estudo estão de acordo com resultados obtidos por Reisine e Bailit, 1980, John et al., 2003 e Locker e Slade, 1993, que demonstraram que os indivíduos mais idosos foram os que revelaram uma percepção mais positiva da sua saúde oral⁽⁵¹⁻⁵³⁾.

5.3.2 G nero

Quanto   rela o entre o g nero e a qualidade de vida relacionada com a saúde oral, os resultados obtidos neste estudo, revelaram uma grande proximidade entre as médias do  ndice GOHAI de ambos os g neros, sendo que a média obtida pelas mulheres (17,9) foi ligeiramente superior   obtida pelos homens (17,4). No entanto, não houve uma correla o estatisticamente significativa, uma vez que o nível de significância foi de 0,201, logo $p > 0,05$ o que leva à rejei o da hipótese formulada. Estes resultados são confirmados pelos obtidos por Tubert- Jeannin et al. (2003) utilizando o mesmo  ndice GOHAI, ao contrário dos obtidos por Atchison e Dolan (1990), que constataram haver uma correla o positiva entre o g nero masculino e níveis mais altos de GOHAI⁽²⁸⁾⁽⁵⁰⁾.

6. Conclusão

A partir dos resultados obtidos no estudo, e face aos objetivos colocados podem-se tirar as seguintes conclusões:

- 1- Concluiu-se que a gravidade da doença periodontal teve influência na qualidade de vida dos indivíduos que participaram no estudo. Foram obtidos resultados estatisticamente significativos, com nível de significância 0,029, logo $p < 0,05$, na relação entre o diagnóstico da doença periodontal e a qualidade de vida, assim um pior diagnóstico da doença periodontal corresponde, a piores resultados do índice GOHAI, sendo a média mais baixa registada, correspondente aos indivíduos com diagnóstico menos grave (gingivite avançada induzida por placa), e a média mais alta correspondente aos indivíduos com diagnóstico mais grave (periodontite agressiva), quanto aos diagnósticos intermédios verifica-se a mesma relação, quanto mais grave o diagnóstico mais elevados são os resultados do índice GOHAI.
- 2- Concluiu-se que a fase higiénica do tratamento periodontal não teve influência na qualidade de vida dos indivíduos que participaram neste estudo. Não foram registadas diferenças significativas entre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral avaliada antes e depois do tratamento, tendo sido registada uma média do questionário GOHAI de 17,7 antes da fase higiénica e 17,9 depois.

7. Considerações Finais

A principal limitação deste estudo foi o facto do número de indivíduos da amostra seleccionada ser inferior, àquele que permitiria uma generalização das conclusões à população estudada. Deste modo o tamanho reduzido da amostra, podem ter limitado os resultados deste estudo. Assim, os indivíduos que compõem a amostra poderão não representar o universo da população estudada.

Também o facto de o tempo decorrido entre a primeira aplicação do questionário e a segunda, 6 semanas após a fase higiénica do tratamento periodontal, pode ter limitado os resultados deste estudo, seria talvez necessário um tempo maior para que ocorresse a correta cicatrização, no entanto com o pouco tempo disponível, não seria possível uma amostra maior do que a usada nem um tempo superior ao utilizado.

Sugere-se assim no futuro a realização de estudos sobre este tema, recorrendo a uma amostra de maior volume, representativa da população em estudo.

É importante determinar o real impacto da doença periodontal na qualidade de vida relacionada com a saúde oral, de modo, a promover o bem-estar das populações, e exigir assim, uma melhoria dos recursos e acesso aos serviços de saúde oral.

8. Referências Bibliográficas

1. Ogden J. Psicologia da saúde. 2nd ed. Climepsi Editores; 2004.
2. Trindade, I. & Teixeira JA. Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários. 2^a ed. Climepsi Editores; 2007.
3. Junior LS. Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*. 2004;15–6.
4. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2003;8:1–8.
5. Baker SR. Testing a Conceptual Model of Oral Health: a Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Dental Research*. 2007;86:708–12.
6. Vargas, C. M., Kramarow, E. A. & Yellowitz JA. The Oral health of Older Americans. *Aging Trends*. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics. 2001;
7. Peterson, P. E. & Ueda H. Oral Health in Ageing Societies: Integration of oral health and general health. World Health Organization, Geneva: WHO. 2006;
8. Benyamini, Y, Leventhal, H. & Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Social Science & Medicine*. 2004;59:1109–16.
9. Atchison, K. A. & Gift HC. Perceived Oral Health in a Diverse Sample. *Advances in Dental Research*. 1997;11:272–80.
10. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003 WHO Global Oral Health Programme. 2003;
11. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community dentistry and oral epidemiology* [Internet]. 2004 May;32(2):107–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15061859>
12. Hujoel PP, Drangsholt M, Spiekerman C, Derouen TA, Page P. Periodontal Disease and Coronary Heart Disease Risk. *Public Health*. 2000;284(11):1406–10.
13. Atchison, K.A., Der – Martirosian, C., Gift H. Components of Self-reported Oral Health and General Health in Racial and Ethnic Groups. *Journal of Public Health Dentistry*. 1998;58:301– 308.
14. Seidl, E. M. & Zannon CM. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:580–8.
15. Ribeiro J. Psicologia e saúde. 1^a ed. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 1998.

16. Monteiro, M., Santos M. Factores de Desenvolvimento, Psicologia. Porto Editora; 1998.
17. Pereira F. Qualidade de Vida do doente após EAM. Escola Superior de Enfermagem do São João, Porto; 1997.
18. Couvreur C. A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI. Loures, Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda.; 2001.
19. Minayo, M. C., Hartz, Z. M. & Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Colectiva*. 2000;5:7–18.
20. Pagani, T. C. & Junior CR. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde. *Revista de Ciências Biológicas*. 2006;32–7.
21. Kressin, N.R., Reisine, S., Spiro III, A., Jones JA. Is negative affectivity associated with oral quality of life? *Community Dental Oral Epidemiology*. 2001;29, pp. 412– 423.
22. Kressin, N.R., Atchison, K.A., Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. *Journal of Public Health Dentistry*. 1997;57:224–32.
23. Kaplan G. Princípios na Psiquiatria Preventiva. Zahor Editores, editor. Rio de Janeiro; 1980.
24. Kay E LD. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent Health*. 1998;15:32–44.
25. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S S-CS. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31:75–84.
26. Okullo I, Astrøm AN HO. Influence of perceived provider performance on satisfaction with oral health care among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004;32:47–55.
27. Velasco, J., Barrio V. Validacion de un nuevo questionário para evaluar la calidad de vida en pacientes pós-infarto. *Revista Espanhola de cardiologia*. 46.
28. Atchison KA DT. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990;680–7.
29. Slade GD, Locker D, Leake JL, Wu AS DG. The oral health status and treatment needs of adults aged 65+ living independently in Ottawa-Carleton. *Can J Public Health*. 1990;81(2):114–9.
30. Leake JL, Locker D, Price SA, Schabas RE CI. Results of the socio-dental survey of people aged 50 and older living in East York, Ontario. *Can J Public Health*. 1990;81:120–4.
31. Locker D, Slade GD LJ. The response rate problem in oral health surveys of older adults in Ontario. *Can J Public Health*. 1990;81(3):210–4.

32. Guzeldemir E, Toygar HU, Tasdelen B, Torun D. Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. *Journal of the American Dental Association (1939)* [Internet]. 2009 Oct;140(10):1283–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19797559>
33. Nuttall NM, Steele JG, Pine CM, White D, Pitts NB. The impact of oral health on people in the UK in 1998. *British dental journal* [Internet]. 2001 Mar 10;190(3):121–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11236915>
34. Einarson S, Gerdin EW, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. *Acta odontologica Scandinavica* [Internet]. 2009 Jan [cited 2011 Oct 31];67(2):85–93. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19140052>
35. Buhlin K, Gustafsson A, Andersson K, Håkansson J, Klinge B. Validity and limitations of self-reported periodontal health. *Community dentistry and oral epidemiology* [Internet]. 2002 Dec;30(6):431–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12453114>
36. Ohrn K JB. B Jo 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*. 2011;1–6.
37. Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M, Akamatsu M, Fukaya C, Matsumoto S, et al. Effect of initial periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis in Japan. *Journal of periodontology* [Internet]. 2010 Jul [cited 2011 Oct 31];81(7):1001–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20214442>
38. Liu L-J, Xiao W, He Q-B, Jiang W-W. Generic and oral quality of life is affected by oral mucosal diseases. *BMC oral health* [Internet]. 2012 Jan 7 [cited 2012 Jan 21];12(1):2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22225834>
39. Ozcelik O, Haytac MC, Seydaoglu G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *Journal of clinical periodontology* [Internet]. 2007 Oct [cited 2011 Jul 31];34(9):788–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17716314>
40. Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of clinical periodontology* [Internet]. 2004 Jul [cited 2011 Aug 31];31(6):454–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15142215>
41. Kieffer JM, Verrips E, Hoogstraten J. Model specification in oral health-related quality of life research. *European journal of oral sciences* [Internet]. 2009 Oct;117(5):481–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19758242>
42. Locker D, Allen F. What do measures of “oral health-related quality of life” measure? *Community dentistry and oral epidemiology* [Internet]. 2007 Dec [cited 2011 Oct 31];35(6):401–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18039281>
43. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology* [Internet]. 1997 Aug;25(4):284–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9332805>

44. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *Journal of clinical periodontology* [Internet]. 2010 Nov [cited 2012 Jan 27];37(11):968–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20880054>
45. Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community dentistry and oral epidemiology* [Internet]. 2001 Oct;29(5):373–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11553110>
46. Araújo AC, Gusmão ES, Batista JE CR. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence Int*. 2010;41:111–e118.
47. Pereira LJ, Gazolla CM, Magalhães IB, Ramos-Jorge ML, Marques LS, Gameiro GH, Fonseca DC CP. Treatment of chronic periodontitis and its impact on mastication. *J Periodontol*. 2011;82(2)(2):43–50.
48. Saito A, Ota K, Hosaka Y, Akamatsu M, Hayakawa H, Fukaya C, Ida A, Fujinami K, Sugito H NT. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. *J Clin Periodontol*. 2011;38(12)(11):15–21.
49. Aslund M, Suvan J, Moles DR, D’Aiuto F TM. Effects of two different methods of non-surgical periodontal therapy on patient perception of pain and quality of life: a randomized controlled clinical trial. *J Periodontol*. 2008;79(6):1031–40.
50. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Porcheray S S-CS. Validation of an oral health quality of life index (GOHAI) in France. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003;31(4):75–84.
51. Reisine ST BH. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol*. 1980;14A(6):597–605.
52. John MT, LeResche L, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL MW. Oral health-related quality of life in Germany. *Eur J Oral Sci*. 2003;111(6)(4):83–91.
53. Locker D SG. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Can Dent Assoc*. 1993;59(10):830–3, 837–8, 844.

9. Anexos

9.1 Índice de Tabelas

Tabela 1: Associações entre Saúde Geral e Saúde Oral	6
Tabela 2: Distribuição por género	27
Tabela 3: Distribuição por género e idade	28
Tabela 4: Relação entre o tipo de diagnóstico da doença periodontal e o índice GOHAI	31
Tabela 5: Resultados totais antes e depois da fase higiénica do tratamento periodontal	32
Tabela 6: Percentagem de respostas “por vezes” ou “sempre” antes e depois do tratamento	34
Tabela 7: Relação entre o índice GOHAI e a idade	35
Tabela 8: Relação entre o género e o índice GOHAI	36

9.2 Índice de Figuras

Figura 1: Pirâmide de Maslow.....	9
-----------------------------------	---

9.3 Índice de Gráficos

Gráfico 1: Índice GOHAI.....	29
Gráfico 2: Subcategorias do índice GOHAI.....	30

9.4 Questionário GOHAI

Identificação:

Número de processo:

Diagnóstico:			
GOHAI (General oral health assessment index)	1	2	3
<u>Limitações funcionais</u>			
4) Alguma vez sentiu que problemas relacionados com os seus dentes ou gengivas o impediram de falar como gostaria?			
2) Teve dificuldade em morder ou mastigar certos alimentos como carne firme ou maçãs			
3) Alguma vez sentiu desconforto ao engolir?			
<u>Dor e desconforto</u>			
5) Alguma vez se sentiu desconfortável enquanto comia?			
8) Precisou de usar medicamentos para aliviar a dor ou desconforto relacionados com a sua boca			
12) Sentiu os seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou aos doces			
<u>Impacto psicológico</u>			
7) Sente-se descontente com a aparência dos seus dentes e/ou gengivas			
9) Já se sentiu nervoso ou Auto--consciente sobre problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?			
10) Sentiu-se preocupado ou aborrecido com problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas			
11) Sentiu-se desconfortável a comer em frente a outras pessoas por causa de problemas relacionados com os seus dentes e/ou gengivas?			
<u>Impacto comportamental</u>			
1) Limitou o tipo e/ou quantidade de alimento que come por causa de problemas com seus dentes ou gengivas			
6) Evitou contacto com outras pessoas por causa das condições dos seus dentes e/ou gengivas			
Data da consulta de controlo:			

Instruções de preenchimento:

- 1- Nunca
- 2- Por vezes
- 3- Sempre

9.5 Consentimento Informado

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – PÓLO DE VISEU

CONSENTIMENTO INFORMADO

“A influência da doença periodontal, na qualidade de vida dos pacientes”

Eu, António Alberto Garrett da Costa Reis de Araújo, aluno do 5ºano do Mestrado integrado em Medicina Dentária, venho por este meio comunicar que farei um estudo em pacientes selecionados da consulta do serviço de Medicina Dentária da Clínica Universitária, com o objetivo de obter dados relevantes ao desenvolvimento de uma dissertação de mestrado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, onde será realizado um exame clínico e um questionário.

Os dados recolhidos são estritamente confidenciais e serão exclusivamente utilizados pelos investigadores deste projeto sendo o seu nome codificado.

A participação neste estudo não implicará qualquer encargo para o paciente e não será efetuado nenhum tratamento.

Obrigado pela colaboração

Eu, _____ fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) e autorizo a utilização da informação deste questionário e exame clínico para o estudo estatístico desta investigação.

Estou ciente que esta investigação tem como responsáveis o aluno António Alberto Garrett da Costa Reis de Araújo e o Mestre Nuno Malta Santos.

Viseu, _____ de _____ de 2012

Assinatura do paciente

Assinatura do Aluno

Assinatura do Coorientador
