

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DO *CHRONIC ORAL MUCOSAL DISEASE QUESTIONNAIRE-15* NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Trabalho submetido por
Matilde Gama Pimentel
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Novembro de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

VALIDAÇÃO TRANSCULTURAL DO *CHRONIC ORAL MUCOSAL DISEASE QUESTIONNAIRE-15* NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Trabalho submetido por
Matilde Gama Pimentel
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Mestre Pedro Trancoso

Novembro de 2024

AGRADECIMENTOS

A obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária é o resultado de muita dedicação, trabalho e resiliência, conseguido também graças à ajuda e apoio de todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desta etapa.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer ao meu orientador, Mestre Pedro Trancoso, por todo o apoio, disponibilidade e compreensão. Pela partilha de conhecimento e experiência, profissionalismo e por me transmitir tranquilidade, confiança e, claro, o gosto pela área da cirurgia e patologia oral.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz, a academia que me formou durante todos estes anos e onde cresci como profissional e, principalmente, como pessoa.

Queria agradecer ao Prof. Doutor João Botelho por toda a ajuda na elaboração deste projeto de investigação.

À Clínica Integrada de Medicina Oral Lda. e a toda a equipa que a constitui, por me receberem de braços abertos, pela boa disposição, simpatia e em especial ao Diogo Mano Azul pelo apoio e ajuda em tudo o que precisei.

E por fim, nada seria possível sem o amor e apoio incondicional dos meus pais, Anabela e José, do meu irmão João, cunhada e sobrinhos que sempre estiveram ao meu lado, me motivaram e me deram força e coragem para alcançar os meus objetivos e ambições, sem nunca desistir. Agradecer também a todos os meus amigos e colegas que fizeram parte deste maravilhoso percurso e aos meus avós que, certamente, estarão muito orgulhosos.

Um grande obrigada a todos os que me deram asas para voar.

RESUMO

Objetivo: Este estudo pretende testar a validação transcultural e aplicabilidade do *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15* (COMDQ-15) numa população portuguesa, incentivando o seu uso na prática clínica.

Materiais e métodos: O COMDQ-15 original foi traduzido e adaptado culturalmente tornando-o adequado para a população-alvo. De abril a julho de 2024, a versão portuguesa, complementada com questões demográficas, foi respondida por uma amostra de 55 pacientes com líquen plano oral erosivo da Clínica Integrada de Medicina Oral, Lda., de forma voluntária e anónima, dando o seu consentimento livre e informado. Posteriormente, foi realizada a validação psicométrica do questionário, avaliando a sua confiabilidade através da análise da consistência interna, com recurso ao coeficiente *Alfa de Cronbach*.

Resultados: A amostra total de participantes com líquen plano oral erosivo que preencheram o questionário aplicado é composta por indivíduos com uma idade média de 62,4 anos ($\pm 11,7$) e um predomínio do sexo feminino (69,1%). Deste total cerca de 54,5% são trabalhadores e 10,9% são fumadores ativos, sem predominância de sexo.

A versão portuguesa do COMDQ-15 demonstrou alta confiabilidade, com um valor *Alfa de Cronbach* de 0,910, indicando um excelente nível de consistência interna. Este valor sugere que os itens do questionário estão fortemente correlacionados entre si, de forma estável e consistente, garantindo que todos medem aspetos coerentes do mesmo construto.

Conclusão: A versão portuguesa do COMDQ-15 é um questionário breve, de baixa carga, válido e confiável, com capacidade de fornecer informações sobre a perspetiva dos pacientes com líquen plano oral erosivo relativamente à sua qualidade de vida, numa população portuguesa. A sua baixa carga de resposta facilita a comunicação com os pacientes e simplifica o seu uso na prática clínica diária.

Palavras-chave: Qualidade de vida, COMDQ-15, Patologia inflamatória da mucosa oral

ABSTRACT

Objective: This study aims to test the cross-cultural validation and applicability of the Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15 (COMDQ-15) in a portuguese population, encouraging its use in clinical practice.

Materials and methods: The original COMDQ-15 was translated and culturally adapted, making it suitable for the target population. From April to July 2024, the portuguese version, supplemented with demographic questions, was answered by a sample of 55 patients with erosive oral lichen planus from the Clínica Integrada de Medicina Oral, Lda, voluntarily and anonymously, giving their free and informed consent. The questionnaire was then psychometrically validated, assessing its reliability by analyzing its internal consistency using Cronbach's alpha coefficient.

Results: The total sample of participants with erosive oral lichen planus who completed the questionnaire consisted of individuals with a mean age of 62.4 years (± 11.7) and a predominance of females (69.1%). Of this total, around 54.5% are workers and 10.9% are active smokers, with no gender predominance.

The Portuguese version of the COMDQ-15 showed high reliability, with a Cronbach's alpha value of 0.910, indicating an excellent level of internal consistency. This value suggests that the questionnaire items are strongly correlated with each other in a stable and consistent way, ensuring that they all measure coherent aspects of the same construct.

Conclusion: The Portuguese version of the COMDQ-15 is a brief, low-load, valid and reliable questionnaire capable of providing information on the perspective of patients with erosive oral lichen planus regarding their quality of life in a Portuguese population. Its low response burden facilitates communication with patients and simplifies its use in daily clinical practice.

Keywords: Quality of life; COMDQ-15; Inflammatory pathology of the oral mucosa

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	13
1.1 Líquen Plano Oral (LPO).....	13
1.1.1 Tipos de LPO	14
1.1.2 Etiologia e patogenia.....	15
1.1.3 Diagnóstico diferencial.....	16
1.1.4 Testes laboratoriais	17
1.1.5 Critérios de diagnóstico	17
1.1.6 Tratamento.....	19
1.1.7 Transformação maligna	21
1.1.8 Qualidade de vida em pacientes com LPO	21
1.2 <i>Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15</i>	22
II. MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
2.1 Considerações éticas e deontológicas.....	25
2.2 Tipo de estudo.....	25
2.3 Desenho do estudo e participantes.....	25
2.4 Cálculo do tamanho esperado da amostra.....	25
2.5 Local	26
2.6 Recolha de dados	26
2.7 Critérios de inclusão e exclusão.....	27
2.8 Instrumento.....	27
2.8.1 Questões sociodemográficas.....	28
2.8.2 Adaptação transcultural do COMDQ-15	28
2.9 Variáveis em estudo.....	30
2.9.1 Variáveis dependentes	30
2.9.2 Variáveis independentes	30
2.9.3 Variáveis de confusão	30
2.10 Análise descritiva.....	31
2.11 Análise estatística	31
2.11.1 Confiabilidade.....	31
III. RESULTADOS.....	33
3.1 Descrição dos participantes	33
3.2 Confiabilidade do COMDQ-15	35
IV. DISCUSSÃO	37

4.1 Limitações e perspectivas futuras.....	38
V. CONCLUSÃO	41
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
VII. ANEXOS	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Gráfico da prevalência da amostra em relação ao sexo.....	33
Figura 2 - Gráfico da dispersão dos participantes segundo a idade.....	33
Figura 3 - Gráfico da distribuição da amostra de participantes segundo a atividade profissional.....	34
Figura 4 - Gráfico da distribuição dos participantes de acordo com os hábitos tabágicos.	35

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico clínico segundo a OMS (1978), OMS modificados (2003) e da Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial (2016). 18

Tabela 2 - Critérios de diagnóstico histopatológico segundo a OMS (1978), OMS modificados (2003) e da Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial (2016). 19

Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão. 27

Tabela 4 - Versão original e portuguesa do *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15*. 29

LISTA DE ABREVIATURAS

AAOMP | Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial

COMDQ | *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire*

COMDQ-15 | *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15*

LPO | Líquen Plano Oral

OMS | Organização Mundial da Saúde

QV | Qualidade de Vida

I. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas que afetam os tecidos moles da cavidade oral são variadas e envolvem autoimunidade, inflamação e infecção, causando diversas manifestações persistentes e/ou recorrentes ao longo do tempo (Butt et al., 2023; Li & He, 2013; Ni Riordain et al., 2016; Wang et al., 2022). As lesões associadas a essas condições provocam, geralmente, um grau variável de sintomas que afetam negativamente a saúde, interferindo também nas funções orais, causando um impacto significativo no bem-estar psicossocial e na qualidade de vida (QV) geral dos indivíduos afetados (Butt et al., 2023; Li & He, 2013; Ni Riordain et al., 2016; Wang et al., 2022).

Assim, o *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15* (COMDQ-15) é um questionário breve e autorrelatado constituído por 15 itens desenvolvido, recentemente, com o intuito de fornecer uma visão geral da QV dos pacientes relacionada às condições crônicas da mucosa oral (Wiriyakijja et al., 2019, 2020c, 2020a). Desta forma, este estudo tem como objetivo testar a validação transcultural e aplicabilidade do COMDQ-15 numa população portuguesa, focando-se especificamente em pacientes com líquen plano oral erosivo, incentivando o seu uso na prática clínica.

1.1 Líquen Plano Oral (LPO)

O líquen plano é uma doença mucocutânea inflamatória crônica autoimune que pode afetar a pele e/ou as mucosas (Eisen et al., 2005; Ismail et al., 2007; Lodi et al., 2005; Regezi et al., 2017). O LPO é idiopático e afeta, predominantemente, indivíduos entre os 30 e os 60 anos, sendo o género feminino o mais afetado (Laskaris et al., 1994; Li et al., 2020; Regezi et al., 2017). É uma doença relativamente comum, cuja prevalência global ainda é incerta, havendo estimativas globais de 0,1-4% (Scully et al., 1998), 0,2-2% (Regezi et al., 2017), 0,89% (Li et al., 2020), 1,27% (McCartan & Healy, 2008) e 1,01% (González-Moles et al., 2021).

O LPO afeta com maior frequência a mucosa jugal, língua, gengiva e, mais raramente, os lábios, palato e pavimento da boca, cujas lesões podem resultar numa fonte de morbidade (Alrashdan et al., 2016; Eisen et al., 2005; Laskaris et al., 1994; Ni Riordain et al., 2016). Pode apresentar manifestações clínicas diversas, variando desde lesões brancas assintomáticas (reticulares, semelhantes a placas ou pápulas) até eritematosas dolorosas e erosivas/ulcerativas (Eisen et al., 2005; Wiriyakijja et al., 2020b, 2020a,

2020c). As lesões são, geralmente, bilaterais e podem ser assintomáticas ou causarem desconforto e dor variável resultante da sensação de queimadura, irritação após o contacto com alimentos quentes ou condimentados e a sensação de boca “áspera” (Ismail et al., 2007; Laskaris et al., 1994). É uma doença de carácter imprevisível e recidivante, apresentando períodos de exacerbação e remissão das lesões orais (Eisen et al., 2005).

1.1.1 Tipos de LPO

Clinicamente, é possível identificar seis subtipos de LPO que podem surgir de forma isolada ou coexistir com mais do que uma variante da doença (Al-Jamaei et al., 2022; McCartan & Healy, 2008). As formas mais frequentes são a reticular, a erosiva/ulcerativa e em placa (Al-Jamaei et al., 2022; Alrashdan et al., 2016; Ismail et al., 2007).

A forma reticular é a variante mais comum e caracteriza-se por placas ou pápulas brancas queratóticas com um padrão rendilhado, geralmente assintomáticas, denominadas estrias de *Wickham* (Eisen et al., 2005; Laskaris et al., 1994; Regezi et al., 2017). Quando as lesões seguem este padrão reticular bilateral clássico, apenas o aspeto clínico parece ser suficiente para o diagnóstico de LPO, sendo identificado em exames de rotina (Alrashdan et al., 2016).

A forma erosiva/ulcerativa é a segunda variante mais frequente e é caracterizada por erosões dolorosas com áreas centrais de ulceração cobertas por uma pseudomembrana (Ismail et al., 2007; Regezi et al., 2017). Estas lesões são, frequentemente, rodeadas por estrias reticulares queratóticas, normalmente acompanhadas por eritema causado pela inflamação (Alrashdan et al., 2016; Eisen et al., 2005). Esta característica auxilia no diagnóstico diferencial desta patologia com outras condições orais vesículo-erosivas, como é o caso do pênfigo e do penfigoide, cujas lesões erosivas e/ou eritematosas se exibem de forma isolada (Eisen et al., 2005; Laskaris et al., 1994).

O LPO em placa consiste numa lesão branca, homogénea, multifocal, ligeiramente elevada ou lisa, assemelhando-se, desta forma, à leucoplasia (Alrashdan et al., 2016; Regezi et al., 2017).

Outras variantes clínicas do LPO são menos comuns ou até mesmo raras, sendo elas a forma atrófica/eritematosa, papular e vesículo-bolhosa (Al-Jamaei et al., 2022; Alrashdan et al., 2016; Ismail et al., 2007).

O LPO atrófico/eritematoso é menos comum e pode coexistir com lesões reticulares ou erosivas (Eisen et al., 2005; Laskaris et al., 1994; Regezi et al., 2017). Esta variante é caracterizada pela presença de atrofia epitelial e lesões avermelhadas difusas de superfície lisa e com limites mal definidos (Canto et al., 2010; Laskaris et al., 1994). Na sua periferia, por vezes, é possível observar a presença de pápulas ou estrias brancas (Laskaris et al., 1994). Geralmente, os pacientes sentem desconforto generalizado, referindo ardor e sensibilidade (Regezi et al., 2017).

Quando as formas atrófica e erosiva estão localizadas na gengiva, podem manifestar-se na forma de gengivite descamativa, causando dor e hemorragia dessa região, dificultando a escovagem dentária e comprometendo a higiene e saúde oral destes pacientes (Alrashdan et al., 2016; Eisen et al., 2005; Laskaris et al., 1994).

A variante papular raramente é observada e coexiste, frequentemente, com outras variantes, apresentando-se na forma de pequenas pápulas brancas com estrias na sua periferia (Canto et al., 2010).

Por fim, temos a variante bolhosa que é considerada a mais rara, exibindo vesículas de tamanho variado e de curta duração (Regezi et al., 2017). Aquando do rompimento destas lesões iniciais, dá-se a formação de úlceras dolorosas (Canto et al., 2010). Pode também ser observada a presença simultânea de estrias queratinizadas ou reticulares (Ismail et al., 2007; Regezi et al., 2017).

1.1.2 Etiologia e patogenia

A literatura sobre o LPO sugere que, embora seja uma doença idiopática, tem sido associada a uma condição autoimune, mediada por linfócitos T, que afeta o epitélio escamoso estratificado e, microscopicamente, se assemelha a uma reação de hipersensibilidade (Eisen et al., 2005; Lodi et al., 2010; Regezi et al., 2017). Histopatologicamente, apresenta características típicas, porém estas não são específicas da doença pois outras patologias podem também demonstrar um comportamento

histopatológico similar (Canto et al., 2010). Estas características são a presença de hiperqueratose, corpos coloides de *Civatte*, degeneração liquefativa das células da camada basal, denominada degeneração hidrópica, com queratinócitos apoptóticos e um denso infiltrado inflamatório de linfócitos T, distribuído em faixa e localizado na interface entre os tecidos epitelial e conjuntivo (Canto et al., 2010; Lodi et al., 2005; Porter et al., 1997).

Os queratinócitos são o alvo imunológico dos linfócitos recrutados (Regezi et al., 2017). As células T CD8⁺ autocitotóxicas ligam-se aos queratinócitos e são responsáveis pela morte das células basais, desencadeando a apoptose das células epiteliais orais (Eisen et al., 2005; Sugerman et al., 2002). Ao longo do tempo, o epitélio sofre uma remodelação gradual, resultando em atrofia e, ocasionalmente, numas proeminências anatómicas com aspeto de dentes de serra (Canto et al., 2010; Eversole, 1997; Sugerman et al., 2002).

1.1.3 Diagnóstico diferencial

Os casos de reação liquenoide oral são, na sua maioria, clinicamente muito semelhantes às lesões de LPO (Regezi et al., 2017; Robertson & Wray, 1992; Thornhill et al., 2003). Este tipo de reações podem ser desencadeadas por fármacos ou pelo contacto próximo entre a mucosa oral e materiais dentários restauradores, como a amálgama de prata (Robertson & Wray, 1992; Thompson & Skaehill, 1994; Thornhill et al., 2003). Desta forma, deve-se suspeitar de lesões liquenoides quando estas estão circunscritas a áreas da mucosa oral que se encontram em contato próximo com este tipo de materiais (Eisen et al., 2005).

Quando as lesões apresentam um formato em placa, deve-se considerar a possibilidade de leucoplasia ou carcinoma de células escamosas (Regezi et al., 2017).

É também importante realizar o diagnóstico diferencial com outras patologias cujas lesões se apresentem de forma multifocal e bilateral, como a doença do excerto *vs.* hospedeiro, o lúpus eritematoso, o nevo branco esponjoso, o pênfigo vulgar, o penfigoide mucomembranoso, a dermatite herpetiforme, a sífilis secundária e a candidose (Canto et al., 2010; Ismail et al., 2007; Laskaris et al., 1994; Regezi et al., 2017).

1.1.4 Testes laboratoriais

Os exames complementares são fundamentais, sendo recomendada a biópsia das lesões orais com exame histopatológico e exames de imunofluorescência direta para auxiliar e confirmar o diagnóstico clínico e descartar a presença de displasia e malignidade (González-Moles et al., 2019; Laskaris et al., 1994; Scully et al., 2000; Van Der Meij et al., 1999). No entanto, a avaliação histopatológica é subjetiva e de difícil reprodução, podendo os achados serem idênticos aos encontrados nas lesões liquenoides, tornando a sua distinção complexa (Ismail et al., 2007; Van Der Meij et al., 1999; Van Der Meij & Van Der Waal, 2003).

1.1.5 Critérios de diagnóstico

Um dos grandes problemas relativamente ao diagnóstico clínico e histopatológico do LPO é a carência de critérios universais, sendo um dos principais motivos de controvérsia aquando da análise dos estudos relativos ao potencial maligno da doença (González-Moles et al., 2019; Idrees et al., 2021).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu critérios de diagnóstico para o LPO com base em normas clínicas e histopatológicas (Alrashdan et al., 2016; Rad et al., 2009). Mais tarde, Van Der Meij e Van Der Waal (2003) propuseram modificações nos critérios anteriormente descritos pela OMS, com o objetivo de melhorar e alcançar um consenso na diferenciação entre o LPO e as lesões liquenoides, condições estas clínica e histologicamente semelhantes (Van Der Meij et al., 1999). Em 2016, a Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial (AAOMP) propôs novas alterações dos critérios de diagnóstico do LPO, adicionando a exclusão de lesões localizadas, exclusivamente, em zonas de colocação de tabaco sem fumo e zonas adjacentes ou em contacto com restaurações dentárias, e lesões cujo aparecimento coincide com o início da toma de um medicamento ou de produtos que contêm canela (Cheng et al., 2016).

Sendo assim, podemos dividir os critérios de diagnóstico clínico (Tabela 1) e histopatológico (Tabela 2) de LPO em 3 grupos: os critérios da OMS, os critérios da OMS modificados e os critérios propostos pela AAOMP. (Cheng et al., 2016; Rad et al., 2009; Van Der Meij & Van Der Waal, 2003).

	Critérios da OMS (1978)	Critérios da OMS modificados (2003)	Critérios propostos pela AAOMP (2016)
Critérios clínicos	<p>Lesões, geralmente, múltiplas e de distribuição simétrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pápulas brancas, lesões reticulares com uma disposição rendilhada, anular ou em placa. - Linhas de cor cinza-esbranquiçadas irradiadas através das pápulas. - Lesões atróficas com ou sem erosão. - Lesões bolhosas são raras. 	<p>Lesões bilaterais, mais ou menos simétricas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrão reticular: presença de estrias cinza-esbranquiçadas com aspeto rendilhado. - Lesões erosivas, atróficas, bolhosas e em placa apenas são aceites como subtipo na presença de lesões reticulares noutras zonas da mucosa oral. 	<p>Lesões com distribuição bilateral e multifocal.</p> <p>Lesões brancas e vermelhas apresentando uma ou mais das seguintes formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reticular/Papular; - Atrófica (eritematosa); - Erosiva (ulcerativa); - Placa; - Bolhosa. <p>O surgimento da lesão não está associado ao início da utilização de um medicamento ou de produtos contendo canela.</p> <p>As lesões não estão localizadas, exclusivamente, em zonas em contacto ou adjacentes a restaurações dentárias ou em zonas de colocação de tabaco sem fumo.</p>

Tabela 1 - Critérios de diagnóstico clínico segundo a OMS (1978), OMS modificados (2003) e da Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial (2016).

	Critérios da OMS (1978)	Critérios da OMS modificados (2003)	Critérios propostos pela AAOMP (2016)
Critérios histopatológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Ortoqueratose ou paraqueratose. - Espessura epitelial pode variar. - Possível observação de cristas em forma de dentes de serra. - Corpos de <i>Civatte</i> na camada basal do epitélio ou no tecido conjuntivo superficial. - Infiltração celular bem definida, em forma de banda, confinada ao tecido conjuntivo superficial, constituída, principalmente, por linfócitos. - Sinais de degeneração por liquefação na camada celular basal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infiltração celular em banda bem definida, confinada ao tecido conjuntivo superficial, constituída, principalmente, por linfócitos. - Sinais de degeneração por liquefação na camada celular basal. - Ausência de displasia epitelial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infiltrado de linfócitos em forma de faixa ou irregular na interface epitélio-lâmina própria. - Degeneração liquefativa (hidrópica) das células da camada basal. - Exocitose linfocítica. - Ausência de displasia epitelial. - Ausência de mudanças arquitetônicas epiteliais verrucosas.

Tabela 2 - Critérios de diagnóstico histopatológico segundo a OMS (1978), OMS modificados (2003) e da Academia Americana de Patologia Oral e Maxilofacial (2016).

1.1.6 Tratamento

Visto que, atualmente, não existe cura conhecida para o LPO, o principal objetivo do médico dentista é diminuir os sintomas orais dolorosos e manter ou melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados (Regezi et al., 2017; Wiriyakijja et al., 2020b, 2020a, 2020c).

O tipo de tratamento deve ser adaptado conforme o grau de envolvimento clínico da doença, o tipo de lesões predominantes e os sintomas existentes (Eisen et al., 2005). Neste

sentido, existem alguns medicamentos que podem possibilitar um controlo sintomático satisfatório, tal como os corticosteroides, devido à sua capacidade de modulação da inflamação e da resposta imune (Eisen et al., 2005; Lodi et al., 2020; Regezi et al., 2017).

Assim, para o LPO do tipo erosivo e eritematoso pode ser útil a utilização de corticosteroides tópicos, sistémicos administrados por via oral ou intramuscular ou a combinação de mais do que uma opção terapêutica (Eisen et al., 2005; Ismail et al., 2007; Scully et al., 2000; Setterfield et al., 2000). No caso dos corticosteroides tópicos, estes são considerados a primeira linha de tratamento, seguros e eficazes, porém um dos obstáculos é a falta de aderência à mucosa oral por tempo suficiente, o que levou à sua utilização em pastas adesivas (Lodi et al., 2005; Scully et al., 2000; Serafini et al., 2023). As soluções orais contendo corticosteroides têm sido também utilizados para pacientes com envolvimento oral difuso ou com uma destreza manual reduzida (Eisen et al., 2005; Sandhu et al., 2022; Serafini et al., 2023).

Em relação aos corticosteroides sistémicos, estes podem causar efeitos adversos e, por isso, a sua utilização deve ser reservada aos casos de LPO do tipo erosivo ou eritematoso, quando presente em múltiplos locais ou quando as abordagens tópicas não são bem sucedidas (Lodi et al., 2005; Serafini et al., 2023). Apesar de ser uma opção de tratamento considerada segura, a literatura sobre a sua utilização ainda é limitada, sendo que a maioria destes medicamentos sistémicos necessita de mais estudos relacionados com a sua eficácia na cavidade oral, dose ideal, duração do tratamento e segurança (Eisen et al., 2005; Scully et al., 2000).

Outro grupo de medicamentos, utilizado apenas nas variantes hiperqueratóticas, são os retinoides tópicos e sistémicos que apresentam efeitos antiqueratinizantes e imunomoduladores, mas apenas com sucesso parcial, sendo preferencialmente usados como terapia adjuvante (Lodi et al., 2020; Regezi et al., 2017; Scully et al., 2000). Quando existe doença generalizada com ulcerações difusas que não respondem à terapia com corticosteroides isoladamente, a adição de imunossuppressores poderá também ser benéfica (Eisen et al., 2005; Scully et al., 2000).

Por outro lado, quando as lesões são assintomáticas, como é o caso das lesões associadas à variante reticular, não existe indicação terapêutica, apenas monitorização semestral

(Eisen et al., 2005; Laskaris et al., 1994). Nesse sentido, é também recomendável que, após a remissão das lesões orais dolorosas, seja diminuída a dosagem medicamentosa e suspensa quando a patologia se tornar inativa/assintomática (Eisen et al., 2005).

1.1.7 Transformação maligna

A taxa de transformação maligna do LPO ainda permanece inconclusiva devido à dificuldade no diagnóstico clínico e histopatológico por falta de critérios universais, à ocorrência simultânea com o cancro oral e à semelhança microscópica com casos de displasia liquenoide, cujo risco de transformação maligna é superior (Aghbari et al., 2017; Al-Jamaei et al., 2022; González-Moles et al., 2019; Idrees et al., 2021).

Embora este potencial ainda seja controverso, existe uma preocupação com a possibilidade do desenvolvimento de carcinoma de células escamosas, a partir de uma lesão de LPO (Aghbari et al., 2017; Al-Jamaei et al., 2022; Eisen et al., 2005; Idrees et al., 2021; Regezi et al., 2017). Os possíveis fatores de risco descritos para a transformação maligna são as variantes erosiva e atrófica da doença, a presença de displasia epitelial oral, a localização na língua e indivíduos fumadores, alcoólicos e seropositivos para o vírus da hepatite C (Aghbari et al., 2017; Al-Jamaei et al., 2022; González-Moles et al., 2019; Idrees et al., 2021). Estes fatores, embora discutíveis, são, isoladamente, fatores de risco para o cancro oral, tendo um efeito oncogénico sumativo e potenciador que tornam este tipo de indivíduos mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões malignas (González-Moles et al., 2019; Idrees et al., 2021). Devido ao facto de se tratar de uma patologia crónica, os pacientes devem ser acompanhados a cada seis meses e orientados sobre o curso da doença e o seu tratamento (Eisen et al., 2005; González-Moles et al., 2019; Idrees et al., 2021; Regezi et al., 2017). Aquando da perda de homogeneidade das lesões ou agravamento dos sintomas, deverá ser reduzido o intervalo de tempo entre as consultas de acompanhamento (González-Moles et al., 2019; Ismail et al., 2007).

1.1.8 Qualidade de vida em pacientes com LPO

A QV não é apenas a ausência de doença, mas sim um conceito multidimensional que inclui a perceção de um indivíduo sobre a sua capacidade de ter uma vida saudável e produtiva, no contexto de cultura e sistema de valores que o rodeia, tendo em conta os seus objetivos e expectativas (Ni Riordain et al., 2016; "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)", 1995; Wang et al., 2022). Como tal, nos

últimos anos, a avaliação da QV tornou-se cada vez mais importante para monitorizar o impacto da doença e determinar o seu prognóstico, bem como o sucesso do tratamento sob a perspetiva de pacientes com doenças crónicas (Sansare et al., 2019; Wiriyakijja et al., 2019, 2020a).

Devido à natureza heterogénea do LPO, cada paciente afetado pode apresentar um curso e gravidade diferentes da doença (Wiriyakijja et al., 2020a). Porém, a evidência sugere que certos tipos de LPO, como é exemplo o erosivo/ulcerativo, causam inflamação e ulceração persistentes na mucosa oral, gerando dor ou desconforto, diminuição do normal funcionamento oral, dificuldade na alimentação, higiene oral e fala, resultando num nível de qualidade de vida inferior (Butt et al., 2023; Li & He, 2013; Ni Riordain et al., 2016; Wang et al., 2022; Wiriyakijja et al., 2019, 2020a, 2020c). Este impacto negativo advém também de fatores psicossociais devido à cronicidade da doença, comportamento clínico imprevisível, possível associação com transformação maligna e pela ideia, apesar de errada, de contágio, tornando estes pacientes mais vulneráveis ao desenvolvimento de níveis mais elevados de *stress*, ansiedade e depressão (Cerqueira et al., 2018; De Porrás-Carrique et al., 2022; Jalenques et al., 2020; Porto et al., 2023; Rojo-Moreno et al., 1998).

A medicação utilizada no controlo do LPO, nomeadamente os corticoides e agentes imunossupressores, também podem causar efeitos adversos, prejudicando a QV dos pacientes (Butt et al., 2023; Ni Riordain et al., 2016; Wiriyakijja et al., 2019).

1.2 *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15*

Nas últimas décadas, foram desenvolvidos vários instrumentos genéricos de forma a avaliar amplamente o impacto dos distúrbios orais na QV dos pacientes (Li & He, 2013). No entanto, os instrumentos específicos demonstram ser mais sensíveis e ter a capacidade de detetar com maior precisão as pequenas alterações clínicas específicas associadas às doenças que abrangem (Butt et al., 2023; Rajan et al., 2014). A sua adoção para doenças crónicas orais em estudos clínicos tem sido escassa, limitando o conhecimento atual dos aspetos autorrelatados da QV, exclusivos da população com LPO, e dificultando a sua aplicação na prática clínica (Wiriyakijja et al., 2019, 2020a). A partir de 2010, começaram a ser desenvolvidos vários instrumentos específicos para o LPO, incluindo o *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire* (COMDQ) e a sua versão abreviada de 15 itens (Li & He, 2013; Wiriyakijja et al., 2020a).

O *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15* (COMDQ-15) é um questionário breve e autorrelatado constituído apenas por 15 itens, desenvolvido recentemente a partir do COMDQ original de 26 itens, que visa fornecer uma visão geral da QV dos pacientes relacionada às condições crónicas da mucosa oral (Wang et al., 2022; Wiriyakijja et al., 2019, 2020c, 2020a). O questionário original foi desenvolvido na língua inglesa pela *Cork University Dental School and Hospital*, em 2011 na Irlanda, e validado em diferentes comunidades (Li & He, 2013; Ni Riordain et al., 2016; Sansare et al., 2019; Wang et al., 2022). Devido à sua extensão, foi desenvolvido e publicado por Wiriyakijja et al. uma versão abreviada, o COMDQ-15, mais prática e simples, necessitando de menos tempo para o seu preenchimento (Wang et al., 2022; Wiriyakijja et al., 2019). Este questionário foi desenvolvido para doenças crónicas da mucosa oral como o LPO, a ulceração oral recorrente, o pênfigo vulgar e o penfigoide mucomembranoso (Wiriyakijja et al., 2019).

II. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Considerações éticas e deontológicas

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da *Egas Moniz School of Health and Science* (Anexo 1) e realizado segundo a Declaração de Helsínquia de 1975, revista em 2013. Todos os participantes concordaram com o Termo de Consentimento Informado Eletrónico, onde está descrito o objetivo da investigação, os benefícios envolvidos e a garantia da confidencialidade dos dados dos participantes, servindo estes somente para fins estatísticos.

2.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal descritivo do tipo inquérito (Hochman et al., 2005; Lima-Costa & Barreto, 2003).

2.3 Desenho do estudo e participantes

Definir a amostra de participantes necessária à realização e desenvolvimento deste estudo é fundamental, uma vez que a representatividade e qualidade dos participantes selecionados tem um impacto bastante significativo na precisão e confiabilidade dos dados obtidos (Souza et al., 2017; Terwee et al., 2007).

De abril a julho de 2024, uma amostra total de 55 pacientes diagnosticados com LPO do tipo erosivo da Clínica Integrada de Medicina Oral, Lda. foi recrutada, segundo os critérios de inclusão e exclusão descritos na Tabela 3, e solicitada a preencher a versão portuguesa do COMDQ-15.

Este questionário foi traduzido para português e preenchido pelos participantes que puderam esclarecer qualquer dúvida com o investigador, a qualquer momento. A participação foi voluntária e todos os dados foram tratados de forma anónima e confidencial. Posteriormente, foi efetuada a análise dos dados recolhidos e os resultados foram comparados com outros estudos internacionais.

2.4 Cálculo do tamanho esperado da amostra

A estimativa do número mínimo da amostra, com base em Terwee et al. (2007), seria cerca de 10 indivíduos por cada item presente no questionário. Este apresenta cerca de 15 itens, o que resulta numa amostra total mínima de 150 participantes. Neste estudo

preliminar o número total de participantes é de 55, sendo considerado uma das limitações do mesmo.

2.5 Local

A recolha de dados foi efetuada na Clínica Integrada de Medicina Oral, Lda., onde os participantes foram selecionados para preencher o questionário em estudo, após a aprovação da Direção Clínica (Anexo 2). O diagnóstico foi confirmado através da história clínica, exame clínico e, quando necessário, exames histológicos. Os dados dos participantes foram obtidos através dos registos clínicos, transferidos para uma base de dados e anonimizados para posterior análise.

2.6 Recolha de dados

A decisão relativamente ao método a utilizar para a recolha dos dados necessários ao estudo é fundamental de forma a aumentar ao máximo a eficácia e a eficiência do mesmo (Faleiros et al., 2016). Neste estudo, optámos pela aplicação do questionário por meio eletrónico, uma opção mais prática, económica e com um menor impacto ambiental, diminuindo o uso de papel (Regmi et al., 2017). Assim, o processo de integração dos dados obtidos no *software* estatístico para posterior organização, análise e interpretação dos resultados é facilitado, aumentando a praticidade deste processo (Regmi et al., 2017). Por outro lado, conseguimos também economizar tempo e recursos (Faleiros et al., 2016).

Dentro das variadas opções de plataformas *online*, optou-se pela aplicação da versão portuguesa do COMDQ-15 através do *Google forms*. Esta plataforma gratuita é amplamente utilizada para esta finalidade, pois é intuitiva, de fácil utilização e permite a realização de questionários tanto de escolha múltipla como de resposta aberta. Posteriormente ao preenchimento do mesmo, as respostas foram armazenadas automaticamente no *Google drive* de forma a conservar a integridade dos dados obtidos. De realçar que qualquer dúvida relativa ao questionário foi esclarecida diretamente com o investigador.

2.7 Critérios de inclusão e exclusão

Para a seleção dos participantes que fazem parte da amostra total incluída neste estudo, foram definidos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 3). É fundamental o estabelecimento destes critérios pré-definidos para a realização de uma pesquisa de qualidade, de forma a garantir resultados mais confiáveis, precisos e relevantes para a população-alvo (Patino & Ferreira, 2018). Os indivíduos que não cumpriram com os critérios apresentados foram excluídos do presente estudo.

Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Idade igual ou superior a 18 anos.	Doença sistémica grave (ASA-3 ou mais).
Concordar em participar no estudo e preencher o consentimento informado.	Doença psiquiátrica grave ou transtornos que possam afetar a participação no estudo (esquizofrenia, transtorno bipolar, <i>alzheimer</i> , etc).
Diagnóstico clínico e histológico de LPO erosivo com base nos critérios de diagnóstico da OMS modificados (Van Der Meij & Van Der Waal, 2003).	Dor orofacial neuropática crónica coexistente (nevralgia do trigémio, dor facial idiopática persistente ou síndrome da boca ardente).
	Evidência de lesões liquenoides orais e lúpus eritematoso sistémico.
	Presença histológica de displasia epitelial oral.

Tabela 3 - Critérios de inclusão e exclusão.

2.8 Instrumento

O COMDQ-15 é um instrumento breve desenvolvido com o objetivo de avaliar a QV de pacientes com condições crónicas da mucosa oral, incluindo o LPO (Wiriyakijja et al., 2019). É composto por 15 itens em quatro domínios, incluindo “Desconforto físico” (5 itens), “Medicação e Tratamento” (3 itens), “Social e Emocional” (5 itens) e “Apoio ao Doente” (2 itens) (Anexo 3). Os itens foram respondidos com recurso a uma escala do tipo *Likert* de 0 a 4 pontos que varia da seguinte forma: 0 = “Nada/Muito baixa”; 1 = “Ligeiramente/Baixa”; 2 = “Moderadamente/Moderada”; 3 = “Consideravelmente/Alta” e 4 = “Extremamente/Muito alta”. A pontuação total do questionário é calculada pela soma das respostas de todos os itens, dando a pontuação máxima possível de 60. Quanto mais alta for a pontuação final, maior o impacto da doença na QV do paciente.

2.8.1 Questões sociodemográficas

Adicionalmente e para uma caracterização mais detalhada da amostra, foram recolhidos dados sociodemográficos, não contemplados no COMDQ-15, como a idade, o sexo (feminino/masculino) e a profissão. Foram também obtidas informações relativamente aos hábitos tabágicos dos inquiridos (não fumador/fumador ativo/ex-fumador). Estas variáveis, incluídas da recolha de dados, foram consideradas relevantes para compreender e avaliar melhor a autoperceção da QV dos participantes.

2.8.2 Adaptação transcultural do COMDQ-15

Sendo o questionário original desenvolvido na língua inglesa e tendo em conta as diferentes estruturas sociais, culturais e linguísticas relativamente à população portuguesa, a adaptação transcultural é fundamental (Li & He, 2013). Assim, a sua tradução e validação tem como objetivo manter as propriedades psicométricas e obter uma maior confiabilidade dos dados (Butt et al., 2023; Li & He, 2013).

A validação transcultural serve para garantir que todas as perguntas são compreendidas corretamente pelos inquiridos e que as respostas obtidas refletem a realidade com maior precisão (Beaton et al., 2000; Fortes & Araújo, 2019). Assim, conseguimos que o objetivo original do questionário seja igualmente atingido quando adaptado para a língua portuguesa, avaliando o mesmo construto da mesma maneira (Beaton et al., 2000; Fortes & Araújo, 2019).

O COMDQ-15 foi traduzido para a língua portuguesa, pela primeira vez, por dois especialistas bilíngues independentes, fluentes em português e inglês, e foi analisada a equivalência conceptual e semântica (Tabela 4).

Item	Versão original	Versão portuguesa
Q1	How much do certain types of food / drink cause you discomfort (spicy food, acidic food)?	Quão desconfortável se sente com alguns tipos de alimentos/bebidas (alimentos picantes, ácidos)?
Q2	How much do certain food textures cause you discomfort (rough food, crusty food)?	Quão desconfortável se sente com alguns tipos de texturas de comida (alimentos ásperos, crocantes)?
Q3	How much does the temperature of certain foods/drinks cause you discomfort?	Quão desconfortável se sente com a temperatura de algumas comidas/bebidas?
Q4	How much does your oral condition lead to discomfort when carrying out your daily oral hygiene routine (brushing, flossing, mouthwash usage)?	Quão desconfortável a sua doença causa na sua higiene oral diária (escovar, usar fio dentário/colutório)?
Q5	How much do you feel you need medication to help you with activities of daily life (talking, eating etc.)?	Qual a sua necessidade de medicação de modo a ajudar nas suas atividades diárias (falar, comer, etc.)?
Q6	How concerned are you about the possible side effects of the medications used to treat your oral condition?	Quão preocupado(a) se sente com os possíveis efeitos secundários da medicação usada no tratamento da sua doença?
Q7	How much does it frustrate you that there is no single standard medication to be used in your oral condition?	Quão frustrado(a) se sente por não existir uma medicação única que possa ser usada no tratamento da sua doença?
Q8	How much does the use of the medication limit you in your every day life (routine/the way you apply or take your medications)?	Quão limitado(a) se sente no seu dia-a-dia pelo uso da medicação que lhe foi prescrita (rotina/modo de aplicar ou tomar)?
Q9	How much does your oral condition get you down?	Quão triste o(a) deixa a sua doença oral?
Q10	How much does your oral condition cause you anxiety?	Quão ansioso o(a) deixa a sua doença?
Q11	How much does the unpredictability of your oral condition bother you?	Quão incomodado o(a) deixa a imprevisibilidade da sua doença?
Q12	How much does your oral condition make you pessimistic about the future?	Quão pessimista o(a) deixa a sua doença acerca do futuro?
Q13	How much does your oral condition disrupt social activities in your life (social gatherings, eating out parties)?	Quanto é que a sua doença condiciona/interfere com as suas atividades sociais (reuniões sociais, refeições fora de casa)?
Q14	How satisfied are you with the level of support and understanding shown to you by family regarding this oral condition?	Qual o seu grau de satisfação sobre o nível de apoio e compreensão demonstrado pela sua família relativamente à sua doença?

Q15	How satisfied are you with the level of support and understanding shown to you by friends/work colleagues regarding your oral condition?	Qual o seu grau de satisfação sobre o nível de apoio e compreensão demonstrado pelos seus amigos/colegas de trabalho relativamente à sua doença?
------------	--	--

Tabela 4 - Versão original e portuguesa do *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15*.

Estes quinze itens são avaliados através da seguinte escala de resposta: 0 = “*Not at all*”, 1 = “*Slightly*”, 2 = “*Moderately*”, 3 = “*Considerably*”, 4 = “*Extremely*” (em português 0 = “Nada/Muito baixa”; 1 = “Ligeiramente/Baixa”; 2 = “Moderadamente/Moderada; 3 = “Consideravelmente/Alta”; 4 = “Extremamente/Muito alta”).

2.9 Variáveis em estudo

2.9.1 Variáveis dependentes

A variável dependente deste estudo é a autoperceção de indivíduos com LPO erosivo relativamente à sua QV relacionada à doença.

2.9.2 Variáveis independentes

Consideramos variáveis independentes os dados adicionais recolhidos como a idade, o sexo, a profissão e os hábitos tabágicos. Estas variáveis podem auxiliar na determinação de possíveis relações com a QV destes indivíduos.

2.9.3 Variáveis de confusão

A possível existência de variáveis de confusão pode influenciar a relação entre as restantes variáveis em estudo, podendo conduzir a uma falsa associação entre variáveis e modificação dos resultados (Pourhoseingholi et al., 2012).

Neste caso, a presença simultânea de outras patologias com a doença crónica em estudo, o LPO erosivo, e a medicação associada pode influenciar o desconforto físico e psicossocial destes indivíduos e, conseqüentemente, a autoperceção da sua QV. Isto é, se o paciente apresentar, simultaneamente, outra patologia que cause algum nível de desconforto oral, afete o bem-estar psicológico ou cuja medicação cause efeitos adversos, haverá uma diminuição da QV deste indivíduo. Porém, este resultado negativo não está diretamente relacionado ao LPO erosivo, mas sim à doença concomitante.

2.10 Análise descritiva

Foram realizadas análises descritivas das características da amostra de participantes, cujos resultados são exibidos em contagens e percentagens correspondentes (%), média e desvio padrão.

2.11 Análise estatística

2.11.1 Confiabilidade

A confiabilidade de um questionário refere-se à capacidade que este apresenta de reproduzir um determinado resultado de forma estável e consistente no tempo e no espaço, ou a partir de diferentes observadores/investigadores (Souza et al., 2017).

A análise de confiabilidade do *Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15* foi realizada através da avaliação da consistência interna. Para tal, utilizou-se o teste de *Alfa de Cronbach*, um método amplamente reconhecido para medir a confiabilidade de instrumentos que envolvem escalas ou questionários (Terwee et al., 2007). Este teste é indicado para verificar a coesão entre os itens de um questionário, ou seja, se eles estão a avaliar a mesma dimensão ou conceitos subjacentes (Souza et al., 2017). Por ter capacidade de fornecer uma estimativa numérica de consistência interna, este teste garantirá que os itens do COMDQ-15 estejam adequadamente correlacionados.

Segundo a literatura, um valor de *Alfa de Cronbach* acima de 0,70 é considerado aceitável, indicando que os itens possuem uma correlação satisfatória entre si e acima de 0,90 é considerado excelente (Nunnally & Bernstein, 1994; Terwee et al., 2007). O cálculo foi feito utilizando os dados recolhidos de uma amostra representativa da população-alvo, garantindo uma análise robusta da validade interna do instrumento.

III. RESULTADOS

3.1 Descrição dos participantes

Um total de 55 participantes com LPO erosivo preencheram o COMDQ-15, com uma idade média de 62,4 anos ($\pm 11,7$), variando de 41 a 91 anos ($61,7 \pm 10,9$ para mulheres e $64,1 \pm 13,5$ para homens). É evidente um predomínio do sexo feminino nesta amostra, sendo composta por 69,1% de indivíduos do sexo feminino ($n=38$) e 30,9% de indivíduos do sexo masculino ($n=17$).

Na Figura 1 é possível analisar a prevalência da amostra em relação ao sexo, enquanto na Figura 2 pode-se observar a distribuição dos participantes de acordo com a idade.

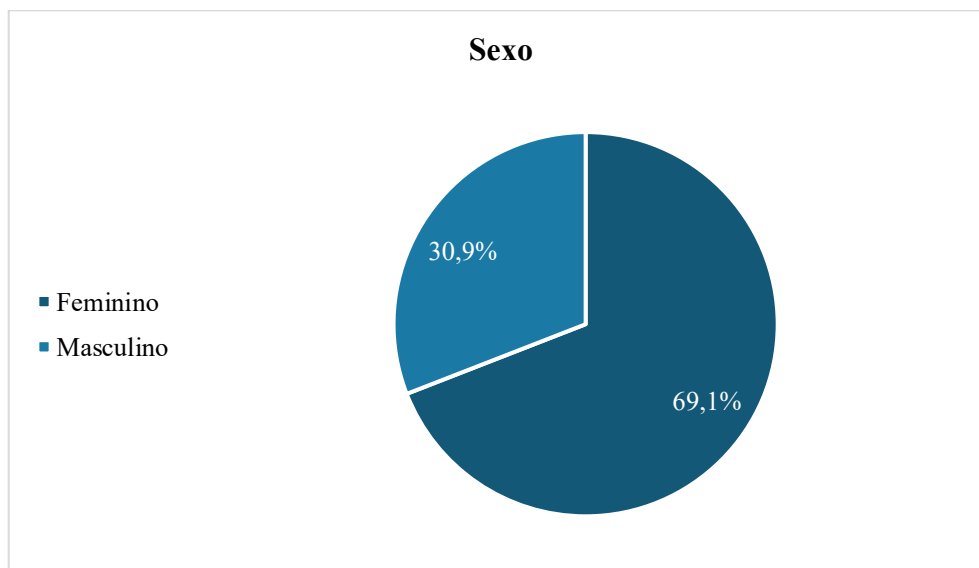


Figura 1 - Gráfico da prevalência da amostra em relação ao sexo.

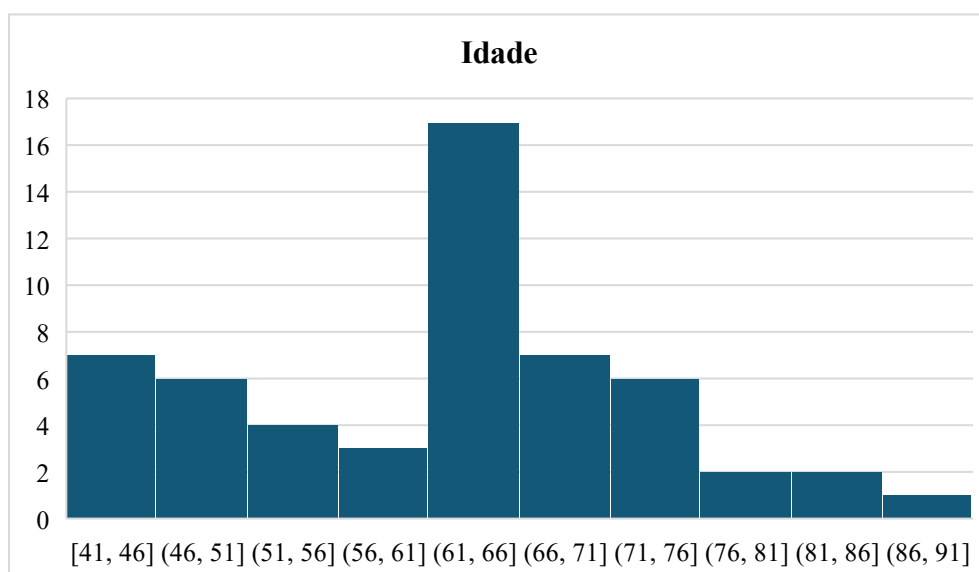


Figura 2 - Gráfico da dispersão dos participantes segundo a idade.

De acordo com o fator profissão, cerca de 54,5% da amostra total de participantes (n=30) exercem uma atividade profissional. De acordo com a Figura 3, constata-se que existe um valor semelhante de indivíduos que integram os setores da atividade económica relativos à indústria (setor secundário) e ao comércio e prestação de serviços (setor terciário) (23,6% e 27,3%, respetivamente) e uma minoria no setor relativo à agricultura e matérias-primas (setor primário) (3,6%), estando os restantes 45,5% dos indivíduos aposentados (n=25).

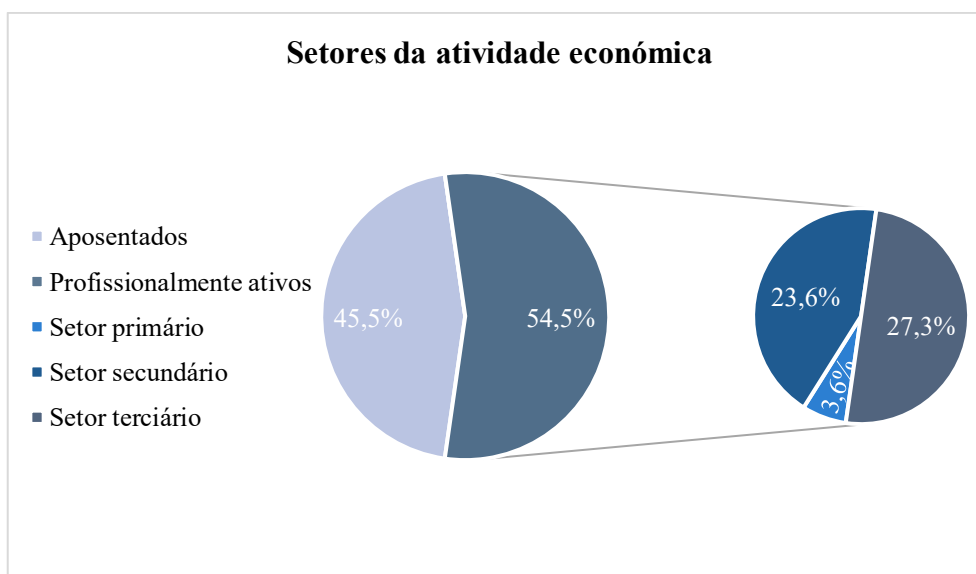


Figura 3 - Gráfico da distribuição da amostra de participantes segundo a atividade profissional.

Em relação aos hábitos tabágicos (Figura 4), estamos perante uma amostra constituída por 10,9% de fumadores ativos (n=6), sem predominância de sexo, e 89,1% de não fumadores (n=49). Dentro do grupo de fumadores, estes afirmam consumir entre 10 a 20 cigarros por dia, tendo este hábito, em média, há 32 anos ($\pm 16,3$).

Relativamente ao grupo dos não fumadores, 27,3% já fumaram ao longo da sua vida (n=15), sendo designados como ex-fumadores, e os restantes 61,8% nunca fumaram (n=34). Neste grupo de ex-fumadores havia uma média de consumo de 16 cigarros por dia ($\pm 9,8$) durante cerca de 21 anos ($\pm 14,4$), tendo deixado esse hábito há aproximadamente 24 anos ($\pm 10,9$).

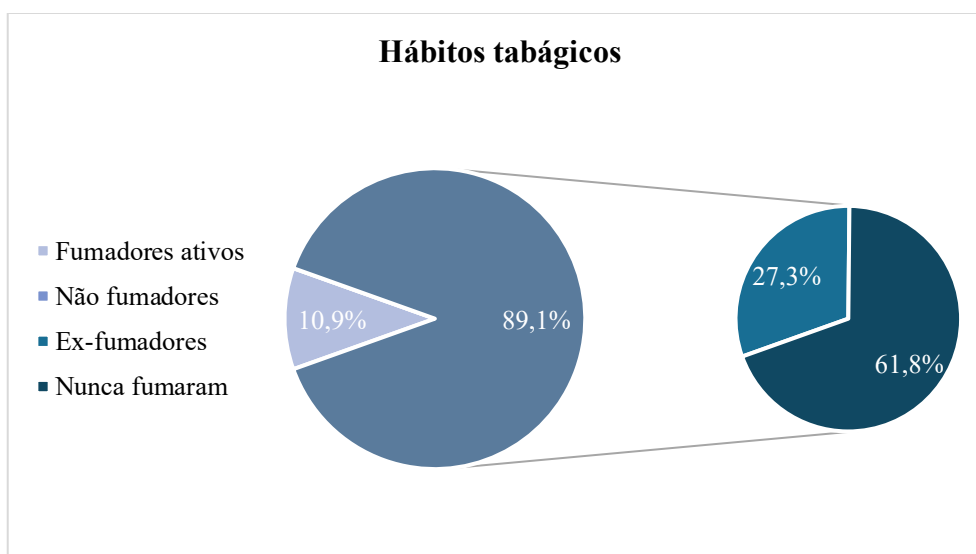


Figura 4 - Gráfico da distribuição dos participantes de acordo com os hábitos tabágicos.

3.2 Confiabilidade do COMDQ-15

Com o objetivo de avaliar a confiabilidade do COMDQ-15, foi analisada a sua consistência interna, recorrendo ao coeficiente *Alfa de Cronbach*.

O teste de *Alfa de Cronbach* realizado para este questionário resultou num valor de 0,910, o que indica um nível de consistência interna excelente. Este valor sugere que os itens do questionário estão fortemente correlacionados entre si de forma consistente, refletindo que todos medem aspetos coerentes do construto. Um *Alfa de Cronbach* acima de 0,90 é um indicador de alta confiabilidade, o que significa que o questionário possui uma grande capacidade de produzir resultados consistentes e estáveis ao longo de diferentes aplicações. Assim, o COMDQ-15 pode ser considerado um instrumento confiável para avaliar as perceções e impactos das doenças crónicas da mucosa oral, especificamente do LPO erosivo, em diferentes populações.

IV. DISCUSSÃO

No presente estudo é evidente, analisando as características sociodemográficas da amostra total de participantes, que existe um predomínio do sexo feminino (69,1%) e uma idade média de 62,4 anos ($\pm 11,7$). Segundo a literatura, o LPO é mais prevalente nas mulheres com idades entre os 30 e os 60 anos (Eisen et al., 2005; Scully et al., 1998; Sugerman et al., 2002). Tal facto coincide também com outros estudos de validação do COMDQ-15 na população inglesa e chinesa que apresentaram uma amostra de participantes com LPO onde mais de 65% são mulheres numa idade média de 63 anos ($\pm 11,6$) (Wiriyakijja et al., 2019) e 50 anos ($\pm 12,98$) (Wang et al., 2022).

Relativamente aos hábitos tabágicos, registaram-se 10,9% de fumadores ativos, não havendo predominância de sexo. O tabaco pode ser considerado um fator precipitante/irritativo devido às toxinas que o constituem e ao calor gerado pelo cigarro, tendo também influência sobre as glândulas salivares, diminuindo o seu fluxo e aumentando, conseqüentemente, o desconforto oral (Gajendra et al., 2023; Petrušić et al., 2015; Rad et al., 2010). A irritação crónica de baixa intensidade proveniente do calor e dos irritantes do cigarro podem então causar agudização do LPO e contribuir para um aumento dos sintomas (Canto et al., 2010; Eisen et al., 2005).

Apesar da apresentação clínica oral poder dar informação sobre a atividade da doença, esta pode não corresponder totalmente à perceção e à forma como os pacientes lidam com a mesma (Wiriyakijja et al., 2020a). A avaliação da QV é um fator cada vez mais relevante, sendo os instrumentos que a calculam importantes para quantificar a autoperceção do impacto que as doenças orais têm na vida quotidiana dos pacientes, avaliar a sua evolução, determinar o seu prognóstico e sucesso do tratamento (Butt et al., 2023; Rajan et al., 2014). Desta forma, há uma necessidade crescente da adaptação transcultural deste tipo de instrumentos para possibilitar o seu uso em países com uma língua materna e contextos culturais diferentes do questionário original, tornando-o consistente e adequado à população-alvo.

Este é o primeiro estudo de validação transcultural do COMDQ-15 em Portugal. Trata-se de um estudo preliminar onde este questionário demonstrou ter um nível de consistência interna global excelente com um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,91, indicando ser válido e confiável para avaliar a QV em pacientes com LPO erosivo numa população portuguesa.

Este valor de alta confiabilidade garante que os itens que compõem o questionário aplicado estão fortemente correlacionados entre si de forma consistente e estável, refletindo que todos avaliam aspetos coerentes do construto. No entanto, o valor do coeficiente *Alfa de Cronbach* global do COMDQ-15 foi maior do que a versão original em inglês e a versão chinesa (Wang et al., 2022; Wiriyakijja et al., 2019). Tal seria espectável devido a diversos fatores como, por exemplo, o número reduzido de participantes que, neste caso, apenas englobam pacientes com LPO do tipo erosivo. Com um menor tamanho de amostra, é mais provável que esta apresente maior homogeneidade e, conseqüentemente, uma maior consistência interna, porém qualquer variação provoca um impacto significativo nos resultados (Tavakol & Dennick, 2011). No entanto, a validação bem-sucedida deste questionário foi de encontro à literatura existente que também confirmou a validade do mesmo (Wang et al., 2022; Wiriyakijja et al., 2019).

4.1 Limitações e perspetivas futuras

Este estudo de validação teve várias limitações que devem ser reconhecidas e tidas em consideração aquando da interpretação dos resultados obtidos.

O COMDQ-15 é um questionário autorrelatado que se baseia na autoperceção da QV de pacientes com doenças crónicas da mucosa oral, neste caso aplicado a pacientes com LPO erosivo. Este é respondido com recurso a uma escala do tipo *Likert* com 5 níveis de resposta, incluindo um item intermédio neutro que funciona como graduação entre os extremos (Likert, 1932). Cada item *Likert* corresponde a uma pergunta à qual o participante responde com base num critério subjetivo, tendo, geralmente, a evitar o uso de respostas extremas. Assim, por fornecer, exclusivamente, medidas subjetivas de autorrelato, pode resultar algum nível de viés ou imprecisão.

De seguida, é de realçar que o tamanho da amostra utilizada é reduzido. Este estudo foi realizado numa amostra específica de pacientes com LPO erosivo de uma clínica médico-dentária localizada na região de Grande Lisboa e, como tal, apresenta pouca representatividade nacional com resultados que não refletem a generalização da população portuguesa.

Além disso, existe também a presença de variáveis de confusão, tais como a existência de pacientes com outras doenças concomitantes e medicamentos para patologias que não o

LPO (Pourhoseingholi et al., 2012). Estas variáveis poderão influenciar os sintomas autopercecionados dos participantes e, conseqüentemente, alterar a pontuação da QV destes indivíduos, quando inquiridos. Contudo, esta limitação foi tida em consideração nos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1), excluindo indivíduos com doenças sistêmicas que pudessem mimetizar e/ou confundir os sintomas relacionados ao LPO erosivo, de forma a diminuir o risco de viés e os seus efeitos. Por outro lado, esta doença inflamatória crónica tem um carácter imprevisível, apresentando períodos de exacerbação durante os quais existe um aumento dos sintomas clínicos e, conseqüentemente, uma redução da QV, em oposição ao que acontece durante os períodos de quiescência, onde os sintomas e sinais clínicos diminuem (Alrashdan et al., 2016).

Contudo, apesar das suas limitações, este estudo preliminar poderá ser um incentivo para futuras pesquisas relativamente à utilização do COMDQ-15 com um volume de amostra superior, noutras áreas geográficas e alargado a outras doenças crónicas da mucosa oral como a ulceração oral recorrente, pênfigo vulgar e penfigoide mucomembranoso.

Estudos mais alargados permitirão aprimorar a aplicabilidade deste questionário e uma validade mais robusta dos resultados conseguidos, potenciando os seus benefícios. Por último, sugere-se também a realização de estudos longitudinais com testes psicométricos adicionais para avaliar a sensibilidade à mudança, a responsividade do questionário e a interpretabilidade da sua pontuação.

V. CONCLUSÃO

A introdução da versão portuguesa do COMDQ-15 permite aos profissionais de saúde e investigadores disporem de uma ferramenta valiosa para avaliar a QV de pacientes com LPO erosivo. Trata-se de um questionário breve que facilita a comunicação com os pacientes e apresenta uma menor carga de resposta, simplificando a sua aplicação e o cálculo da pontuação respetiva, de forma mais prática, para a sua implementação na prática clínica diária.

Apesar da necessidade de estudos adicionais, a versão portuguesa do COMDQ-15 é um questionário válido e confiável, com capacidade de fornecer informações sobre a perspetiva dos pacientes com LPO erosivo relativamente à sua QV, numa população portuguesa. Estas informações podem servir como um recurso complementar para auxiliar nas decisões de tratamento.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghbari, S. M. H., Abushouk, A. I., Attia, A., Elmaraezy, A., Menshawy, A., Ahmed, M. S., Elsaadany, B. A., & Ahmed, E. M. (2017). Malignant transformation of oral lichen planus and oral lichenoid lesions: A meta-analysis of 20095 patient data. *Oral Oncology*, *68*, 92–102. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2017.03.012>
- Al-Jamaei, Aa., Subramanyam, Rv., Helder, Mn., Forouzanfar, T., Ruslin, M., Meij, Ev., & Visscher, Jg. (2022). Significance of immunohistochemistry biomarkers in prediction of malignant transformation of oral lichen planus: A systematic review. *Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal*, *27*(5), e480–e488. <https://doi.org/10.4317/medoral.25491>
- Alrashdan, M. S., Cirillo, N., & McCullough, M. (2016). Oral lichen planus: A literature review and update. *Archives of Dermatological Research*, *308*(8), 539–551. <https://doi.org/10.1007/s00403-016-1667-2>
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*, *25*(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Butt, D. Q., Khattak, O., Chaudhary, F. A., Bader, A. K., Mujtaba, H., Iqbal, A., Din, S. U., Alanazi, G. R. A., Sghaireen, M. G., & Ahmad, W. (2023). Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Chronic Oral Mucosal Diseases: Reliability and Validity of Urdu Version of Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire (COMDQ). *Healthcare*, *11*(4), 606. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040606>
- Canto, A. M. D., Müller, H., Freitas, R. R. D., & Santos, P. S. D. S. (2010). Líquen plano oral (LPO): Diagnóstico clínico e complementar. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, *85*(5), 669–675. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962010000500010>
- Cerqueira, J. D. M., Moura, J. R., Arsati, F., Lima-Arsati, Y. B. D. O., Bittencourt, R. A., & Freitas, V. S. (2018). Psychological disorders and oral lichen planus: A

- systematic review. *Journal of Investigative and Clinical Dentistry*, 9(4), e12363. <https://doi.org/10.1111/jicd.12363>
- Cheng, Y.-S. L., Gould, A., Kurago, Z., Fantasia, J., & Muller, S. (2016). Diagnosis of oral lichen planus: A position paper of the American Academy of Oral and Maxillofacial Pathology. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 122(3), 332–354. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2016.05.004>
- De Porras-Carrique, T., González-Moles, M. Á., Warnakulasuriya, S., & Ramos-García, P. (2022). Depression, anxiety, and stress in oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Oral Investigations*, 26(2), 1391–1408. <https://doi.org/10.1007/s00784-021-04114-0>
- Eisen, D., Carrozzo, M., Bagan Sebastian, J., & Thongprasom, K. (2005). *Number V* Oral lichen planus: Clinical features and management. *Oral Diseases*, 11(6), 338–349. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2005.01142.x>
- Eversole, L. R. (1997). Immunopathogenesis of oral lichen planus and recurrent aphthous stomatitis. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, 16(4), 284–294. [https://doi.org/10.1016/S1085-5629\(97\)80018-1](https://doi.org/10.1016/S1085-5629(97)80018-1)
- Faleiros, F., K appler, C., Pontes, F. A. R., Silva, S. S. D. C., Goes, F. D. S. N. D., & Cucick, C. D. (2016). Use of virtual questionnaire and dissemination as a data collection strategy in scientific studies. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(4). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>
- Fortes, C. P. D. D., & Ara ujo, A. P. D. Q. C. (2019). Check list para tradu  o e Adaptação Transcultural de questionários em saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 27(2), 202–209. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900020002>
- Gajendra, S., McIntosh, S., & Ghosh, S. (2023). Effects of tobacco product use on oral health and the role of oral healthcare providers in cessation: A narrative review. *Tobacco Induced Diseases*, 21, 12. <https://doi.org/10.18332/tid/157203>

- González-Moles, M. Á., Ruiz-Ávila, I., González-Ruiz, L., Ayén, Á., Gil-Montoya, J. A., & Ramos-García, P. (2019). Malignant transformation risk of oral lichen planus: A systematic review and comprehensive meta-analysis. *Oral Oncology*, *96*, 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2019.07.012>
- González-Moles, M. Á., Warnakulasuriya, S., González-Ruiz, I., González-Ruiz, L., Ayén, Á., Lenouvel, D., Ruiz-Ávila, I., & Ramos-García, P. (2021). Worldwide prevalence of oral lichen planus: A systematic review and meta-analysis. *Oral Diseases*, *27*(4), 813–828. <https://doi.org/10.1111/odi.13323>
- Hochman, B., Nahas, F. X., Oliveira Filho, R. S. D., & Ferreira, L. M. (2005). Desenhos de pesquisa. *Acta Cirurgica Brasileira*, *20*(supl. 2), 2–9. <https://doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>
- Idrees, M., Kujan, O., Shearston, K., & Farah, C. S. (2021). Oral lichen planus has a very low malignant transformation rate: A systematic review and meta-analysis using strict diagnostic and inclusion criteria. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, *50*(3), 287–298. <https://doi.org/10.1111/jop.12996>
- Ismail, S. B., Kumar, S. K. S., & Zain, R. B. (2007). Oral lichen planus and lichenoid reactions: Etiopathogenesis, diagnosis, management and malignant transformation. *Journal of Oral Science*, *49*(2), 89–106. <https://doi.org/10.2334/josnusd.49.89>
- Jalenques, I., Lauron, S., Almon, S., Pereira, B., D’Incan, M., & Rondepierre, F. (2020). Prevalence and Odds of Signs of Depression and Anxiety in Patients with Lichen Planus: Systematic Review and Meta-analyses. *Acta Dermato Venereologica*, *100*(18), adv00330. <https://doi.org/10.2340/00015555-3660>
- Laskaris, G., Laskaris, G., & Laskaris, G. (1994). *Color atlas of oral diseases* (2nd ed.). Thieme.
- Li, C., Tang, X., Zheng, X., Ge, S., Wen, H., Lin, X., Chen, Z., & Lu, L. (2020). Global Prevalence and Incidence Estimates of Oral Lichen Planus: A Systematic Review

- and Meta-analysis. *JAMA Dermatology*, 156(2), 172-181. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2019.3797>
- Li, M., & He, S. (2013). Reliability and validity of the Chinese version of the Chronic Oral Mucosal Diseases Questionnaire. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 42(2), 194–199. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2012.01157.x>
- Lima-Costa, M. F., & Barreto, S. M. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: Conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189-201. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>
- Likert, R. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*, 22(140), 5-55.
- Lodi, G., Manfredi, M., Mercadante, V., Murphy, R., & Carrozzo, M. (2020). Interventions for treating oral lichen planus: Corticosteroid therapies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD001168. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001168.pub3>
- Lodi, G., Pellicano, R., & Carrozzo, M. (2010). Hepatitis C virus infection and lichen planus: A systematic review with meta-analysis: Lichen planus and HCV infection. *Oral Diseases*, 16(7), 601–612. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2010.01670.x>
- Lodi, G., Scully, C., Carrozzo, M., Griffiths, M., Sugerman, P. B., & Thongprasom, K. (2005). Current controversies in oral lichen planus: Report of an international consensus meeting. Part 1. Viral infections and etiopathogenesis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 100(1), 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2004.06.077>
- McCartan, B. E., & Healy, C. M. (2008). The reported prevalence of oral lichen planus: A review and critique. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 37(8), 447–453. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.2008.00662.x>

- Ni Riordain, R., Hodgson, T., Porter, S., & Fedele, S. (2016). Validity and reliability of the Chronic Oral Mucosal Diseases Questionnaire in a UK population. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 45(8), 613–616. <https://doi.org/10.1111/jop.12425>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. (3th ed.). Nova York, NY: McGraw-Hill, Inc.
- Patino, C. M., & Ferreira, J. C. (2018). Inclusion and exclusion criteria in research studies: Definitions and why they matter. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(2), 84–84. <https://doi.org/10.1590/s1806-37562018000000088>
- Petrušić, N., Posavec, M., Sabol, I., & Mravak Stipetić, M. (2015). The Effect of Tobacco Smoking on Salivation. *Acta Stomatologica Croatica*, 49(4), 309–315. <https://doi.org/10.15644/asc49/4/6>
- Porter, S. R., Kirby, A., Olsen, I., & Barrett, W. (1997). Immunologic aspects of dermal and oral lichen planus. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 83(3), 358–366. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(97\)90244-4](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(97)90244-4)
- Porto, S. S., Figueiredo, P. T. D. S., Dos Anjos, N. D. S. T., Dristig, T. A., & De Melo, N. S. (2023). Oral lichen planus and systemic diseases: Casual association or causal?: Líquen plano oral e doenças sistêmicas: associação casual ou causal? *Concilium*, 23(8), 134–153. <https://doi.org/10.53660/CLM-1219-23E30A>
- Pourhoseingholi, M. A., Baghestani, A. R., & Vahedi, M. (2012). How to control confounding effects by statistical analysis. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench*, 5(2), 79–83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24834204/>
- Rad, M., Hashemipoor, M. A., Mojtahedi, A., Zarei, M. R., Chamani, G., Kakoei, S., & Izadi, N. (2009). Correlation between clinical and histopathologic diagnoses of oral lichen planus based on modified WHO diagnostic criteria. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 107(6), 796–800. <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2009.02.020>

- Rad, M., Kakoie, S., Brojeni, F. N., & Pourdamghan, N. (2010). Effect of Long-term Smoking on Whole-mouth Salivary Flow Rate and Oral Health. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*, 4(4), 110-114. <https://doi.org/10.5681/joddd.2010.028>
- Rajan, B., Ahmed, J., Shenoy, N., Denny, C., Ongole, R., & Binnal, A. (2014). Assessment of Quality of Life in Patients with Chronic Oral Mucosal Diseases: A Questionnaire-Based Study. *The Permanente Journal*, 18(1), e123-e127. <https://doi.org/10.7812/TPP/13-095>
- Regezi, J. A., Sciubba, J. J., & Jordan, R. C. K. (2017). *Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations* (7th ed.). Elsevier.
- Regmi, P. R., Waithaka, E., Paudyal, A., Simkhada, P., & Van Teijlingen, E. (2017). Guide to the design and application of online questionnaire surveys. *Nepal Journal of Epidemiology*, 6(4), 640–644. <https://doi.org/10.3126/nje.v6i4.17258>
- Robertson, W. D., & Wray, D. (1992). Ingestion of medication among patients with oral keratoses including lichen planus. *Oral Surgery, Oral Medicine, and Oral Pathology*, 74(2), 183–185. [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(92\)90380-9](https://doi.org/10.1016/0030-4220(92)90380-9)
- Rojo-Moreno, J., Bagán, J., Rojo-Moreno, J., Donat, J. S., Milián, M. A., & Jiménez, Y. (1998). Psychologic factors and oral lichen planus. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 86(6), 687–691. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(98\)90205-0](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(98)90205-0)
- Sandhu, S., Klein, B. A., Al-Hadlaq, M., Chirravur, P., Bajonaid, A., Xu, Y., Intini, R., Hussein, M., Vacharotayangul, P., Sroussi, H., Treister, N., & Sonis, S. (2022). Oral lichen planus: Comparative efficacy and treatment costs—a systematic review. *BMC Oral Health*, 22(1), 161. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02168-4>

- Sansare, K., Kapoor, R., & Karjodkar, F. (2019). Validity of Chronic Oral Mucosal Diseases Questionnaire in oral submucous fibrosis. *Clinical Oral Investigations*, 23(2), 873–877. <https://doi.org/10.1007/s00784-018-2504-0>
- Scully, C., Beyli, M., Ferreiro, M. C., Ficarra, G., Gill, Y., Griffiths, M., Holmstrup, P., Mutlu, S., Porter, S., & Wray, D. (1998). Update On Oral Lichen Planus: Etiopathogenesis and Management. *Critical reviews in oral biology and medicine: an official publication of the American Association of Oral Biologists*, 9(1), 86–122. <https://doi.org/10.1177/10454411980090010501>
- Scully, C., Eisen, D., & Carrozzo, M. (2000). Management of Oral Lichen Planus. *American Journal of Clinical Dermatology*, 1(5), 287–306. <https://doi.org/10.2165/00128071-200001050-00004>
- Serafini, G., De Biase, A., Lamazza, L., Mazzucchi, G., & Lollobrigida, M. (2023). Efficacy of Topical Treatments for the Management of Symptomatic Oral Lichen Planus: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1202. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021202>
- Setterfield, J. F., Black, M. M., & Challacombe, S. J. (2000). The management of oral lichen planus. *Clinical and experimental dermatology*, 25(3), 176–182. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2230.2000.00607.x>
- Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., Guirardello, E. D. B., Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: Avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Sugerman, P. B., Savage, N. W., Walsh, L. J., Zhao, Z. Z., Zhou, X. J., Khan, A., Seymour, G. J., & Bigby, M. (2002). The Pathogenesis of Oral Lichen Planus. *Critical Reviews in Oral Biology & Medicine*, 13(4), 350–365. <https://doi.org/10.1177/154411130201300405>

- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., De Boer, M. R., Van Der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K)
- Thompson, D. F., & Skaehill, P. A. (1994). Drug-Induced Lichen Planus. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 14(5), 561–571. <https://doi.org/10.1002/j.1875-9114.1994.tb02852.x>
- Thornhill, M. H., Pemberton, M. N., Simmons, R. K., & Theaker, E. D. (2003). Amalgam-contact hypersensitivity lesions and oral lichen planus. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 95(3), 291–299. <https://doi.org/10.1067/moe.2003.115>
- Van Der Meij, E. H., Reibel, J., Slootweg, P. J., Van Der Wal, J. E., De Jong, W. F. B., & Van Der Waal, I. (1999). Interobserver and intraobserver variability in the histologic assessment of oral lichen planus. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 28(6), 274–277. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1999.tb02038.x>
- Van Der Meij, E. H., & Van Der Waal, I. (2003). Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *Journal of Oral Pathology & Medicine: official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology*, 32(9), 507–512. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0714.2003.00125.x>

- Wang, W., Chen, Q., Kang, Y., Wang, J., Wen, Y., Peng, C., Gao, Y., Cai, Y., & Yuan, L. (2022). Reliability and validity of the 15-item Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire in China: A short-form instrument to measure quality of life. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 51(6), 538–545. <https://doi.org/10.1111/jop.13316>
- Wiriyakijja, P., Porter, S., Fedele, S., Hodgson, T., McMillan, R., Shephard, M., & Ni Riordain, R. (2019). Development and validation of a short version of Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire (COMDQ-15). *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 49(1), 55–62. <https://doi.org/10.1111/jop.12964>
- Wiriyakijja, P., Porter, S., Fedele, S., Hodgson, T., McMillan, R., Shephard, M., & Ni Riordain, R. (2020a). Health-Related Quality of Life and Its Associated Predictors in Patients with Oral Lichen Planus: A Cross-Sectional Study. *International Dental Journal*, 71(2), 140–152. <https://doi.org/10.1111/idj.12607>
- Wiriyakijja, P., Porter, S., Fedele, S., Hodgson, T., McMillan, R., Shephard, M., & Ni Riordain, R. (2020b). Meaningful improvement thresholds in measures of pain and quality of life in oral lichen planus. *Oral Diseases*, 26(7), 1464–1473. <https://doi.org/10.1111/odi.13379>
- Wiriyakijja, P., Porter, S., Fedele, S., Hodgson, T., McMillan, R., Shephard, M., & Ni Riordain, R. (2020c). The patient acceptable symptom state in oral lichen planus: Identification of cut-off threshold scores in measures of pain and quality of life. *Clinical Oral Investigations*, 25(6), 3699–3709. <https://doi.org/10.1007/s00784-020-03695-6>

VII. ANEXOS

Anexo 1 – Autorização da Comissão de Ética da *Egas Moniz School of Health and Science*.



EGAS MONIZ SCHOOL
of HEALTH & SCIENCE

Comissão de Ética EGAS MONIZ

Plataforma: PT-282/23
Processo Interno nº 1337
Adenda

Ex.ma Senhora
Matilde Gama Pimentel

Monte de Caparica, 25 de janeiro de 2024.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado **“Validação transcultural do Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15 numa população portuguesa”**, foi aprovado.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Profª Doutora Cidália de Castro

Anexo 2 – Autorização da Direção Clínica da Clínica Integrada de Medicina Oral, Lda.



Exma. Senhora Professora Doutora Fernanda de Mesquita,
Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health and Science,

Declara-se que a aluna Matilde Gama Pimentel está autorizada a recorrer à Clínica Integrada de Medicina Oral, Lda. e a consultar o ficheiro de doentes para o desenvolvimento do seu trabalho intitulado “Validação transcultural do Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15 numa população portuguesa” referente ao seu projeto final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária - Instituto Universitário Egas Moniz.

A aluna procederá à consulta do ficheiro e respetiva aplicação do questionário, devidamente acompanhada pelo Médico António Mano Azul e o Médico Dentista Pedro Ferreira Trancoso, responsáveis pelo seguimento clínico dos doentes cujos processos irão ser analisados.

Os doentes da Clínica Integrada de Medicina Oral Lda. autorizam o tratamento dos seus dados em âmbito profissional de abordagem da sua saúde oral.

Os dados referentes à informação clínica dos doentes serão obtidos dos registos clínicos e transferidos para uma base de dados.

Os dados serão anonimizados previamente à sua análise. Nesta, serão incluídas informações sobre género, idade, profissão, hábitos tabágicos, grau de desconforto físico, impacto da medicação e tratamento na qualidade de vida, componentes sociais e emocionais e o nível de apoio dos pacientes.

Lisboa, 20 de novembro de 2023

Direção Clínica

Anexo 3 – Questionário aplicado.

Estudo de Validação de Questionário

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Cirurgia e Medicina Oral da Egas Moniz School of Health and Science, sob a orientação do Mestre Pedro Trancoso, solicita-se autorização para a participação no estudo "Validação transcultural do Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15 numa população portuguesa" a pacientes com 18 anos ou mais com diagnóstico de doença crónica da mucosa oral com o objetivo de testar a validade transcultural e aplicabilidade do Chronic Oral Mucosal Disease Questionnaire-15 (COMDQ-15) numa população portuguesa. A participação consiste no preenchimento de um questionário sobre a qualidade de vida em pacientes com doenças crónicas da mucosa oral, relativamente ao desconforto físico, à medicação e tratamento utilizados para a doença, à componente social e emocional e ao apoio sentido, cujo tempo estimado para o seu preenchimento é de 5 minutos.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios ao progresso do conhecimento sobre o modo como os doentes com patologia inflamatória da mucosa oral vivem com a dor associada, bem como as expectativas e receios sobre a terapêutica instituída. Deste modo, poderemos promover melhores formas de comunicar com os doentes tornando-os mais informados no que diz respeito à evolução da doença crónica.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

CONTACTO

Se você tiver dúvidas a qualquer momento sobre o estudo ou os procedimentos, pode entrar em contato com a equipa de orientação da investigação, por telefone em 212946840 ou por e-mail em p.trancoso@egasmoniz.edu.pt.

Selecione a sua opção abaixo.

Pode imprimir uma cópia deste formulário de consentimento, para seu registo.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Consentimento Electrónico *

Por favor, selecione a opção "ACEITO" se: Leu as informações acima; Concorda em participar voluntariamente; Tem 18 anos de idade ou mais, ou se é responsável legal do participante menor.

Marcar apenas uma oval.

ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas *Avançar para a pergunta 3*

NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas

2. Identificação | CÓDIGO *

Avançar para a pergunta 3

Dados sociodemográficos

3. Idade *

4. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

5. Profissão *

6. É fumador(a)? *

Marcar apenas uma oval.

Não *Avançar para a pergunta 9*

Sim *Avançar para a pergunta 7*

Avançar para a pergunta 13

Fumador

7. Se respondeu **Sim** na pergunta anterior, especifique quantos cigarros por dia *

8. Há quantos anos fuma? *

Avançar para a pergunta 13

Se respondeu "Não" à pergunta anterior,

9. Alguma vez fumou? *

Marcar apenas uma oval.

- Sim *Avançar para a pergunta 10*
- Não *Avançar para a pergunta 13*

Ex-Fumador

10. Há quanto tempo deixou de fumar? *

11. Quantos anos fumou? *

12. Quantos cigarros fumou em média? *

Questionário CFQ

Este questionário visa medir a qualidade de vida de pacientes com doenças crónicas da mucosa oral.
Relativamente ao **DESCONFORTO FÍSICO**

13. Q1 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão desconfortável se sente com alguns tipos de alimentos/bebidas (alimentos picantes, ácidos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Q2 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão desconfortável se sente com alguns tipos de texturas de comida (alimentos ásperos, crocantes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Q3 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão desconfortável se sente com a temperatura de algumas comidas/bebidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Q4 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão desconfortável a sua doença causa na sua higiene oral diária (escovar, usar fio dentário/colutório)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Q5 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Qual a sua necessidade de medicação de modo a ajudar nas suas actividades diárias (falar, comer, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário CFQ

Este questionário visa medir a qualidade de vida de pacientes com doenças crónicas da mucosa oral.
Relativamente à **MEDICAÇÃO E TRATAMENTO**

18. Q6 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão preocupado(a) se sente com os possíveis efeitos secundários da medicação usada no tratamento da sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Q7 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão frustrado(a) se sente por não existir uma medicação única que possa ser usada no tratamento da sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. Q8 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão limitado(a) se sente no seu dia-a-dia pelo uso da medicação que lhe foi prescrita (rotina/modo de aplicar ou tomar)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário CFQ

Este questionário visa medir a qualidade de vida de pacientes com doenças crónicas da mucosa oral. Relativamente à componente **SOCIAL E EMOCIONAL**

21. Q9 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão triste o(a) deixa a sua doença oral?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Q10 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão ansioso o(a) deixa a sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Q11 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão incomodado o(a) deixa a imprevisibilidade da sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Q12 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quão pessimista o(a) deixa a sua doença acerca do futuro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Q13 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Nada	Ligeiramente	Moderadamente	Consideravelmente	Extremamente
Quanto é que a sua doença condiciona/interfere com as suas actividades sociais (reuniões)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Questionário CFQ

Este questionário visa medir a qualidade de vida de pacientes com doenças crónicas da mucosa oral. Relativamente à componente **APOIO AO DOENTE**

26. Q14 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
Qual o seu grau de satisfação sobre o nível de apoio e compreensão demonstrado pela sua família relativamente à sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Q15 *

Marcar apenas uma oval por linha.

	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
Qual o seu grau de satisfação sobre o nível de apoio e compreensão demonstrado pelos seus amigos/colegas de trabalho relativamente à sua doença?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>