

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

Trabalho submetido por
Alexandra Armony Redoules Rabarot
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

setembro de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES

Trabalho submetido por
Alexandra Armony Redoules Rabarot
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor José Maria Cardoso

setembro de 2024

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, **Prof. Doutor José Maria Cardoso**, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos, mas também a minha gratidão pelos ensinamentos e experiência que me deu ao longo deste ano letivo. Estou grata pela sua paciência e muito grata pelo tempo que dedicou à minha tese. Apreciei todos os conselhos que me deu e emociona-me o facto de ter aceitado acompanhar-me na escolha deste tema que me era muito querido.

Aos **Prof. Doutor João Botelho e Prof. Doutor Luís Proença**, a vossa experiência e competência em estatística têm sido uma grande fonte de inspiração para mim e gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos pelo vosso trabalho exemplar.

A **Lena**, minha artista e amiga, obrigada por todas as ilustrações que fizeste para a minha tese, que foram uma forma maravilhosa de ilustrar o meu tema.

A **ma Maman**, je tiens à te remercier pour le soutien infaillible dont tu as fait preuve durant tout mon parcours. Si je suis ici aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à toi et ton amour inconditionnel. Depuis quelques années, nous formons, toi et moi, une équipe qui peut affronter n'importe quelle épreuve de la vie. Je suis si fière d'être ta fille et de te ressembler autant ! Tu es, pour moi, un modèle de vie et de Femme. Alors merci pour tout ! J'espère que tu es fière de moi comme moi je fière de toi.

A **Maxime**, mon amour. Les mots me manqueront pour exprimer à quel point je suis heureuse que tu partages aujourd'hui ma vie. Merci d'être à mes côtés et de me soutenir dans tous les projets que je souhaite entreprendre ! N'oublie jamais que je t'aime un peu plus tous les jours, que je serai toujours à tes côtés ! Une brillante carrière de dentiste se dessine devant toi alors ne lâche rien je t'attendrai à l'arrivée.

A **Alice**, mon binôme, ma colloc, ma meilleure amie, mon partenaire et tant d'autres... te dire merci serait trop peu pour t'exprimer la gratitude que j'ai pour ces 5 années d'amitié et ces 4 années de collocation que nous avons passé ensemble ! Chaque moment passé avec toi sont des souvenirs merveilleux qui ne me quitteront jamais. Je suis tellement heureuse que notre histoire se continue, chez toi dans le Nord ! Tu ne te débarrasseras pas de moi comme ça ! Alors merci pour les aventures passées et merci pour celles qui sont encore à venir... A très vite chère consœur !

A **Alizée, Salomé, Manon, Jules et Gio** merci d'avoir toujours étaient présents dans les moments de joie comme dans les moments de peine. Voilà presque plus de 10 ans d'amitié pour certains qui ne s'éteindront jamais, j'en suis persuadée. Merci pour votre soutien infaillible qui m'a permis de ne jamais avancée seule. Je vous aime tellement fort.

A **Elise, Alice, Alexandre, Axel, Kenza** vous serez sans doute les seuls cités dans cette thèse car c'est avec vous que j'ai passé les plus beaux moments de ma vie. Vous avez contribué à mon épanouissement et à mon bonheur ! vous êtes des personnes formidables qui ont énormément à apporter à ce monde. Je vous garderai toujours dans mon cœur et vous serai éternellement reconnaissante. Ne m'oubliez pas, comme je ne vous oublierai jamais.

A **mon Papa**. Cette thèse elle est aussi pour toi ! j'espère que là où tu es, tu es fier de moi. Je te l'avais dit que j'y arriverai... tu es à jamais dans mon cœur et dans mes pensées. Je t'aime et je ne t'oublie pas.

RESUMO

De acordo com a Academia Americana de Periodontologia, a periodontite é uma doença inflamatória crônica que afeta os tecidos de suporte dos dentes, podendo levar à sua perda.

É uma doença que pode ter implicações a nível sistémico, assim como pode sofrer influência de determinados hábitos assim como de patologias sistémicas.

As sequelas da periodontite podem ter repercussões não só na estética mas também na função e no estado da saúde oral do paciente, podendo influenciar a sua qualidade de vida.

O objetivo principal deste trabalho é estudar a influência da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes e, assim, realçar a importância da prevenção e da promoção da saúde periodontal. Será dado enfoque ao papel do Médico Dentista na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doença periodontal, integrando abordagens centradas no paciente, particularmente através de tratamentos personalizados e discussões aprofundadas.

Para isso foi aplicado um questionário, que já foi validado em outros estudos, numa amostra de pacientes da clínica dentária Egas Moniz, com o objetivo de avaliar o impacto da periodontite na qualidade de vida dos pacientes.

Foi aplicado um questionário inspirado no “Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)”, questionário que foi utilizado num estudo nacional de avaliação da saúde oral, realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esse questionário será alterado em alguns aspetos e será acrescentada uma parte respeitante à autoperceção sobre a higiene oral. A avaliação da higiene oral dos pacientes e a recolha de dados socio-demográficos torna este questionário diferente dos já publicados.

Esse questionário foi aplicado na primeira consulta logo após o registo dos dados clínicos. Dadas as amostras utilizadas nos vários estudos sobre este tema, considerou-se uma amostra de 100 doentes apropriada para avaliar o objetivo do estudo.

ABSTRACT

According to the American Academy of Periodontology, periodontitis is a chronic inflammatory disease that affects the supporting tissues of the teeth and can lead to tooth loss (Ximénez-Fyvie et al., 2000).

It is a disease that can have systemic implications, as well as being influenced by certain habits as well as systemic pathologies (Scannapieco & Gershovich, 2020).

The sequelae of periodontitis can have repercussions not only on aesthetics but also on the function and state of the patient's oral health and may influence their quality of life (Borges et al., 2013).

The main objective of this study is to study the influence of periodontal disease on the quality of life of patients and, thus, to highlight the importance of prevention and promotion of periodontal health and to highlight the role of the dentist in improving the quality of life of patients with periodontal disease by integrating patient-centred approaches, particularly through personalised treatments and in-depth discussions.

To this end, a questionnaire was applied, which has already been validated in other studies, to a sample of patients from the Egas Moniz dental clinic, with the aim of evaluating the impact of periodontitis on the quality of life of patients.

A questionnaire inspired by the "Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)", a questionnaire that was used in a national study of oral health assessment, carried out by the Ministry of Health of Brazil, will be applied. This questionnaire will be amended in some respects and a part will be added on self-perception of oral hygiene. The assessment of patients' oral hygiene and the collection of socio-demographic data makes this questionnaire different from those already published.

This questionnaire was applied at the first consultation immediately after the registration of clinical data. Given the samples used in the various studies on this topic, a sample of 100 patients was considered appropriate to evaluate the objective of the study.

ÍNDICE GERAL

1	INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
1.1	INTRODUÇÃO.....	13
1.2	DOENÇA PERIODONTAL.....	14
1.2.1	<i>Definição da doença periodontal.....</i>	<i>14</i>
1.2.2	<i>Características clínicas e diagnóstico.....</i>	<i>15</i>
1.2.3	<i>Os fatores de riscos.....</i>	<i>18</i>
1.2.4	<i>Sequelas da doença periodontal.....</i>	<i>19</i>
1.2.5	<i>Tratamento da doença periodontal.....</i>	<i>24</i>
1.3	A QUALIDADE DE VIDA.....	25
1.3.1	<i>Definição.....</i>	<i>25</i>
1.3.2	<i>Instrumentos de medida da qualidade de vida.....</i>	<i>25</i>
1.3.3	<i>Oral Health Impact Profil (OHIP-49).....</i>	<i>27</i>
1.3.4	<i>OHIP-14.....</i>	<i>27</i>
1.4	A QUALIDADE DE VIDA E A DOENÇA PERIODONTAL.....	28
1.4.1	<i>O impacto funcional e físico.....</i>	<i>28</i>
1.4.2	<i>Impacto psicológico.....</i>	<i>30</i>
1.4.3	<i>Impacto social.....</i>	<i>32</i>
2	INVESTIGAÇÃO EFETUADA.....	33
2.1	OBJETIVO DO ESTUDO.....	33
2.2	HIPÓTESE DO ESTUDO.....	33
2.3	MATERIAIS E MÉTODOS.....	35
2.3.1	<i>Conceção e contexto do estudo.....</i>	<i>35</i>
2.3.2	<i>Participantes e critérios de elegibilidade.....</i>	<i>36</i>
3	RESULTADOS.....	37
3.1.1	<i>Variáveis demográficas e qualidade de vida.....</i>	<i>37</i>
3.1.2	<i>Autopercepção da higiene oral e estado da saúde oral.....</i>	<i>41</i>
3.1.3	<i>O estado da saúde oral e a qualidade de vida.....</i>	<i>44</i>
3.1.4	<i>Qualidade de vida e hábitos de cuidados dentários.....</i>	<i>46</i>
3.1.5	<i>Hábitos de cuidados dentários e doença periodontal.....</i>	<i>51</i>
4	DISCUSSÃO.....	53

5	IMPLICACOES CLÍNICAS	59
5.1	MÉTODOS DE PREVENÇÃO	59
5.1.1	<i>Os diferentes métodos de prevenção</i>	<i>59</i>
5.1.2	<i>Benefícios a curto e longo prazo da prevenção</i>	<i>60</i>
5.1.3	<i>Relação paciente - Médico Dentista.....</i>	<i>61</i>
6	LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	63
6.1	LIMITAÇÕES	63
7	CONCLUSÃO.....	65
8	BIBLIOGRAFIA	67
9	ANEXO.....	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Anatomia do periodonto	15
Figura 2: Recessão gengival.....	20
Figura 3: Perda da papila interdentária.....	21
Figura 4: Diastema	22
Figura 5: Migração patológica.....	22
Figura 6: Lesão de furca	23
Figura 7: Defeito ósseo.....	24
Figura 8: Modelo conceitual de saúde oral de Locker adaptado por Anagnostopoulos, 2014.	27
Figura 9: Diagrama do resultado de crosstabulation entre a autopercepção da higiene oral e a consciência da importância das visitas anuais ao Médico Dentista.....	43
Figura 10: Diagrama do resultado de crosstabulation entre o estágio da doença periodontal e as limitações financeiras que impedem as consultas dentaria	51
Figura 11: Diagrama do resultado de crosstabulation entre o estágio da periodontite e a consciência da importância das visitas anual ao Médico dentista	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Resumo das características para avaliação do estágio adaptado de Nisand et al., 2019.	16
Tabela 2: Resumo das características para avaliação de notas adaptado de Nisand et al., 2019.	17
Tabela 3: Classificação das seis dimensões da qualidade de vida, segundo OMS.....	26
Tabela 4: Resultado teste T-student analisando o sexo e a qualidade de vida	38
Tabela 5: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a idade e a qualidade de vida	39
Tabela 6: Resultado teste T-student analisando a situação marital e a qualidade de vida	41
Tabela 7: Resultado da análise de crosstabulation entre o sexo e a auto-percepção da higiene oral	42
Tabela 8: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a idade e a auto-percepção da higiene oral.....	42
Tabela 9: Resultado da análise de crosstabulation entre a auto percepção da higiene oral e a consciência da importância das visitas anual ao Médico dentista	43
Tabela 10: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a auto-percepção da higiene oral e o número de dente restante em boca.....	44
Tabela 11: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a auto-percepção da higiene oral e o estágio da doença periodontal.....	44
Tabela 12: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a qualidade de vida e o número de dente restante em boca.....	45
Tabela 13: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar o estágio da doença periodontal e o número de dentes restantes em boca	46
Tabela 14: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar o estágio da doença periodontal e a qualidade de vida.....	46
Tabela 15: Resultado teste for Equality of Means analisando a consciência da importância dos controlos dentários anuais e a qualidade de vida	48
Tabela 16: Resultado teste T-student analisando as limitações financeiras que impedem as consultas dentaria e a qualidade de vida	50
Tabela 17: Resultado da análise de crosstabulation entre o estágio da doença periodontal e analisando as limitações financeiras que impedem as consultas dentaria	51

Tabela 18: Resultado da análise de crosstabulation entre a o estágio da doença periodontal e a consciência da importância das visitas anual ao Médico dentista 52

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS – Organização mundial da saúde

OHIP-14 – Oral Health Impact Profile-14

OHRQOL – Oral Health-related Quality of Life

CAL – Clinical attachment loss

RX – Radiológico

HbA1c - Hemoglobina glicada

IA – Inteligência artificial

SMS – short message service

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1.1 Introdução

A forma severa da doença periodontal afeta cerca de 20% da população adulta mundial, ou mais de 1 bilhão de casos (World Health Organization: WHO, 2023) e afeta países desenvolvidos e em desenvolvimento. Esta elevada prevalência faz desta doença um verdadeiro problema de saúde pública global (M. A. Nazir, 2017) e coloca-a em 11º lugar entre as doenças mais difundidas no mundo, mais do que as doenças cardiovasculares com grande disparidade de gestão entre cada país (Janakiram & Dye, 2020).

O acesso ao tratamento da doença periodontal varia de acordo com o país, etnia, nível de educação, sexo e status socioeconômico. Por exemplo, homens, pessoas com baixos níveis de educação, pessoas que vivem em áreas rurais e minorias étnicas têm pior saúde oral (Taylor-Bishop et al., 2022).

É essencial compreender o que desencoraja as pessoas de acederem aos cuidados dentários, incluindo os cuidados dentários preventivos. De facto, as doenças orais, como a periodontite, são doenças dispendiosas e com consequências graves, nomeadamente na qualidade de vida em geral. A doença periodontal tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, causando desconforto físico, sofrimento emocional e desafios sociais. Por outro lado, a saúde periodontal é crucial para o bem-estar geral, uma vez que está intimamente ligada à saúde geral, permitindo que os indivíduos alcancem uma melhor qualidade de vida, prevenindo mais danos e preservando a saúde oral (Wulandari, Masulili, et al., 2022).

Assim, a ação preventiva não só melhoraria a qualidade de vida dos pacientes, como também poderia economizar custos adicionais (Scannapieco & Gershovich, 2020).

Atualmente, faltam abordagens de saúde pública para a prevenção e o controle da doença periodontal. Clínicos, pesquisadores e políticos devem melhorar a cobertura do

seguro dentário e aumentar a consciencialização sobre as doenças gengivais (Taylor-Bishop et al., 2022).

A prevenção da doença periodontal depende da melhoria das intervenções individuais atualmente disponíveis e da identificação de intervenções de saúde pública que possam ser eficazes e sustentáveis nas condições do mundo real (Janakiram & Dye, 2020).

Numerosos estudos têm sido realizados sobre o tema do impacto da periodontite na qualidade de vida dos pacientes para fornecer informações relevantes. No entanto, poucos estudos têm utilizado um questionário para avaliar a qualidade de vida dos pacientes tendo em consideração as suas características sociodemográficas e financeiras, bem como as suas autoperceções sobre a higiene oral. Diante da falta de uma síntese recente sobre o tema, o objetivo principal deste trabalho é estudar a influência da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes e, assim, demonstrar a importância da prevenção e promoção da saúde periodontal utilizando um questionário inspirado no questionário "Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)", bem como um questionário utilizado no âmbito de um estudo nacional de avaliação da saúde oral realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil (SB Brasil, 2012).

1.2 Doença periodontal

1.2.1 Definição da doença periodontal

A doença periodontal é definida como uma doença inflamatória crónica, de origem microbiana, que afeta os tecidos de suporte do dente: o periodonto. Este é composto por **(Figura 1)** (Vigouroux et al., 2011):

- 1) A gengiva que protege os tecidos subjacentes,
- 2) O ligamento periodontal,
- 3) Cimento
- 4) O osso alveolar.

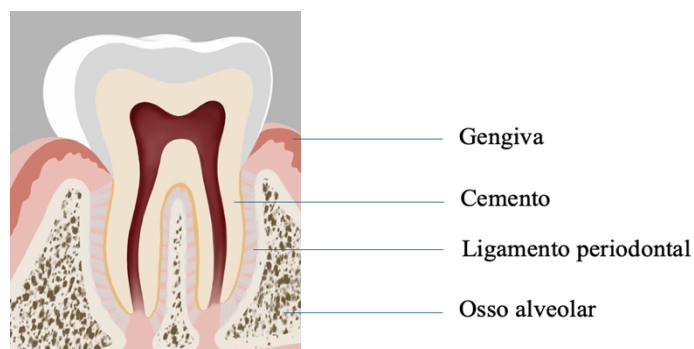


Figura 1: Anatomia do periodonto

A periodontite é uma condição multifatorial resultante da interação complexa entre vários fatores microbianos, genéticos, ambientais e comportamentais, resultando na alteração parcial ou total das estruturas de suporte dos dentes (Jaumet et al., 2023). A periodontite pode ser isolada num grupo de dentes ou ser generalizada em toda a dentição.

1.2.2 Características clínicas e diagnóstico

Para estabelecer o diagnóstico desta doença, é essencial ter em conta muitos fatores como a profundidade de sondagem, a distância entre a margem gengival e a junção cimento-esmalte, perda clínica de inserção (CAL), vermelhidão gengival e hemorragia gengival durante a sondagem (Gomes-Filho, 2018).

A *American Academy of Periodontology* e a *European Federation of Periodontology* estabeleceram uma classificação essencial para fazer um diagnóstico preciso, determinar a gravidade da doença e desenvolver um plano de tratamento adaptado a cada paciente. Desde 2017, essa classificação leva em conta a avaliação do grau e estágio da doença periodontal. Esta abordagem de classificação, amplamente utilizada na prática clínica, permite uma avaliação padronizada e uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde oral (Nisand et al., 2019).

Estágio da doença periodontal

O estágio da periodontite refere-se à complexidade da doença periodontal, à gravidade e à sua distribuição. Os fatores utilizados incluem (**Tabela 1**) (Caton et al., 2018):

Estágio I: Periodontite precoce com perda clínica de inserção e perda óssea alveolar leve a moderada. Esta fase está na fronteira entre gengivite e periodontite.

Estágio II: Periodontite moderada com perda clínica de inserção e perda óssea alveolar moderada

Estágio III: Periodontite grave com perda de inserção clínica e perda óssea alveolar grave.

<i>Estágio de periodontite</i>		Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4
<i>Gravidade</i>	CAL	1 a 2 mm	3 a 4 mm	≥ 5 milímetros	≥ 5 milímetros
	Perda óssea RX	1/3 coronal (15%)	1/3 coronal (15% - 30%)	Até 1/2 ou 1/3 de raiz apical	
	Perda de dentes	Sem perda de dentes devido a periodontite		≤ 4 dentes perdidos devido a periodontite	≥ 5 dentes perdidos devido a periodontite
<i>Complexidade</i>	Locais	Profundidade de sondagem ≤ 4 mm	Profundidade de sondagem ≤ 5 mm	Para além das características da fase II:	Além das características do estágio III:
		Perda óssea horizontal predominante	Perda óssea horizontal predominante	Profundidade de sondagem ≥ 6	Disfunção mastigatória
				Perda óssea vertical ≤ 3 mm	Trauma de 2ª ordem
				Defeito de Furca II ou III	Defeito grave da crista
			Defeito da crista moderada	< 20 dentes restantes	Migração patológica
<i>Extensão e distribuição</i>	Localizada se menos de 30% dos dentes forem afetados e generalizada se mais de 30% dos dentes forem afetados				

Tabela 1: Resumo das características para avaliação do estágio adaptado de Nisand et al., 2019.

Grau de doença periodontal

O grau de doença periodontal refere-se à taxa de progressão da doença. Os graus incluem (**Tabela 2**) (Caton et al., 2018):

Grau A: Não foram observados sinais de progressão da doença nos últimos cinco anos.

Grau B: há uma progressão da doença.

Grau C: a progressão da doença é rápida.

GRAU DE PERIODONTITE			Grau A	Grau B	Grau C
			(Progresso lento)	(Progresso moderado)	(Progresso rápido)
<i>Critérios primários</i>	Evidências diretas de progressão	Informação longitudinal	Nenhuma evidência de perda em 5 anos	< 2 mm em 5 anos	≥ 2mm em 5 anos
	Evidências indiretas de progressão	% Perda óssea / Idade	< 0,25	0,25 a 1	>1
		Fenótipo do caso	Acumulação densa de biofilme com baixo nível de destruição	Destruição proporcional aos depósitos de biofilme	Destruição que excede o esperado aos depósitos de biofilme
<i>Modificadores de Grau</i>	Fatores de risco	Hábitos tabágicos	Não-fumador	<10 cigarros/dia	>10 cigarros / dia
		Diabetes	Glicemia normal	HbA1c < 7%	HbA1c ≥ 7%

Tabela 2: Resumo das características para avaliação do grau adaptado de Nisand et al., 2019.

Recomenda-se que esta classificação seja revista de modo a torná-la adaptável a unidades de saúde com recursos limitados, particularmente em países em desenvolvimento. Além disso, é aconselhável ajustar esses critérios de acordo com as características do grupo populacional estudado e da sua condição oral (Ndjidda Bakari et al., 2021).

1.2.3 Os fatores de riscos

A identificação de fatores de risco permite identificar pessoas que têm mais probabilidade em desenvolver periodontite. Uma vez diagnosticados, a gestão destes fatores ajuda a melhorar tanto o tratamento como o prognóstico (Van Dyke & Dave, 2005). Alguns doentes podem ter múltiplos fatores de risco, o que pode levar a uma degradação mais rápida e grave dos tecidos de suporte. Esses fatores podem ser gerais ou locais, e podem ser modificáveis ou não (Van & Dave, 2005).

Os fatores modificáveis

- **Higiene oral inadequada:** A má higiene oral, caracterizada por uma escovagem insuficiente, falta de cuidados dentários e uso irregular de produtos de higiene oral, promove a acumulação de placa bacteriana. Também conhecida como biofilme microbiano, a placa bacteriana dentária é um dos principais fatores da doença periodontal. Estes biofilmes são compostos por bactérias, proteínas salivares e restos alimentares. As bactérias presentes na placa bacteriana libertam toxinas e enzimas que induzem uma resposta inflamatória, levando à destruição do tecido periodontal (Van & Dave, 2005).
- **Fatores ambientais:** Vários fatores ambientais podem contribuir para o desenvolvimento da doença periodontal. O tabagismo é um dos fatores de risco mais significativos, pois compromete a circulação sanguínea das gengivas, enfraquece o sistema imunológico e prejudica a capacidade de regeneração dos tecidos periodontais. (Van & Dave, 2005).
- **Fatores comportamentais:** Existe alguma evidência que indivíduos sob stress psicológico têm um risco aumentado de desenvolver perda clínica de inserção e reabsorção óssea alveolar (Van & Dave, 2005). Além disso, outro estudo indica que a resposta imune do hospedeiro a infeções bacterianas responsáveis pela doença periodontal pode estar enfraquecida em pessoas sob stress psicológico (Van & Dave, 2005).

Os fatores não modificáveis

- **Fatores genéticos:** As variações genéticas podem afetar a resposta imune do organismo à infecção bacteriana ou influenciar a suscetibilidade dos tecidos periodontais à inflamação e reabsorção óssea (Van & Dave, 2005).
- **Resposta do hospedeiro:** De acordo com numerosos estudos, a destruição tecidual observada na doença periodontal deve-se a uma resposta imune mal regulada à infecção bacteriana, e não a uma ação destrutiva direta dos próprios patógenos (Van & Dave, 2005).
- **Doenças sistêmicas:** A doença sistêmica pode enfraquecer os mecanismos de defesa do hospedeiro, aumentando o risco de doença periodontal. Entre as ligações entre distúrbios sistêmicos crônicos e a saúde oral, a correlação mais forte foi encontrada entre diabetes mellitus e a doença periodontal. A diabetes está associada à doença periodontal, que é considerada a sexta complicação mais comum da diabetes (Madiba & Bhayat, 2018).
- **Idade:** Não está claro se é a própria idade que aumenta o risco ou se é a taxa de destruição periodontal ao longo do tempo que aumenta a prevalência e a gravidade da doença periodontal. A taxa de deterioração periodontal em adultos permanece estável até os 70 anos, sugerindo que a idade não é um fator de risco até essa idade (Madiba & Bhayat, 2018).

É necessário ter em conta estes diferentes fatores para prevenir, diagnosticar e tratar eficazmente esta doença (M. Nazir et al., 2020).

1.2.4 Sequelas da doença periodontal

As alterações clínicas decorrentes do curso da periodontite, conhecidas como sequelas, afetam significativamente não só a aparência, mas também a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes. Essas consequências vêm tanto da própria periodontite quanto dos tratamentos periodontais efetuados (Clark & Levin, 2020).

As sequelas da doença periodontal podem incluir: recessão gengival, perda de papila interdentária, diastema, migração patológica, mobilidade dentária, hipersensibilidade dentinária, halitose, lesões de furca ou defeitos ósseos.

Recessão gengival

A recessão gengival (**Figura 2**) é definida como o movimento apical da margem gengival relativamente à junção cimento-esmalte de um dente. Este distúrbio é caracterizado por uma diminuição do tecido periodontal, incluindo a gengiva, ligamento periodontal, cimento radicular, bem como perda óssea e mucosa ao redor dos dentes (Imber & Kasaj, 2021).



Figura 2: Recessão gengival

As consequências da recessão gengival incluem a exposição da superfície radicular, causando hipersensibilidade dentinária, cárie radicular, lesões cervicais não cariosas, diminuição da eficácia do controlo da placa bacteriana e comprometimento da estética dentária (Imber & Kasaj, 2021). Além disso, segundo alguns autores a recessão gengival não tratada tende a progredir apicalmente ao longo do tempo, mesmo na presença de uma boa higiene oral (Imber & Kasaj, 2021).

Perda de papila interdentária

A papila interdentária é a porção gengival que preenche a região situada entre dois dentes adjacentes, também conhecida como espaço interdentário. Os dentes adjacentes

formam um espaço físico com quatro aberturas piramidais: cervical, oclusal, vestibular e lingual. A papila interdentária está localizada na região cervical. As papilas interdentárias desempenham um papel essencial nos tratamentos dentários estéticos e nas funções da cavidade oral, especialmente na prevenção da impactação alimentar e na manutenção da fonética (Ziahosseini et al., 2014).

A presença de papilas interdentárias e gengivas saudáveis que se relacionam harmoniosamente com a dentição natural é um aspeto estético crucial a considerar durante o tratamento e diagnóstico dentário (Jagdhane & Mahale, 2014).

Vários fatores podem explicar a redução do tamanho da papila interdentária, como o espaço entre os dentes, o tipo de gengiva, a idade, a presença de doença periodontal e a perda de suporte ósseo, bem como a morfologia anormal do dente ou da coroa (Ziahosseini et al., 2014). Esta perda (**Figura 3**) pode mesmo ser causada pelo tratamento periodontal, uma vez que os tecidos moles se contraem durante a cicatrização (Ziahosseini et al., 2014).



Figura 3: Perda da papila interdentária

Diastemas

Um diastema (**Figura 4**) é definido como um espaço entre dois ou mais dentes consecutivos. Na patologia periodontal, a perda de tecido periodontal de suporte, bem como a inflamação das fibras de colagénio ao redor dos dentes podem levar à migração dentária patológica, bem como a diastemas (Costa et al., 2004).

As consequências de um diastema incluem mordedura labial, pronúncia deficiente e uma aparência pouco atraente, o que tem um impacto psicológico negativo nos pacientes (Costa et al., 2004).



Figura 4: Diastema

Migração patológica

O alinhamento dos dentes na arcada dentária é afetado por uma variedade de fatores, incluindo a saúde e a altura do tecido periodontal, bem como as forças mastigatórias e a pressão nos lábios, bochechas e língua. Qualquer alteração nesses elementos desencadeia uma série de mudanças inter-relacionadas no ambiente dentário, levando à migração patológica (**Figura 5**) (Costa et al., 2004).



Figura 5: Migração patológica

Mobilidade dentária

A mobilidade dentária é o movimento horizontal e axial não fisiológico de um dente em resposta a forças normais, como a mastigação. Este fenómeno é desencadeado quando o dente se desprende totalmente ou parcialmente do seu aparelho de fixação e suporte, como na doença periodontal (Gupta et al., 2023).

Halitose

A halitose é um mau odor libertado da boca quando se respira ou quando se fala. O mau hálito é causado pela degradação microbiana de aminoácidos sulfurados e não sulfurados (Izidoro et al., 2021).

Lesões de Furca

As lesões de furca (**Figura 6**) referem-se a uma condição em que a progressão da doença periodontal invade as áreas de bifurcação e trifurcação dos dentes multirradiculares. Caracterizam-se por reabsorção óssea e perda de inserção (Peeran et al., s.d.).

A principal etiologia destas lesões é a progressão da doença periodontal. A acumulação de placa bacteriana, bem como a resposta inflamatória, leva à perda de fixação na área da furca (Peeran et al., s.d.).



Figura 6: Lesão de furca

Defeitos ósseos

A doença periodontal é uma inflamação crônica dos tecidos de suporte do dente como resultado de uma acumulação de placa bacteriana. Esta inflamação crônica ativa o sistema imunitário do hospedeiro, levando à reorganização do tecido ósseo e, em particular, a danos no mesmo (**Figura 7**) (Luo et al., 2022).



Figura 7: Defeito ósseo

1.2.5 Tratamento da doença periodontal

De acordo com o *Center for Disease Control and Prevention (2024)*, a doença periodontal não pode ser curada, mas pode ser estabilizada e para isso existem dois tipos de tratamento para melhorar a saúde periodontal, preservar os dentes naturais, bem como restaurar a função oral e a estética (Nambiar & Chava, 2016):

Tratamento não cirúrgico

O tratamento não cirúrgico consiste em motivar o paciente e dar instruções sobre higiene oral, remoção mecânica da placa bacteriana e depósitos de tártaro supragengival, correção de fatores que promovam a acumulação de placa bacteriana e modificação de fatores de risco (como a cessação tabágica) (Nambiar & Chava, 2016).

O tratamento não cirúrgico também inclui o alisamento radicular, que consiste na remoção do tártaro e da placa bacteriana da área subgengival. A remoção do tártaro supra e subgengival é particularmente eficaz na redução do fenômeno inflamatório, bem como da profundidade de sondagem (Cobb & Sottosanti, 2021).

Tratamento cirúrgico

Apesar da remoção meticulosa do tártaro supra e subgingival, a inflamação pode persistir nas bolsas mais profundas, particularmente devido a resíduos de placa bacteriana ou tártaro. Para isso, é importante informar o paciente que existe a possibilidade de tratamento cirúrgico que inclui técnicas de ressecção e regeneração tecidual como gengivectomia, retalho de Widman modificado e retalho de espessura total ou parcial, com ou sem recontorno ósseo (Nambiar & Chava, 2016).

1.3 A qualidade de vida

1.3.1 Definição

A saúde foi definida em 1946, pela Organização Mundial de Saúde, como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade" e, em 2014, a *American Dental Association*, associou esta definição de saúde a outros elementos importantes: "A saúde oral é um estado de bem-estar funcional, estrutural, estético, fisiológico e psicossocial e é essencial para a saúde geral e a qualidade de vida do indivíduo".

A noção de qualidade de vida relacionada à saúde oral engloba avaliações subjetivas, bem como as expectativas dos pacientes em relação ao tratamento oral (Buset et al., 2016).

1.3.2 Instrumentos de medida da qualidade de vida

Na prática médica, instrumentos de medição da qualidade de vida são usados para avaliar a eficácia de vários tratamentos e para avaliar as diferenças na qualidade de vida entre culturas (Organização Mundial da Saúde, 2012). Estes instrumentos também medem o impacto das circunstâncias de vida na qualidade de vida ao longo do tempo (Organização Mundial de Saúde, 2012).

O crescente ênfase numa abordagem mecanicista da medicina, centrada unicamente na eliminação de doenças e sintomas, sublinha a importância da integração de uma componente humanista nos cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2012).

No centro dos cuidados de saúde está a interação centrada no ser humano, onde o bem-estar do paciente é uma prioridade fundamental. Ao defender a avaliação da qualidade de vida em saúde, o foco está nessa dimensão (Organização Mundial da Saúde, 2012).

Cada aspeto da qualidade de vida pode ser definido como uma representação de um comportamento, estado, habilidade ou potencial, ou como uma perceção. Por exemplo, a dor é uma perceção ou sensação pessoal; a fadiga pode ser caracterizada como uma condição; a mobilidade pode ser definida como uma capacidade ou um comportamento (Organização Mundial de Saúde, 2012). Portanto, qualidade de vida é um conceito multidimensional que, segundo a OMS, se baseia em seis domínios (**Tabela 3**).

Física	- Dor e desconforto, Energia e fadiga, Sono e descanso
Campo psicológico	- Sentimentos positivos, Aprendizagem, memória e concentração, Autoestima, Imagem Corporal e Aparência, Sentimentos negativos
Domínio da independência	- Mobilidade, Atividades da vida diária, Dependência de tratamentos, Capacidade de Trabalho
Relações laborais	- Relações Pessoais, Apoio Social
Área ambiental	- Segurança e proteção física, Ambiente Doméstico, Recursos financeiros, Saúde e assistência social, Oportunidades para adquirir novas competências, Oportunidades para atividades, Ambiente físico, Transportes
Campo da espiritualidade / religião / convicções pessoais	

Tabela 3: Classificação das seis dimensões da qualidade de vida, segundo OMS

Assim, podemos facilmente concluir que as manifestações orais dos pacientes podem ter impacto na sua saúde oral e, posteriormente, na sua qualidade de vida.

1.3.3 Oral Health Impact Profil (OHIP-49)

OHRQoLs (oral health related quality of life) são meios de medição da qualidade de vida em relação à saúde oral (Lim et al., 2022). Existem vários que podem ser divididos em duas categorias: questionários genéricos e questionários específicos (Mercier & Schraub, 2005).

O questionário específico "Oral Health Impact Profile", desenvolvido por Slade, Spencer e Al em 1994, tem sido amplamente utilizado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde oral. O questionário OHIP-49 é um instrumento de avaliação abrangente que quantifica a avaliação subjetiva dos indivíduos sobre como os problemas de saúde oral afetam a qualidade de vida global em 49 questões, categorizadas em 7 categorias: limitações funcionais, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (Anagnostopoulos, 2014).

A análise dos resultados do OHIP-49 segue o modelo de *Locker*, que classifica os impactos da doença numa hierarquia e deve ser interligada sequencialmente (**Figura 8**) (Anagnostopoulos, 2014).

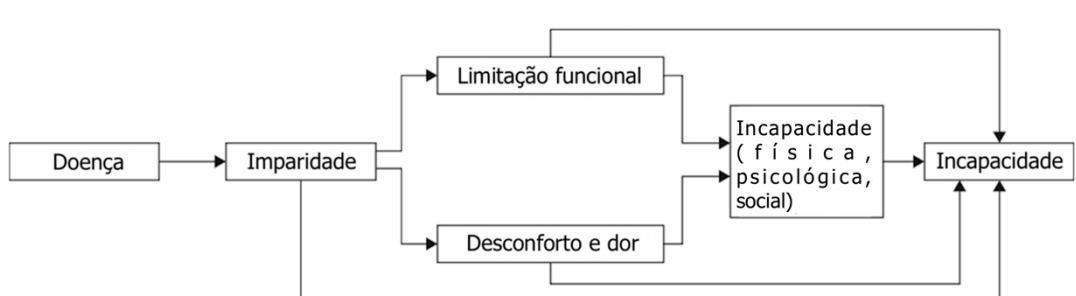


Figura 8: Modelo conceitual de saúde oral de Locker adaptado por Anagnostopoulos, 2014.

1.3.4 OHIP-14

A principal limitação do questionário OHIP-49 foi a sua extensão, o que o tornou longo e difícil de utilizar, razão pela qual em 1997 Gary Slade desenvolveu uma versão abreviada, o OHIP-14, composta por um subconjunto de 14 perguntas de todas as 49 perguntas iniciais (Anagnostopoulos, 2014).

De acordo com Gary Slade, as respostas a este questionário são dadas numa escala de 5 pontos, escala de Likert, quantificada: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (frequentemente) e 4 (sempre). Os *scores* do OHIP-14 são então calculados pela soma das respostas aos 14 itens, com pontuações totais variando de 0 a 56 e classificados de acordo com a gravidade de seu impacto (Slade, 1997).

1.4 A qualidade de vida e a doença periodontal

1.4.1 O impacto funcional e físico

Dor e desconforto

Em primeiro lugar, é importante de sublinhar que a periodontite, na maioria dos casos, não causa dor devido à sua lenta progressão (Santos et al., 2023). A dor geralmente está associada a situações agudas como doença periodontal necrosante, abscessos periodontais, caracterizados por rápida destruição tecidual ou infecção bacteriana localizada, levando ao aumento dos níveis de marcadores inflamatórios como proteína C reativa e citocinas (Santos et al., 2023); (Wulandari, Lelyati, et al., 2022).

Embora a doença periodontal geralmente não cause dor, variações individuais na percepção da dor e na resposta imune podem levar a experiências diferentes para diferentes pacientes (Santos et al., 2023). Fatores como ansiedade, idade e tipo de intervenção também podem influenciar a percepção da dor, destacando a importância de estratégias personalizadas de controle da dor na assistência odontológica (Santos et al., 2023).

A dor é um fator-chave que afeta o desconforto psicológico e as atividades diárias. Além disso, a doença periodontal pode levar a sentimentos de perturbação e desconforto, o que afeta a qualidade de vida das pessoas (Wulandari et al., 2022).

Portanto, a abordagem eficaz da dor associada à doença periodontal é crucial não só para a saúde oral, mas também para o bem-estar geral e a qualidade de vida.

Hemorragia gengival

A hemorragia gengival é um sintoma comum da doença periodontal, que tem um impacto significativo na qualidade de vida de uma pessoa (Broomhead et al., 2022). Um estudo demonstrou que a doença periodontal, desde gengivite ligeira a periodontite grave, pode ter efeitos negativos na qualidade de vida, com sintomas como hemorragia gengival que provocam desconforto, ao escovar ou usar próteses, e distúrbios (Broomhead et al., 2022).

Perda dentária e mastigação

Estudos demonstram a ligação entre dentes perdidos, periodontite e diminuição da OHRQoLs, destacando o impacto negativo dos problemas dentários e periodontais no bem-estar funcional e sociopsicológico (Averyanov et al., 2023).

A perda dentária por doença periodontal tem um impacto significativo na mastigação, levando a várias deficiências funcionais e a uma redução da qualidade de vida. A doença periodontal, especialmente em estágios avançados, leva à perda de unidades dentárias funcionais, especialmente nas regiões pré-molar e molar, que são cruciais para uma mastigação eficaz (Uy et al., 2022).

Esta perda está associada a uma diminuição do desempenho mastigatório, uma vez que os dentes posteriores desempenham um papel vital na mastigação dos alimentos em partículas mais pequenas, facilitando a digestão e a absorção de nutrientes (SILALAH & Nasution, 2023).

Estudos têm demonstrado que pessoas com periodontite crónica têm menor atividade muscular elétrica nos músculos temporais anteriores e masséter durante a contração, indicando comprometimento da função mastigatória em comparação com pessoas periodontais saudáveis (Lamba et al., 2020).

Além disso, a presença de dentes com alta mobilidade e perda severa do tecido de suporte periodontal exacerbam a disfunção mastigatória, levando a escolhas alimentares alteradas e redução da qualidade alimentar (Uy et al., 2022).

No geral, o impacto da perda dentária por doença periodontal na mastigação é profundo, afetando não só o processo de mastigação mecânica, mas também os hábitos alimentares gerais e a qualidade de vida das pessoas afetadas.

Complicações sistêmicas

A doença periodontal também tem um impacto significativo na saúde sistêmica dos doentes. A relação entre periodontite e doenças sistêmicas, como doenças cardiovasculares, diabetes, parto precoce e infecções respiratórias, está bem documentada (Tanwir et al., 2023). A diabetes exacerba a doença periodontal e o mau controle glicêmico em doentes diabéticos pode levar a uma periodontite mais grave, criando um círculo vicioso que agrava ambas as condições (Tanwir et al., 2023).

Além disso, a periodontite tem sido associada à inflamação sistêmica, evidenciada por níveis elevados de marcadores pró-inflamatórios, como proteína C reativa de alta sensibilidade (PCR-HS) e interleucina-6 (IL-6), que podem contribuir para complicações cardiovasculares e outros problemas sistêmicos (Orlandi et al., 2022).

1.4.2 Impacto psicológico

Autoestima e imagem

O rosto é a região do corpo humano que incorpora comportamentos e gestos intencionais, significando ou exteriorizando sentimentos e emoções (Do Rosário Dias et al., 2018). A expressão facial tem uma função pragmática, pois uma parte significativa dos afetos dos indivíduos é transmitida nas suas interações e relações com os outros (Do Rosário Dias et al., 2018).

Entre essas expressões faciais está o sorriso, que desempenha o papel de principal coordenador psicológico essencial para desenvolver a autopercepção (Do Rosário Dias et al., 2018). Além disso, o equilíbrio estético que um sorriso oferece é de uma grande importância, uma vez que ter um rosto atraente reforça a aceitação social do indivíduo (Do Rosário Dias et al., 2018).

A doença periodontal tem um impacto significativo no sorriso dos pacientes, afetando tanto os aspetos funcionais como estéticos da saúde oral. Clinicamente, a doença periodontal manifesta-se em sintomas como gengivas edemaciadas, hemorragia e possível perda dentária, que comprometem diretamente a aparência do sorriso do paciente e a estética geral do rosto, o que pode levar a uma perda de autoestima (Wulandari, Masulili, et al., 2022).

Saúde mental

A doença periodontal tem um impacto significativo no stress e na ansiedade, criando uma relação bidirecional, em que cada condição exacerba a outra. As perturbações de saúde mental, como depressão e ansiedade, podem exacerbar a doença periodontal através de uma variedade de vias fisiopatológicas, incluindo o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o sistema nervoso autónomo e o sistema imunológico, todos afetados pelo stress. Por outro lado as alterações comportamentais, como higiene oral deficiente, tabagismo e abuso de álcool podem afetar quer o início, quer a progressão da periodontite (Ball & Darby, 2022).

Por outro lado, a doença periodontal também pode ter um impacto na saúde mental. A inflamação crónica e a presença de patógenos periodontais podem contribuir para a inflamação sistémica, que está ligada ao aparecimento e exacerbação de sintomas depressivos (Ball & Darby, 2022).

A microbiota oral associada à doença periodontal também pode influenciar o sistema nervoso central, contribuindo potencialmente para distúrbios neuropsiquiátricos como depressão e ansiedade, destacando a importância do eixo oral-cérebro nessas condições (Martínez et al., 2022).

Portanto, a gestão da saúde periodontal é crucial não só para a saúde oral, mas também para a gestão do stress e da ansiedade, destacando a necessidade de abordagens terapêuticas integradas que considerem o bem-estar dentário e psicológico.

1.4.3 Impacto social

Interações sociais

A doença periodontal tem implicações além da saúde oral, pois pode influenciar vários aspectos da vida de uma pessoa, incluindo relações sociais, a sedução e atratividade geral através de uma variedade de mecanismos psicossociais. A natureza inflamatória crônica da periodontite pode levar a sintomas físicos como mau hálito (halitose) e problemas gengivais visíveis, que podem fazer com que as pessoas se sintam embaraçadas e se retirem socialmente, o que pode contribuir para uma diminuição de cuidados na aparência física e diminuição da sua atratividade (Horne et al., 2020).

A ocultação de sintomas e sentimentos de culpa associados a uma saúde oral deficiente agrava ainda mais o desconforto social, impactando negativamente a autoestima e as interações sociais (Horne et al., 2020). Além disso, como explicado anteriormente, o stress, a depressão e a ansiedade, são comuns em pessoas com periodontite e podem alterar as respostas imunológicas e aumentar a suscetibilidade para a doença, criando um círculo vicioso que afeta o bem-estar social (Cayci, 2014).

Vida profissional

A doença periodontal tem um impacto significativo na vida profissional do paciente, afetando tanto a produtividade no trabalho como a qualidade de vida em geral. Estudos demonstraram que uma saúde periodontal deficiente está associada a uma diminuição significativa da assiduidade, que se refere a um declínio da produtividade no trabalho (Sato et al., 2022). Um estudo concluiu que uma saúde periodontal deficiente estava associada a um declínio de 7,8% no desempenho profissional dos trabalhadores (Sato et al., 2022).

O desconforto e os problemas estéticos associados à doença periodontal, como a hemorragia das gengivas e a perda de dentes, podem também levar a um sentimento de perturbação e a uma redução da qualidade de vida, afetando indiretamente o desempenho no trabalho (Sato et al., 2022).

Custo financeiro

A doença periodontal impõe um encargo financeiro significativo aos doentes devido à sua natureza crónica, exigindo elevados custos de tratamento para gerir a inflamação, a destruição dos tecidos e a potencial perda de dentes (Saleh et al., 2024). O impacto económico inclui despesas de diagnóstico, tratamento, cuidados de apoio e gestão das consequências para os tecidos, o que contrasta fortemente com as implicações financeiras para as pessoas com periodonto saudável (Saleh et al., 2024). Estas dificuldades financeiras sublinham a importância do tratamento precoce da doença periodontal, a fim de atenuar o seu impacto económico nos doentes.

2 INVESTIGAÇÃO EFETUADA

2.1 Objetivo do estudo

O objetivo principal do estudo é avaliar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes usando um questionário inspirado no “Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)”, um questionário que foi utilizado num estudo nacional de avaliação da saúde oral, realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Esse questionário será alterado em alguns aspetos e será acrescentada uma parte respeitante à autoperceção sobre a higiene oral, uma parte sobre as dificuldades de acesso aos cuidados dentários devido à falta de rendimentos e também uma parte para avaliar se os pacientes estão conscientes da importância de uma visita anual ao Médico Dentista.

Os objetivos secundários deste trabalho são demonstrar a importância da prevenção e da promoção da saúde periodontal e de sublinhar o papel do Médico Dentista na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doença periodontal, integrando abordagens centradas no paciente, particularmente através de tratamentos personalizados e discussões aprofundadas.

2.2 Hipótese do estudo

Durante este estudo, foram elaboradas várias hipóteses para analisar os resultados. Foi interessante comparar as respostas a diferentes categorias de perguntas, a fim de

realçar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes e também para mostrar mais precisamente as áreas em que a doença periodontal tem o maior impacto. Como hipótese nula considerou-se não existirem diferenças nas várias categorias dos teste, entre os doentes com periodontite, relativamente à qualidade de vida; e como hipótese alternativa considerou-se existirem diferenças nas várias categorias do teste, entre os doentes com periodontite, relativamente à qualidade de vida.

Para a análise dos resultados foram utilizados dois tipos de testes: o teste T de Student e o teste de correlação de Spearman. Estes testes permitiram-nos analisar o "*p*-value", bem como o valor "*rho*" correspondente aos resultados que nos permitem saber se a diferença entre as médias é estatisticamente significativa ou não.

No teste T de Student, compararemos o valor de "*p*" com o nível de significância estabelecido em 5% (Millot, 2011) para escolher entre a hipótese nula (H.0) e a hipótese alternativa (H.1):

- Se $p < 5\%$: então a hipótese nula (H.0) será rejeitada, isso significa que há uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos dois grupos.
- Se $p \geq 5\%$: a hipótese nula não é rejeitada, o que significa que não há evidências suficientes para concluir que as médias dos dois grupos são diferentes.

No teste de correlação de Spearman, o valor do coeficiente de correlação de Spearman ou "*rho*" varia entre -1 e 1 (Millot, 2011):

- Se $\rho = 1$: Indica uma correlação positiva perfeita. À medida que os valores de uma variável aumentam, os valores da outra variável também aumentam constantemente.
- Se $\rho = -1$: Indica uma correlação negativa perfeita. À medida que os valores de uma variável aumentam, os valores da outra variável diminuem constantemente.
- Se $\rho = 0$: Indica que não há correlação entre as variáveis.

Um nível do coeficiente de correlação será então avaliado de acordo com este esquema, aplicando-se tanto aos valores positivos como aos negativos (Milot, 2011):

- 0,0 a 0,1: Correlação nula ou muito baixa.
- 0,1 a 0,3: Baixa correlação.
- 0,3 a 0,5: Correlação moderada.
- 0,5 a 0,7: Forte correlação.
- 0,7 a 1,0: Correlação muito forte.

Nestes resultados, a presença de um asterisco ao lado dos valores indica significância estatística em diferentes limiares. Estes limiares são definidos do seguinte modo (Milot, 2011):

- $Roh < 0,05$ (indicado por um *)
- $Roh < 0,01$ (indicado por dois **)
- $Roh < 0,001$ (indicado por três ***)

Estes símbolos são utilizados para identificar rapidamente resultados em que a probabilidade de serem devidos ao acaso é muito baixa, sugerindo uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis estudadas (Milot, 2011).

2.3 Materiais e métodos

2.3.1 Conceção e contexto do estudo

O estudo consistiu numa investigação com 101 participantes, realizado entre Fevereiro 2024 e Abril 2024 na Clínica Dentária Universitária da Egas Moniz School of Health & Science (Portugal).

A aprovação ética foi concedida pela Comissão de Ética da Egas Moniz School of Health & Science em 2024. O número da aprovação da comissão de ética foi PT-248/23, e foi aprovado pela comissão científica no dia 28/01/2024.

O estudo foi realizado com a versão portuguesa adaptada do questionário OHIP-14.

O questionário foi entregue aos pacientes durante a primeira consulta de diagnóstico periodontal, e especificamente antes de qualquer explicação sobre as complicações associadas, a fim de evitar qualquer influência suscetível de enviesar as respostas dadas.

A investigação foi apenas iniciada quando emitido um parecer positivo por parte da comissão de ética e o consentimento informado autorizado e assinado pelos pacientes.

2.3.2 Participantes e critérios de elegibilidade

Participantes

Os sujeitos do estudo foram indivíduos que receberam tratamento na Clínica Dentária Egas Moniz, que satisfizeram os critérios de inclusão e não apresentaram nenhum dos critérios de exclusão, e que leram, compreenderam e assinaram o consentimento informado.

Critérios de inclusão

1. Pacientes > 18 anos
2. Pacientes que vêm pela primeira vez a uma consulta de periodontologia
3. Pacientes com diagnóstico de periodontite (Classificação das doenças e condições periodontais e peri-implantares – 2018)

Critérios de exclusão

1. Diagnóstico de saúde periodontal, gengivite ou peri-implantite
2. Pacientes que não sabem ler português
3. Pacientes que não terminam de preencher o questionário
4. Pacientes que apresentem uma doença sistémica não controlada

3 RESULTADOS

3.1.1 Variáveis demográficas e qualidade de vida

Sexo e qualidade de vida

H.0 (hipótese nula) – Não existe diferença entre o sexo feminino e masculino com doença periodontal na percepção da qualidade de vida.

H.1 – Existe diferença entre o sexo feminino e masculino com doença periodontal na percepção da qualidade de vida.

Podemos observar que no nosso estudo, o sexo não tem influência na percepção da qualidade de vida ($p > 0,005$) em nenhuma das categorias analisadas (**Tabela 4**).

Os desvios-padrão (σ) dos resultados mostram uma ligeira diferença, embora não seja estatisticamente significativa, entre os sexos nas categorias dor física (σ feminino = 1,739; σ masculino = 1,861), incapacidade física (σ feminino = 2,218; σ masculino = 2,241) e OHIP-14 física (σ feminino = 5,06; σ masculino = 5,126) (**Tabela 4**). Existe uma maior dispersão dos resultados para essas categorias nos homens comparativamente às mulheres.

Entre os dois sexos na categoria do OHIP-14 psicológica (**Tabela 4**), podemos observar que há, embora muito pequena, uma variação nos desvios-padrão entre homens ($\sigma = 0$) e mulheres ($\sigma = 3,776$) neste ponto, embora o resultado não seja estatisticamente significativa.

As médias nas diferentes categorias, não mostram diferenças estatisticamente significativa para o grupo feminino e o grupo masculino.

		<i>F (n= 55)</i>	<i>M (n= 46)</i>
<i>Limitação funcional</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	6	7
	Média	1,00	1,74
	Mediana	1,00	2,00
	Desvio Padrão	1,835	1,891
	<i>p-value</i>		0,537
<i>Dor física</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	7
	Média	3,22	2,78
	Mediana	3	2

	Desvio Padrão	1,739	1,861
	<i>p-value</i>	0,228	
<i>Desconforto psicológico</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8
	Média	3,09	2,61
	Mediana	3	2,5
	Desvio Padrão	2,320	2,165
	<i>p-value</i>	0,286	
<i>Incapacidade psicológica</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8
	Média	2,51	2,30
	Mediana	2	2
	Desvio Padrão	2,218	2,240
	<i>p-value</i>	0,647	
<i>Incapacidade física</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	7
	Média	2,55	1,96
	Mediana	3	1
	Desvio Padrão	2,218	2,241
	<i>p-value</i>	0,189	
<i>Incapacidade social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	7	7
	Média	1,56	1,33
	Mediana	.00	.00
	Desvio Padrão	1,998	1,839
	<i>p-value</i>	0,539	
<i>Deficiência</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	7
	Média	1,85	1,67
	Mediana	2,00	1,00
	Desvio Padrão	1,976	1,956
	<i>p-value</i>	0,647	
<i>OHIP-14 física</i>	Mínimo	0	1
	Máximo	21	18
	Média	7,64	7,35
	Mediana	7	6
	Desvio Padrão	5,06	5,126
	<i>p-value</i>	0,777	
<i>OHIP-14 psicológica</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	14	13
	Mediana	5	2,50
	Média	5,24	4,04
	Desvio Padrão	3,776	0
	<i>p-value</i>	0,131	
<i>OHIP-14 social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	12	14
	Média	3,42	3,00
	Mediana	3,00	2,00
	Desvio Padrão	3,645	3,664
	<i>p-value</i>	0,568	
<i>OHIP-14 total</i>	Mínimo	0	1
	Máximo	44	44
	Média	16,29	14,39
	Mediana	15	9
	Desvio Padrão	11,574	12,333
	<i>p-value</i>	0,427	

Tabela 4: Resultado teste T-student analisando o sexo e a qualidade de vida.
F – Feminino; M- Masculino

Idade e qualidade de vida

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre a idade e a qualidade de vida.

H.1 – Existe uma relação entre a idade e a qualidade de vida.

A **Tabela 5** mostra que existe uma correlação negativa baixa ($\rho < 0$), o que significa que, à medida que a idade aumenta, melhor a qualidade de vida, sobretudo na categoria do desconforto psicológico ($\rho = -0,232^*$), onde se verificou uma associação estaticamente significativa.

IDADE	Medidas de tendência centrais e de dispersão	Máximo	91
		Mínimo	24
		Média	58,53
		Mediana	59,50
		Desvio padrão	13,24
	Corelação p-value	Limitação funcional (ρ)	0,102
		Dores física (ρ)	-0,068
		Desconforto psicológico (ρ)	-0,232*
		Incapacidade física (ρ)	0,022
		Incapacidade psicológica (ρ)	-0,128
		Incapacidade social (ρ)	-0,128
		Deficiência (ρ)	-0,066
		OHIP-14 física (ρ)	-0,097
		OHIP-14 psicológica (ρ)	-0,106
		OHIP-14 social (ρ)	-0,99
OHIP-14 total (ρ)	-0,106		

Tabela 5: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a idade e a qualidade de vida.

* - $\rho < 0,05$

Situação conjugal e qualidade de vida

H.0 (hipótese nula) – Não existe diferença entre a situação conjugal e a qualidade de vida.

H.1 – Existe diferença entre a situação conjugal e a qualidade de vida.

A percepção da qualidade de vida dos pacientes com doença periodontal não parece ser afetada pela situação conjugal ($p > 0,005$) em todas as categorias (**Tabela 6**).

Os desvios-padrão (σ) dos resultados mostram uma ligeira diferença, embora não seja estatisticamente significativa, com uma maior dispersão dos resultados para o grupo “sozinho” comparativamente ao grupo “não sozinho”.

As médias nas diferentes categorias, não mostram diferenças estatisticamente significativa para o grupo sozinho e o grupo não sozinho.

		<i>Sozinho (n=46)</i>	<i>Não sozinho (n= 55)</i>
<i>Limitação funcional</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	6	7
	Média	1,78	1,47
	Mediana	1,50	1,00
	Desvio Padrão	1,943	1,783
	<i>p-value</i>		0,406
<i>Dores física</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8
	Média	3,20	2,87
	Mediana	3,00	3,00
	Desvio Padrão	1,916	1,70
	<i>p-value</i>		0,372
<i>Desconforto psicológico</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8
	Média	2,98	2,78
	Mediana	3,00	3,00
	Desvio Padrão	2,408	2,132
	<i>p-value</i>		0,665
<i>Incapacidade psicológica</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8
	Média	2,52	2,33
	Mediana	2,00	2,00
	Desvio Padrão	2,326	2,144
	<i>p-value</i>		0,663
<i>Incapacidade física</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	7	8
	Média	2,39	2,18
	Mediana	3,00	2,00
	Desvio Padrão	2,175	2,302
	<i>p-value</i>		0,642
<i>Incapacidade social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	6	7
	Média	1,46	1,45
	Mediana	.50	.00
	Desvio Padrão	1,870	1,980
	<i>p-value</i>		0,996
<i>Deficiência</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	6	8
	Média	1,85	1,71
	Mediana	2,00	1,00
	Desvio Padrão	1,763	1,00
	<i>p-value</i>		0,725
<i>OHIP-14 física</i>	Mínimo	0	1
	Máximo	21	18
	Média	7,87	7,20
	Mediana	8,00	6,00
	Desvio Padrão	5,214	4,968
	<i>p-value</i>		0,513

<i>OHIP-14 psicológica</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	13	14
	Média	5,00	4,44
	Mediana	6,00	4,00
	Desvio Padrão	3,801	4,081
	<i>p-value</i>	0,477	
<i>OHIP-14 social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	12	14
	Média	3,30	3,16
	Mediana	2,50	2,00
	Desvio Padrão	3,265	3,957
	<i>p-value</i>	0,848	
<i>OHIP-14 total</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	44	44
	Média	16,17	14,80
	Mediana	15,50	10,00
	Desvio Padrão	11,303	12,452
	<i>p-value</i>	0,566	

Tabela 6: Resultado teste T-student analisando a situação conjugal e a qualidade de vida

3.1.2 Autopercepção da higiene oral e estado da saúde oral

A autopercepção da higiene oral refere-se à consciencialização e avaliação do estado de saúde oral e das práticas de higiene oral do paciente. Essa percepção é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo aspetos físicos, sociais e culturais, e pode ter um impacto significativo na qualidade de vida e na autoestima de uma pessoa (Salvador & Toassi, 2021).

Por esta razão, achamos importante verificar se o sexo, a idade, a consciência da importância dos exames dentários anuais, o número de dentes existentes em boca, o estágio da doença periodontal teve influência nessa autopercepção.

Sexo e autopercepção da higiene oral

H.0 (hipótese nula) – Não existe diferença entre o sexo feminino e masculino com doença periodontal e a autopercepção da higiene oral.

H.1 – Existe diferença entre o sexo feminino e masculino com doença periodontal e a autopercepção da higiene oral.

Os resultados desta investigação demonstram que o sexo não tem um impacto na autoperceção da higiene oral (**Tabela 7**). De facto, o valor de *p*-value foi superior a 5% o que permite aceitar a hipótese nula (H.0).

Embora não seja estatisticamente significativo, podemos ver que mais mulheres (35) do que homens (28) consideram a sua higiene dentária como “razoável”.

SEXO	N = 101	PERCEÇÃO			Chi-square <i>p</i> -value
		Boa	Razoável	Má	
F		6	35	14	0,131
M		6	28	12	

Tabela 7: Resultado da análise de crosstabulation entre o sexo e a autoperceção da higiene oral.
F – feminino; M - masculino

Idade e a autoperceção da higiene oral

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre a autoperceção da higiene oral e a idade.

H.1 – Existe uma relação entre a autoperceção da higiene oral e a idade

A **Tabela 8** mostra que existe uma correlação positiva baixa ($\text{roh} = 0,233^*$), o que significa que, à medida que a idade aumenta, pior é a autoperceção da higiene oral.

IDADE	Roh	AUTOPERCEÇÃO DA HIGIENE ORAL
		0,233*

Tabela 8: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a idade e a autoperceção da higiene oral.

* - $\text{roh} < 0,005$

Autoperceção da higiene oral e consciência da importância dos exames dentários anuais

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre a autoperceção da higiene oral e a consciência da importância dos exames dentários anuais.

H.1 – Existe uma relação entre a autoperceção da higiene oral e a consciência da importância dos exames dentários anuais.

Essa análise foi baseada na seguinte pergunta: "Acha que uma visita anual ao Médico Dentista poderia ter evitado os seus problemas dentários?". O objetivo foi avaliar a consciência dos pacientes sobre a importância de check-ups dentários regulares. Neste estudo, procurou-se determinar se a consciência da importância das visitas regulares ao Médico Dentista tem uma influência positiva ou não na percepção dos pacientes sobre a sua higiene oral.

De acordo com a **Tabela 9**, e como ilustrado na **Figura 9**, os pacientes que consideram a sua higiene oral como "razoável" são aqueles que mais frequentemente sentem que as visitas anuais ao Médico Dentista poderiam ter evitado os problemas dentários atuais.

AUTOPERCEÇÃO DA HIGIENE ORAL	Visita anual ao Médico Dentista		
	N = 101	Sim	Não
Boa		11	1
Razoável		60	3
Má		21	5

Tabela 9: Resultado da análise de crosstabulation entre a autopercepção da higiene oral e a consciência da importância das visitas anual ao Médico Dentista

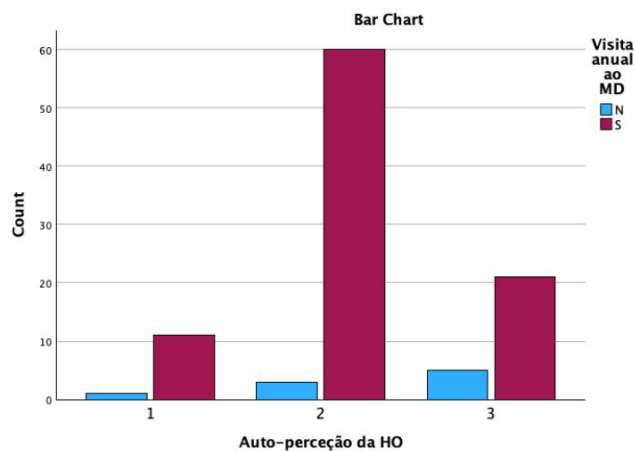


Figura 9: Diagrama do resultado de crosstabulation entre a autopercepção da higiene oral e a consciência da importância das visitas anuais ao Médico Dentista.

1 - "Boa"; 2 - "Razoável"; 3 - "Má"
 N - "Não" ; S - "Sim"

Autopercepção da higiene oral e o número de dentes existentes em boca

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre a autopercepção da higiene oral e o número de dentes existentes em boca.

H.1 – Existe uma relação entre a autopercepção da higiene oral e o número de dentes existentes em boca.

A **Tabela 10** mostra que existe uma correlação muito forte positiva muito forte ($r_{oh} = 0,918$), o que significa que, à medida que a percepção da higiene oral tem tendência a piorar, menor é o número de dentes existentes em boca.

		Nº DENTES RESTANTES EM BOCA
AUTOPERCEÇÃO DA HIGIENE ORAL	Rho	0,918

Tabela 10: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a autopercepção da higiene oral e o número de dente restante em boca

Autopercepção da higiene oral e o estágio da doença periodontal

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre a autopercepção da higiene oral e o estágio da doença periodontal.

H.1 – Existe uma relação entre a autopercepção da higiene oral e o estágio da doença periodontal.

A **Tabela 11** indica uma correlação negativa baixa ($r_{oh} = -0,205^*$), o que significa que, à medida que a higiene oral tem tendência a melhorar, pior é o estágio da doença periodontal.

		ESTÁGIO DA DOENÇA PERIODONTAL
AUTOPERCEÇÃO DA HIGIENE ORAL	Rho	-0,205*

Tabela 11: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a autopercepção da higiene oral e o estágio da doença periodontal.

* - $r_{oh} < 0,05$

3.1.3 O estado da saúde oral e a qualidade de vida

O número de dentes existentes em boca e a qualidade de vida

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre o número de dentes restantes em boca e a qualidade de vida.

H.1 – Existe uma relação entre o número de dentes restantes em boca e a qualidade de vida.

A **Tabela 12** revela uma correlação negativa moderada ($\rho < 0$), indicando que, à medida que o número de dentes remanescentes diminui, o *score* OHIP-14 aumenta. Isto significa que a redução do número de dentes está associada a uma deterioração da qualidade de vida dos doentes, com um impacto negativo nos aspetos OHIP-14 físicos ($\rho = -0,408^{**}$), OHIP-14 psicológicos ($\rho = -0,304^{**}$) e OHIP-14 sociais ($\rho = -0,304^{**}$) avaliados pelo questionário. Essa relação é mais evidente para os aspetos físicos relativamente aos psicológicos e sociais.

O NÚMERO DE DENTES RESTANTES EM BOCA	Correlação p-value	Limitação funcional (ρ)	- 0,346^{**}
		Dores física (ρ)	-0,337^{**}
		Desconforto psicológico (ρ)	-0,256^{**}
		Incapacidade física (ρ)	-0,334^{**}
		Incapacidade psicológica (ρ)	-0,412^{**}
		Incapacidade social (ρ)	-0,237[*]
		Deficiência (ρ)	-0,342^{**}
		OHIP-14 física (ρ)	-0,408^{**}
		OHIP-14 psicológica (ρ)	-0,309^{**}
		OHIP-14 social (ρ)	-0,304^{**}
		OHIP-14 total (ρ)	-0,370^{**}

Tabela 12: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar a qualidade de vida e o número de dente restante em boca.

* - $\rho < 0,05$; ** - $\rho < 0,01$

O número de dentes existentes em boca e o estágio da periodontite

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre o número de dentes existentes em boca e o estágio da doença periodontal.

H.1 – Existe uma relação entre o número de dentes existentes em boca e o estágio da doença periodontal

A **Tabela 13** revela uma correlação negativa forte ($\rho = -0,591^{**}$), indicando que, à medida que o número de dentes remanescentes diminui, o estágio da doença periodontal aumenta.

ESTÁGIO DA DOENÇA PERIODONTAL	Rho	Nº DENTES RESTANTES EM BOCA
		-0,591**

Tabela 13: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar o estágio da doença periodontal e o número de dentes restantes em boca.

* - roh < 0,05

O estágio da periodontite e a qualidade de vida

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre o estágio da periodontite e a qualidade de vida.

H.1 – Existe uma relação entre o estágio da periodontite e a qualidade de vida.

A **Tabela 14** revela uma correlação positiva moderada ($roh > 0$), indicando que, à medida que o estágio da doença periodontal progride, o *score* OHIP-14 também aumenta. Isto implica que quanto mais avançado é o estágio da doença periodontal, pior é a qualidade de vida do paciente.

Essa relação é mais evidente para os aspetos físicos (p OHIP-14 física = 0,474**) relativamente aos psicológicos (p OHIP-14 psicológica = 0,311**) e sociais (p OHIP-14 social = 0,262**).

ESTÁGIO DA DOENÇA PERIODONTAL	Correlação <i>p</i> -value	Limitação funcional	0,412**
		Dores física	0,395**
		Desconforto psicológico	0,282**
		Incapacidade física	0,291**
		Incapacidade psicológica	0,450**
		Incapacidade social	0,194
		Deficiência	0,298**
		OHIP-14 física	0,474**
		OHIP-14 psicológica	0,311**
		OHIP-14 social	0,262**
		OHIP-14 total	0,397**

Tabela 14: Resultado do teste de correlação de Spearman que permite de comparar o estágio da doença periodontal e a qualidade de vida.

** - roh < 0,01

3.1.4 Qualidade de vida e hábitos de cuidados dentários

Consciência da importância dos controlos dentários anuais e a qualidade de vida

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre a consciência da importância dos controlos dentários anuais e a qualidade de vida.

H.1 – Existe uma relação entre a consciência da importância dos controlos dentários anuais e a qualidade de vida.

A perceção da qualidade de vida dos pacientes com doença periodontal não parece ser afetada pela consciência da importância dos controlos dentários ($p > 0,005$) (**Tabela 15**).

Os desvios-padrão (σ) dos resultados mostram uma ligeira diferença, embora não seja estatisticamente significativa, entre os dois grupos com uma maior dispersão dos resultados para os pacientes que não têm a consciência da importância dos controlos dentários anuais comparativamente ao grupo dos pacientes que têm a consciência desta importância.

As médias nas diferentes categorias, mostram diferenças estatisticamente significativa para os dois grupos.

		<i>Não (n= 9)</i>	<i>Sim (n= 92)</i>
Limitação funcional	Mínimo	0	0
	Máximo	7	6
	Média	2,00	1,58
	Mediana	1,00	1,00
	Desvio Padrão	2,449	1,799
	<i>p</i> -value	0,516	
Dores física	Mínimo	0	0
	Máximo	5	8
	Média	2,56	3,07
	Mediana	2,00	3,00
	Desvio Padrão	1,878	1,796
	<i>p</i> -value	0,420	
Desconforto psicológico	Mínimo	0	0
	Máximo	4	8
	Média	2,22	2,93
	Mediana	3,00	3,00
	Desvio Padrão	1,563	2,305
	<i>p</i> -value	0,368	
Incapacidade psicológica	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8
	Média	2,33	2,42
	Mediana	2,00	2,00
	Desvio Padrão	2,550	2,200
	<i>p</i> -value	0,908	
	Mínimo	0	0

<i>Incapacidade física</i>	Máximo	6	8
	Média	2,33	2,27
	Mediana	3,00	2,00
	Desvio Padrão	2,398	2,234
	<i>p</i> -value	0,938	
<i>Incapacidade social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	7	7
	Média	0,89	1,51
	Mediana	.00	1,00
	Desvio Padrão	2,315	1,884
	<i>p</i> -value	0,357	
<i>Deficiência</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	7	8
	Média	1,11	1,84
	Mediana	0,00	2,00
	Desvio Padrão	2,315	1,923
	<i>p</i> -value	0,291	
<i>OHIP-14 física</i>	Mínimo	1	1
	Máximo	17	21
	Média	6,78	7,58
	Mediana	6,00	6,00
	Desvio Padrão	5,380	5,061
	<i>p</i> -value	0,654	
<i>OHIP-14 psicológica</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	13	14
	Média	4,67	4,70
	Mediana	4,00	4,50
	Desvio Padrão	4,301	3,936
	<i>p</i> -value	0,983	
<i>OHIP-14 social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	14	12
	Média	2,00	3,35
	Mediana	,00	3,00
	Desvio Padrão	3,645	3,544
	<i>p</i> -value	0,291	
<i>OHIP-14 total</i>	Mínimo	1	0
	Máximo	44	44
	Média	13,44	15,62
	Mediana	9,00	13,00
	Desvio Padrão	13,482	11,802
	<i>p</i> -value	0,603	

Tabela 15: Resultado teste T-student analisando a consciência da importância dos controlos dentários anuais e a qualidade de vida

Limitações financeiras (que impedem as consultas dentárias) e o estágio da periodontite e a qualidade de vida

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre as limitações financeiras que impedem as consultas dentárias e o estágio de periodontite e qualidade de vida do paciente.

H.1 – Existe uma relação entre as limitações financeiras que impedem as consultas dentárias e o estágio de periodontite e qualidade de vida do paciente.

Neste estudo, foi crucial incluir uma pergunta sobre as limitações financeiras para evidenciar que as dificuldades económicas dos pacientes podem impactar negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde oral. A **Tabela 16** demonstra claramente esse problema, com valores de p muito abaixo de 1% em todas as categorias analisadas, tendo obtido valores estaticamente significativas para todas categorias que mostrados que os pacientes que têm dificuldades económicas têm pior qualidade de vida do que os que não tinham limites financeiros.

As médias nas diferentes categorias, mostram, também, diferenças estatisticamente significativas para os dois grupos.

Além disso, a **Tabela 17** e a **Figura 10** ilustram como as dificuldades financeiras influenciam, conseqüentemente, o estágio da doença periodontal. Verifica-se que os pacientes que apresentam limitações financeiras são mais frequentes nos estágios mais avançados de periodontite. Dos 44 pacientes com estágio IV de periodontite, 79,5% afirmaram que os seus rendimentos já os tinham impedido de ir ao Médico Dentista.

		<i>Não (n= 38)</i>	<i>Sim (n= 63)</i>
Limitação funcional	Mínimo	0	0
	Máximo	7	6
	Média	0,95	2,02
	Mediana	0,00	2,00
	Desvio Padrão	1,676	1,853
	<i>p</i> -value	0,004	
Dores física	Mínimo	0	0
	Máximo	6	8
	Média	2,18	3,52
	Mediana	2,00	4,00
	Desvio Padrão	1,522	1,777
	<i>p</i> -value	< 0,001	
	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8

<i>Desconforto psicológico</i>	Média	1,95	3,43
	Mediana	2,00	4,00
	Desvio Padrão	1,785	2,333
	<i>p</i> -value	0,001	
<i>Incapacidade psicológica</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	8	8
	Média	1,42	3,02
	Mediana	1,00	3,00
	Desvio Padrão	1,926	2,181
	<i>p</i> -value	< 0,001	
<i>Incapacidade física</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	6	8
	Média	1,08	3,00
	Mediana	0,00	3,00
	Desvio Padrão	1,583	2,272
	<i>p</i> -value	< 0,001	
<i>Incapacidade social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	7	7
	Média	0,76	1,87
	Mediana	.00	1,00
	Desvio Padrão	1,515	2,028
	<i>p</i> -value	0,004	
<i>Deficiência</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	7	8
	Média	0,87	2,32
	Mediana	0,00	2,00
	Desvio Padrão	1,580	1,974
	<i>p</i> -value	< 0,001	
<i>OHIP-14 física</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	17	21
	Média	4,84	9,11
	Mediana	3,50	9,00
	Desvio Padrão	3,760	5,099
	<i>p</i> -value	< 0,001	
<i>OHIP-14 psicológica</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	13	14
	Média	2,74	5,87
	Mediana	1,50	6,00
	Desvio Padrão	3,037	3,982
	<i>p</i> -value	< 0,001	
<i>OHIP-14 social</i>	Mínimo	0	0
	Máximo	14	12
	Média	1,63	4,19
	Mediana	.00	3,00
	Desvio Padrão	3,645	3,711
	<i>p</i> -value	< 0,001	
<i>OHIP-14 total</i>	Mínimo	0	1
	Máximo	44	44
	Média	9,21	19,17
	Mediana	5,50	19,00
	Desvio Padrão	8,993	11,929
	<i>p</i> -value	< 0,001	

Tabela 16: Resultado teste T-student analisando as limitações financeiras que impedem as consultas dentaria e a qualidade de vida

LIMITAÇÕES FINANCEIRAS QUE IMPEDEM AS CONSULTAS DENTARIAS

ESTÁGIO DA DOENÇA PERIODONTAL	SIM		NÃO	
	I (n= 11)	5 (45,5%)	6 (54,5%)	6 (54,5%)
II (n= 10)	5 (50%)	5 (50%)	5 (50%)	5 (50%)
III (n= 32)	16 (50%)	16 (50%)	16 (50%)	16 (50%)
IV (n= 44)	35 (79,5%)	35 (79,5%)	9 (20,5%)	9 (20,5%)

Tabela 17: Resultado da análise de crosstabulation entre o estágio da doença periodontal e analisando as limitações financeiras que impedem as consultas dentaria.
I – Estágio I; II – Estágio II; III – Estágio III; IV – Estágio IV

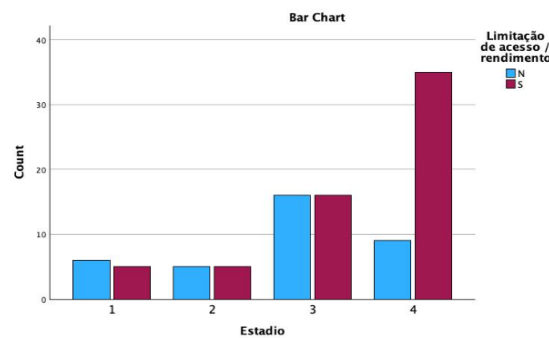


Figura 10: Diagrama do resultado de crosstabulation entre o estágio da doença periodontal e as limitações financeiras que impedem as consultas dentaria.
1 – Estágio I; 2 – Estágio II; 3 – Estágio III; 4 – Estágio IV
S – “Sim”; N – “Não”

3.1.5 Hábitos de cuidados dentários e doença periodontal

Estágio da periodontite e consciência da importância dos controlos dentários anuais

H.0 (hipótese nula) – Não existe uma relação entre o estágio da periodontite e a consciência da importância dos controlos dentários anuais.

H.1 – Existe uma relação entre o estágio da periodontite e a consciência da importância dos controlos dentários anuais.

Os resultados desta análise mostram-nos que quanto mais avançados os doentes se encontram na fase da doença (estágio IV), mais conscientes estão os doentes da importância dos check-ups anuais no Médico Dentista. De facto, na **Tabela 18** e **Figura 17**, dos 44 pacientes com estágio IV de periodontite, 90,9% deles acham que uma visita anual ao Médico Dentista poderia ter evitado esse problema.

CONSCIÊNCIA DA IMPORTÂNCIA
DOS CONTROLOS DENTÁRIOS
ANUAIS

ESTÁGIO DA DOENÇA PERIODONTAL		SIM	NÃO
		I (n= 11)	11 (100%)
II (n= 10)		9 (90%)	1 (10%)
III (n= 32)		29 (90,6%)	3 (9,4%)
IV (n= 44)		40 (90,9%)	4 (9,1%)

Tabela 18: Resultado da análise de *crosstabulation* entre a o estágio da doença periodontal e a consciência da importância das visitas anual ao Médico Dentista.

I – Estágio I; II – Estágio II; III – Estágio III; IV – Estágio IV

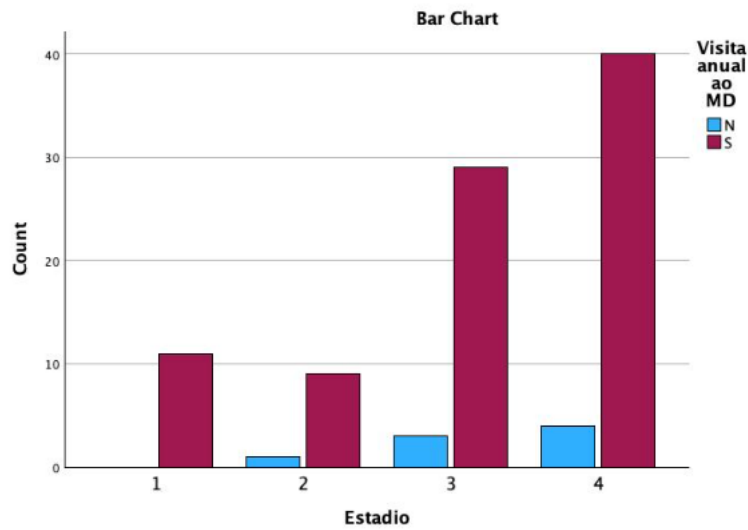


Figura 11: Diagrama do resultado de *crosstabulation* entre o estágio da periodontite e a consciência da importância das visitas anual ao Médico dentista.

1 – Estágio I; 2 – Estágio II; 3 – Estágio III; 4 – Estágio IV
S – “Sim”; N – “Não”

4 DISCUSSÃO

Neste estudo, formulámos várias hipóteses, principalmente que a doença periodontal tem um impacto na qualidade de vida dos pacientes. Para tal, analisámos simultaneamente o estágio da doença periodontal, o número de dentes existentes em boca, a autoperceção da higiene oral e variáveis sociodemográficas.

Foram incluídas duas questões adicionais no questionário, avaliando a autoperceção da higiene oral, o qual foi baseado no questionário OHIP-14 e num outro, do Ministério da saúde do Brasil. Essas perguntas foram adicionadas com o objetivo de avaliar a consciência dos pacientes sobre a importância das visitas anuais ao Médico Dentista, e explorar o impacto do rendimento financeiro na capacidade de aceder a consultas de Medicina Dentária.

Sexo e qualidade de vida

No nosso estudo, o sexo não teve influência significativa na percepção da qualidade de vida. Este resultado difere dos estudos disponíveis na literatura, onde se observa frequentemente que o género influencia a qualidade de vida, em particular devido a diferenças na sensibilidade à dor ou impacto psicológico.

De acordo com outros estudos realizados em amostras maiores, incluindo o estudo de Dikilitas & al (2024), as mulheres são mais frequentemente afetadas pela doença periodontal do que os homens, embora a prevalência de formas graves da doença seja maior nestes últimos. É por esta razão que a gravidade da doença nos homens está normalmente mais fortemente correlacionada com um impacto negativo na qualidade de vida, relacionada com a saúde oral em comparação com as mulheres (Dikilitaş et al., 2024). Isto verifica-se especialmente no que diz respeito aos aspetos físicos (Dikilitaş et al., 2024).

Por outro lado, existem autores que demonstram que a doença periodontal parece ter um impacto psicológico mais pronunciado nas mulheres do que os homens, como evidenciado por estudos que examinaram a associação entre a condição periodontal, stress e diferenças de género (Nair et al., 2024). Este impacto psicológico é influenciado por fatores hormonais, psicológicos e sociais, que contribuem coletivamente para aumentar a vulnerabilidade das mulheres aos efeitos psicológicos da doença periodontal (Nair et al., 2024).

Idade e qualidade de vida

Relativamente a este tópico verificou-se uma correlação baixa entre a idade e qualidade de vida. Logo não se conseguem fazer extrapolações do impacto da idade na qualidade de vida dos pacientes. Os estudos existentes tendem a mostrar uma deterioração mais acentuada da qualidade de vida com a idade. Vários estudos têm explorado a relação entre idade, saúde periodontal e qualidade de vida, revelando que nos idosos, muitas vezes, existe um impacto mais pronunciado na qualidade de vida devido a problemas periodontais. De facto, a perceção da OHRQol está negativamente correlacionada com a gravidade da doença periodontal, que tende a aumentar com a idade. Pacientes idosos frequentemente relatam um declínio na OHRQol devido aos efeitos combinados da gravidade da doença periodontal e problemas de saúde relacionados à idade (Kondajji Ramachandra Radhika, 2023) .

Situação conjugal e qualidade de vida

No presente estudo não se verificaram diferenças estaticamente significativas nas várias categorias, entre o grupo “sozinho” e o grupo “não sozinho”.

Embora se pudesse ter antecipado um efeito protetor do casamento devido ao apoio psicológico e social que ele proporciona, os resultados do presente estudo não mostraram uma ligação significativa entre essas duas variáveis ($p > 0,005$).

De acordo com a literatura, a situação conjugal não impacta a qualidade de vida dos pacientes devido à sua natureza multidimensional. A qualidade de vida destes doentes está mais relacionada com os sintomas físicos e psicológicos da doença do que com a sua situação conjugal (Wulandari & al., 2022). Embora o estado civil possa intuitivamente parecer influenciar a qualidade de vida, evidências sugerem que os impactos diretos da doença periodontal, como dor e desconforto psicológico, são mais significativos (Wulandari & al., 2022). Esses fatores, combinados com diferenças individuais e culturais, desempenham um papel maior na perceção da qualidade de vida em pacientes com doença periodontal.

No entanto, seria relevante explorar se o estado civil influencia outros aspetos relacionados à aceitação da doença periodontal ou tratamentos. Por exemplo, seria interessante examinar se a doença periodontal tem impacto na vida conjugal (relações

sexuais, atratividade física, irritabilidade), ou se afeta a vida social e romântica dos solteiros. Estas vias de investigação poderiam oferecer perspectivas interessantes para compreender melhor o impacto psicológico e social da doença periodontal.

Autopercepção da higiene oral, qualidade de vida e estado da saúde oral

A análise da autopercepção da higiene oral produziu resultados contrastantes, com alguns dados confirmando uma ligação entre a autopercepção e a realidade clínica, enquanto outros não mostraram correlação. Esses resultados são parcialmente explicados pela subjetividade inerente à autopercepção, influenciada por fatores como autoestima, normas culturais e contexto social. Esses elementos podem distorcer a percepção dos pacientes sobre sua própria higiene oral, introduzindo vieses nas respostas ao questionário.

Verificou-se uma correlação positiva baixa entre idade e autopercepção. Isto significa que à medida que a idade aumenta, pior é a autopercepção da higiene oral. Contudo, os estudos concluem que a idade não tem uma influência direta na autopercepção da higiene oral, mas tem uma ligação com a autoestima. De facto, um estudo mostrou que os adolescentes têm uma melhor percepção da higiene oral em comparação com os pacientes geriátricos, porque, os adolescentes, atribuem maior importância à aparência física (Robo et al., 2023). Além disso, em pacientes mais velhos, fatores como o número de dentes remanescentes na boca que tem tendência a diminuir, o agravamento da condição dentária e da condição periodontal entram em jogo e têm um efeito negativo na percepção que os pacientes têm da higiene oral (Diaz & Taboada, 2024).

Também se verificou que as visitas anuais são cruciais para todos os pacientes e têm uma grande importância na autopercepção da higiene oral. Essas visitas permitem ao Médico Dentista explicar as diferentes técnicas de higiene oral necessárias para prevenir o aparecimento de problemas periodontais. Além disso, essas visitas permitem um diagnóstico precoce de várias patologias (Cota et al., 2021).

Verificou-se uma correlação muito forte entre o número de dentes restantes em boca e a autopercepção da higiene oral, evidenciando que à medida que a percepção da higiene oral tem tendência a piorar, menor é o número de dentes existentes em boca. Esse dado é evidenciado em vários estudos que demonstraram que os pacientes que têm estágios

de periodontite mais avançados e menor número de dentes existentes em boca, têm uma pior qualidade de vida (Ferreira et al., 2017).

Estágio da periodontite, número de dentes existentes em boca e qualidade de vida

Por outro lado, os resultados relativos à ligação entre o estágio da doença periodontal, o número de dentes existentes em boca e a qualidade de vida confirmaram a nossa principal hipótese, avaliar se a doença periodontal tem um impacto direto na qualidade de vida dos pacientes.

Verificou-se que à medida que o número de dentes remanescentes diminuía o *score* OHIP-14 aumentava, o que quer dizer que um menor número de dentes em boca está associado a uma pior qualidade de vida dos doentes. Esse efeito foi verificado a nível físico, psicológico e social avaliado pelo questionário. De facto, os resultados confirmam os achados de outros estudos mencionados anteriormente sobre o impacto da perda dentária na qualidade de vida, resultando numa diminuição significativa da autoestima, fundamental para a autoaceitação e as interações sociais (Wulandari, Masulili, et al., 2022) ; (Do Rosário Dias et al., 2018).

O estágio da periodontite teve um impacto na qualidade de vida dos pacientes, pois verificou-se uma correlação positiva moderada entre a avaliação da perceção da qualidade de vida e o estágio da doença. Estes resultados estão em conformidade com a literatura. De facto, uma revisão sistemática que analisou 849 estudos sobre o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos doentes salientou, nas conclusões de todos os artigos seleccionados, que a doença periodontal tem um impacto global negativo na qualidade de vida dos doentes (Ferreira et al., 2017). Em termos físicos, leva à perda de dentes, dificultando a mastigação, e à dor/desconforto crónica. A nível psicológico, a perda de dentes afeta a estética do sorriso, o que tem um impacto direto na autoestima (Ferreira et al., 2017). A nível social, as consequências da doença perturbam as relações profissionais e privadas (Ferreira et al., 2017).

Consciência da importância dos controlos dentários anuais, restrições financeiras, qualidade de vida e estado da saúde oral

A perceção da qualidade de vida dos pacientes com doença periodontal não parece ser diretamente afetada pela consciência da importância dos controlos dentários regulares. Este resultado está de acordo com a literatura existente, que sugere que, além da consciência da necessidade de visitas regulares ao Médico Dentista, outros fatores, como as limitações financeiras, desempenham um papel importante no acesso a cuidados regulares, influenciando indiretamente a progressão da doença periodontal (Simões et al., 2018).

Neste estudo, foi particularmente relevante incluir uma questão sobre as limitações financeiras, destacando que as dificuldades económicas afetam negativamente a saúde oral. De facto verificou-se que os pacientes com limitações financeiras apresentavam valores mais altos em todas as categorias analisadas, com diferenças estaticamente significativas, evidenciando que as dificuldades financeiras influenciaram negativamente a qualidade de vida dos pacientes com periodontite. Para muitas famílias, especialmente em Portugal, o rendimento familiar não é suficiente para priorizar cuidados médicos, incluindo os cuidados dentário, devido ao aumento dos custos e à pressão demográfica (Simões et al., 2018). A situação é ainda mais agravada pela falta de informação sobre prevenção e pela ausência de apoio adequado dos sistemas de saúde (Goldthorpe, 2022). À medida que a doença periodontal avança, os pacientes em estágios mais avançados, como o estágio IV, tornam-se mais conscientes da importância das visitas regulares, com 90,9% dos 44 pacientes em estágio IV reconhecendo que uma consulta anual ao Médico Dentista poderia ter prevenido a gravidade da sua condição.

No entanto, além das limitações financeiras, outros fatores, como o medo, a falta de necessidade percebida, e a falta de sensibilização para os benefícios dos cuidados preventivos também desempenham um papel importante na não adesão às consultas regulares (Tanne, 2007) (Goldthorpe, 2022).

Finalmente, a qualidade da comunicação entre pacientes e profissionais de saúde é crucial para incentivar consultas regulares e melhorar a adesão aos cuidados de medicina

dentária, sublinhando a necessidade de uma abordagem mais focada na educação do paciente e na promoção de comportamentos saudáveis (Watanabe et al., 2018).

Em resumo, variáveis como os constrangimentos financeiros, o estado psicológico (stress, depressão, ansiedade, medo do Médico Dentista) e a falta de informação sobre a prevenção e os benefícios dos check-ups anuais contribuem para a não participação em consultas regulares. Essa falta de acompanhamento acentua a progressão da doença periodontal e, conseqüentemente, afeta indiretamente a qualidade de vida dos pacientes.

Esses achados destacam a importância de uma abordagem abrangente no tratamento da doença periodontal, integrando não só o tratamento dos sintomas físicos, mas também a abordagem dos fatores psicossociais e económicos que desempenham um papel crucial na adesão ao tratamento e na prevenção de complicações. Um acompanhamento regular e estratégias de sensibilização específicas sobre os benefícios das consultas anuais poderiam reduzir o impacto global da doença na qualidade de vida.

Os resultados deste estudo permitiram-nos confirmar que a doença periodontal tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, afetando muitos aspetos específicos da vida em geral.

5 IMPLICACOES CLÍNICAS

5.1 Métodos de prevenção

5.1.1 Os diferentes métodos de prevenção

Este estudo demonstrou um influencia da doença na qualidade de vida dos doentes. Esse facto sublinha a importância da adoção de estratégias específicas para a prevenção e o controlo da periodontite.

A prevenção da doença periodontal envolve uma abordagem multidimensional que visa os fatores de risco individuais e demográficos. Os principais objetivos são reduzir a incidência e gravidade da doença periodontal, melhorar o conhecimento em saúde oral e promover práticas sustentáveis de higiene oral. Estes objetivos são alcançados através de uma combinação de intervenções comportamentais, biológicas e ocupacionais.

Estratégias individuais e a nível populacional

- (1) Intervenções comportamentais: Práticas regulares de higiene oral, como escovar os dentes adequadamente e usar fio dentário, são fundamentais para prevenir a doença periodontal. Mudanças no estilo de vida, incluindo parar de fumar e manter uma dieta equilibrada rica em frutas e vegetais, também são cruciais. Estas práticas ajudam a gerir o equilíbrio ecológico do biofilme dentário, uma das principais causas de doença periodontal (Cota et al., 2021) ; (Strochenko & Turchyn, 2022).
- (2) Cuidados profissionais: Exames dentários regulares e consultas de higiene oral são essenciais, especialmente para pessoas com apinhamentos dentários ou próteses, onde a remoção da placa bacteriana é difícil. As intervenções profissionais podem incluir tratamentos mecânicos e antissépticos e, em alguns casos, procedimentos cirúrgicos para tratar condições periodontais avançadas (Strochenko & Turchyn, 2022).
- (3) Modelos centrados no paciente: Habilitar os pacientes através da educação e motivação é mais eficaz do que os modelos tradicionais centrados no profissional.

A melhoria da literacia em saúde e a adesão dos doentes ao tratamento são componentes fundamentais de estratégias de prevenção eficazes (Cota et al., 2021).

Intervenções Biológicas

- (1) Probióticos e vacinas: Os probióticos têm se mostrado promissores como medida preventiva complementar, com ensaios preliminares indicando potenciais benefícios para o tratamento da doença periodontal. As vacinas estão a ser estudadas como uma futura estratégia preventiva, embora os ensaios em humanos ainda não tenham sido realizados (Myneni et al., 2020).

Luta contra hábitos nocivos

- (1) Conselhos para cessação tabágica: A dependência tabágica tem um impacto significativo na saúde periodontal. Os Médicos dentistas e higienistas desempenham um papel vital na prestação de aconselhamento e apoio para interrupção deste hábito, o que se revele eficaz na redução do risco de doença periodontal (Kumar, 2020).

5.1.2 Benefícios a curto e longo prazo da prevenção

A prevenção da doença periodontal tem benefícios a curto e longo prazo. Os benefícios a curto prazo incluem uma melhoria imediata na saúde oral, como a redução da inflamação e a prevenção de mais danos nas gengivas e dentes. Os benefícios a longo prazo incluem uma diminuição do risco de desenvolver periodontite grave, perda dentária e possíveis problemas de saúde sistémicos associados à doença periodontal não tratada (Scannapieco & Gershovich, 2020).

A implementação de estratégias preventivas como consultas de higiene oral a nível de dentes e implantes, assim como redução ou eliminação de fatores de risco podem contribuir significativamente para a manutenção da saúde oral e do bem-estar geral ao longo do tempo (Scannapieco & Gershovich, 2020).

No entanto, é importante evidenciar que o acesso a essas estratégias preventivas nem sempre é garantido para todos os indivíduos. As barreiras financeiras, combinadas

com a falta de desenvolvimento e divulgação de programas de prevenção, podem tornar estes cuidados inacessíveis a algumas populações. Como resultado, a doença periodontal às vezes pode não ser evitável, apesar dos esforços preventivos. Neste contexto, para melhorar a qualidade de vida dos doentes com doença periodontal, é essencial cultivar uma relação de confiança e colaboração entre o paciente e o Médico Dentista. Esta relação permite atuar, ainda que modestamente, para atenuar os sintomas e limitar o impacto da doença, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida dos doentes em causa.

5.1.3 Relação paciente - Médico Dentista

O papel do Médico Dentista na melhoria da qualidade de vida dos pacientes com doença periodontal é fundamental, e vai muito além da simples prestação de cuidados clínicos. De facto, o Médico Dentista desempenha um papel central na adoção de abordagens centradas no paciente, que consideram as necessidades específicas e preferências individuais de cada pessoa. Esta abordagem personalizada é essencial para garantir não só a eficácia dos tratamentos, mas também para reforçar o compromisso do paciente com a sua própria saúde oral.

Uma abordagem centrada no paciente envolve, em primeiro lugar, uma disponibilidade para ouvir as queixas do paciente. O Médico Dentista deve reservar um tempo para entender as preocupações, expectativas e experiências anteriores dos pacientes. Isso ajuda a estabelecer uma relação de confiança, na qual o paciente se sente ouvido e respeitado. Esta confiança é um pilar fundamental para incentivar a adesão aos tratamentos e abordar os aspetos emocionais frequentemente associados à doença periodontal (Ritson et al., 2022) (Dinkel et al., 2024).

O tratamento personalizado é outro componente fundamental desta abordagem. Cada paciente apresenta um quadro clínico único, com vários fatores de risco, como tabagismo, diabetes ou stress. Ao incorporar estes elementos no plano de tratamento, o Médico Dentista pode oferecer soluções personalizadas, que vão desde procedimentos cirúrgicos a tratamentos não invasivos, bem como aconselhamento específico sobre higiene oral e gestão de fatores de risco (Gopinath, 2021). Este tipo de tratamento individualizado não só é mais eficaz, mais também aumenta a motivação do paciente para seguir as recomendações, sabendo que o tratamento é criado especificamente para ele (Gopinath, 2021).

Finalmente, discussões aprofundadas entre o Médico Dentista e o paciente desempenham um papel crucial na melhoria da qualidade de vida. Estas discussões não devem limitar-se à descrição dos tratamentos propostos. Eles também devem incluir uma explicação dos objetivos de cada intervenção, possível curso da doença e benefícios esperados (Smith, 2019). O paciente precisa entender como os seus esforços, combinados com a experiência do Médico Dentista, podem levar a uma melhor saúde oral e, como resultado, a uma melhoria na qualidade de vida geral. Ao estar bem informado, o paciente é mais capaz de participar ativamente no tratamento, o que aumenta ainda mais as chances de sucesso (Smith, 2019).

Em suma, o Médico Dentista, como profissional de saúde, tem um papel muito mais amplo do que tratar os sintomas da doença periodontal. Ele é um parceiro-chave na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, através de uma abordagem personalizada e centrada no paciente, e discussões construtivas que promovem a compreensão mútua e um compromisso compartilhado para uma melhor saúde.

6 LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

6.1 Limitações

Este estudo acerca do impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes apresenta várias limitações importantes que devem ser levadas em conta na interpretação dos resultados.

Tamanho da amostra

O tamanho da amostra de 101 pacientes é relativamente pequeno, o que pode limitar a extrapolação dos resultados. O pequeno tamanho pode influenciar os resultados, especialmente no que diz respeito à distribuição etária, em função do sexo e a qualidade de vida. Por exemplo, a idade mediana observada (59,50 anos) pode não ser representativa da população geral de doentes periodontais. A concentração de participantes nesta faixa etária específica limita a nossa capacidade de tirar conclusões generalizáveis sobre o impacto da idade na percepção da qualidade de vida em diferentes momentos da vida e conduzindo a resultados atípicos e potenciais enviesamentos.

Local único do estudo

O estudo foi realizado num único local: a clínica universitária Egas Moniz. Esta restrição geográfica pode limitar a possibilidade de extrapolar os resultados para outros contextos geográficos ou para populações com características socioeconómicas diferentes. As particularidades locais da clínica, como perfil do paciente e práticas clínicas, também podem influenciar os resultados.

Momento da colheita de dados

O questionário foi aplicado na primeira consulta de diagnóstico periodontal. Embora esta abordagem tenha sido escolhida para evitar possíveis vieses relacionados à explicação do Médico Dentista sobre a doença periodontal, há um possível viés relacionado à fase inicial da triagem. Neste momento, os pacientes podem já ter recebido

informações sobre as consequências e impactos da doença, o que pode influenciar as respostas aos questionários.

Influência da educação e da cultura

Os resultados mostram que fatores como educação e cultura podem afetar as respostas ao questionário. Estes elementos sugerem que as diferenças nas percepções e respostas podem estar relacionadas com vários contextos socioculturais. Portanto, um estudo futuro poderia beneficiar de uma amostra maior e mais diversificada para entender melhor essas influências.

Subjetividade das questões sobre autopercepção da higiene oral

As perguntas sobre autopercepção da higiene oral são inerentemente subjetivas e podem ser enviesadas pela forma como cada paciente percebe e avalia a sua própria higiene. Essa subjetividade pode afetar a precisão das respostas e, portanto, das conclusões sobre o impacto da doença periodontal na qualidade de vida.

Embora este estudo forneça informações valiosas sobre o impacto da doença periodontal, as suas limitações destacam a necessidade de continuar este tipo de investigação em amostra maiores e mais diversificadas.

7 CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes, explorando não apenas as dimensões física, psicológica e social, mas também os fatores socioeconômicos e demográficos que influenciam essa percepção. A investigação com 101 pacientes durante a primeira consulta de diagnóstico periodontal revelou que a doença periodontal altera profundamente a qualidade de vida, afetando a dor física, a autoimagem e as interações sociais. No entanto, a análise dos resultados também mostrou que a percepção dessa qualidade de vida é determinada por uma infinidade de fatores interligados. O rendimento dos doentes, em particular, demonstrou desempenhar um papel fundamental na limitação do acesso aos cuidados dentários, agravando o curso da doença. Além disso, variáveis sociodemográficas influenciam diretamente a autopercepção da higiene oral, destacando a complexidade da interação entre a doença, as percepções individuais e as circunstâncias econômicas.

É, portanto, essencial não nos limitarmos à análise dos sintomas clínicos da doença periodontal, mas ter em conta todos os fatores que influenciam a qualidade de vida dos pacientes. Este trabalho também destacou a importância das estratégias de prevenção na abordagem da doença periodontal. Além disso, destacou o papel crucial do Médico Dentista, não só como prestador de cuidados, mas também como ator central na melhoria da qualidade de vida dos pacientes através de abordagens centradas no paciente. Estas abordagens, incluindo tratamentos personalizados e discussões aprofundadas, permitem adequar os cuidados às necessidades específicas de cada doente, promovendo assim uma melhor adesão aos tratamentos e cuidados globais mais eficazes.

Num futuro próximo, as tecnologias de inteligência artificial (IA) poderão também desempenhar um papel significativo na motivação dos pacientes e na prevenção da progressão da doença periodontal. Estudos anteriores já demonstraram a eficácia dos *short message service* (SMS) para encorajar os pacientes a comparecerem às suas consultas, uma estratégia que pode ser amplamente melhorada com a implementação de sistemas baseados em IA. Esse sistema permite personalizar as mensagens e ajustam o conteúdo conforme as necessidades individuais dos pacientes. Além disso, ferramentas de IA poderão ser utilizadas de forma preventiva durante as consultas dentárias, recorrendo a software que ilustre, por exemplo, a progressão da doença periodontal

através de um avatar do próprio paciente. Esta representação visual personalizada pode melhorar a compreensão do paciente sobre a gravidade da doença, aumentando assim a sua motivação para aderir ao tratamento e à manutenção de uma boa higiene oral. Estas inovações tecnológicas poderão, portanto, transformar a abordagem preventiva e educativa na prática odontológica, promovendo uma melhor saúde oral e uma redução da incidência de doenças periodontais.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Anagnostopoulos, F. (2014). Oral Health Impact Profile. Em A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 4506–4510). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_2019
2. Averyanov, S., Yakupov, B., & Zavadich, K. (2023). Influence of dental defects with associated periodontitis on the quality of life. *Archiv Euromedica*, *13*(1). <https://doi.org/10.35630/2023/13/1.217>
3. Ball, J., & Darby, I. (2022). Mental health and periodontal and peri-implant diseases. *Periodontology* *2000*, *90*(1), 106–124. <https://doi.org/10.1111/prd.12452>
4. Borges, T. D. F., Regalo, S. C., Taba, M., Siéssere, S., Mestriner, W., & Semprini, M. (2013). Changes in Masticatory Performance and Quality of Life in Individuals With Chronic Periodontitis. *Journal of Periodontology*, *84*(3), 325–331. <https://doi.org/10.1902/jop.2012.120069>
5. Broomhead, T., Gibson, B., Parkinson, C., Vettore, M., & Baker, S. (2022). Gum health and quality of life—Subjective experiences from across the gum health-disease continuum in adults. *BMC Oral Health*, *22*(1), 512. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02507-5>
6. Buset, S. L., Walter, C., Friedmann, A., Weiger, R., Borgnakke, W. S., & Zitzmann, N. U. (2016). Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *Journal of Clinical Periodontology*, *43*(4), 333–344. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12517>
7. Caton, J. G., Armitage, G., Berglundh, T., Chapple, I. L. C., Jepsen, S., Kornman, K. S., Mealey, B. L., Papananou, P. N., Sanz, M., & Tonetti, M. S. (2018). A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. *Journal of Periodontology*, *89*(S1), S1–S8. <https://doi.org/10.1002/JPER.18-0157>
8. Cayci, G.-A. (2014). The Relationship Between Psychosocial Factors And Periodontal Disease. *Dentistry*, *04*(04). <https://doi.org/10.4172/2161-1122.1000223>
9. Clark, D., & Levin, L. (2020). Non-surgical management of tooth hypersensitivity. *International Dental Journal*, *66*(5), 249–256. <https://doi.org/10.1111/idj.12247>

10. Cobb, C. M., & Sottosanti, J. S. (2021). A re-evaluation of scaling and root planing. *Journal of Periodontology*, 92(10), 1370–1378. <https://doi.org/10.1002/JPER.20-0839>
11. Costa, M. R., Silvério, K. G., Rossa Júnior, C., & Cirelli, J. A. (2004). Periodontal conditions of teeth presenting pathologic migration. *Brazilian Oral Research*, 18(4), 301–305. <https://doi.org/10.1590/S1806-83242004000400005>
12. Cota, L. O. M., Villar, C. C., Vettore, M. V., Campos, J. R., Amaral, G. C. L. S. do, Cortelli, J. R., & Cortelli, S. C. (2021). Periodontal diseases: Is it possible to prevent them? A populational and individual approach. *Brazilian Oral Research*, 35, e098. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0098>
13. Diaz, M. S. E., & Taboada, G. I. P. de. (2024). Autoevaluación y autopercepción de salud oral en pacientes geriátricos de una población peruana. *SCIÉENDO*, 27(1), Artículo 1. <https://doi.org/10.17268/sciendo.2024.007>
14. Dikilitaş, A., Karaaslan, F., Evirgen, Ş., Ertuğrul, A. S., & Kamburoğlu, K. (2024). Evaluation of the effects of periodontal status according to 2017 classifications on oral health-related quality of life and quality of life-related to general health: A cross-sectional study. *International Journal of Dental Hygiene*, 22(3), 672–680. <https://doi.org/10.1111/idh.12753>
15. Dinkel, J., Racek, Ch., Mirwald, A., & Foltin, V. (2024). Patient-centered Care in Dentistry. *Clinical Social Work and Health Intervention*, 15(3), 22–27. https://doi.org/10.22359/cswhi_15_3_03
16. Do Rosário Dias, M., Nabem, L. G., Monteiro, A. L., Ferreira, A., Alves, V. P., & Delgado, A. (2018). When the Silence Speaks: The Smile. *Journal of Biosciences and Medicines*, 06(11), 13–20. <https://doi.org/10.4236/jbm.2018.611002>
17. Ferreira, M. C., Dias-Pereira, A. C., Branco-de-Almeida, L. S., Martins, C. C., & Paiva, S. M. (2017). Impact of periodontal disease on quality of life: A systematic review. *Journal of Periodontal Research*, 52(4), 651–665. <https://doi.org/10.1111/jre.12436>
18. Goldthorpe, P. I. P. J. H. S. C. S. (2022). How to Maximize the Usefulness of Behaviour Change Conversations with Patients during Routine Dental Consultations. *Dental Update*. <https://doi.org/10.12968/denu.2022.49.3.233>
19. Gomes-Filho, I. (2018). Clinical diagnosis criteria for periodontal disease: An update. *Journal of Dental Health, Oral Disorders & Therapy*, 9. <https://doi.org/10.15406/jdhodt.2018.09.00408>

20. Gopinath, V. (2021). *Personalised medicine in periodontology*. *Journal Of General Dentistry*, 2(2), 1. <https://www.iomcworld.org/articles/personalised-medicine-in-periodontology.pdf>
21. Gupta, S., Mukhiya, S., Kafle, A., Ghimire, S., & Acharya, U. K. (2023). Tooth Mobility among Patients Visiting a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *JNMA: Journal of the Nepal Medical Association*, 61(257), 30–35. <https://doi.org/10.31729/jnma.7945>
22. Horne, P. E., Foster Page, L. A., Leichter, J. W., Knight, E. T., & Thomson, W. M. (2020). Psychosocial aspects of periodontal disease diagnosis and treatment: A qualitative study. *Journal of Clinical Periodontology*, 47(8), 941–951. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13309>
23. Imber, J.-C., & Kasaj, A. (2021). Treatment of Gingival Recession: When and How? *International Dental Journal*, 71(3), 178–187. <https://doi.org/10.1111/idj.12617>
24. Izidoro, C., Botelho, J., Machado, V., Reis, A. M., Proença, L., Alves, R., & Mendes, J. J. (2021). Periodontitis, Halitosis and Oral-Health-Related Quality of Life—A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(19), 4415. <https://doi.org/10.3390/jcm10194415>
25. Jagdhane, V., & Mahale, SwapnaA. (2014). Anatomic variables affecting interdental papilla. *Journal of the International Clinical Dental Research Organization*, 5(1), 14. <https://doi.org/10.4103/2231-0754.134131>
26. Janakiram, C., & Dye, B. A. (2020). A public health approach for prevention of periodontal disease. *Periodontology 2000*, 84(1), 202–214. <https://doi.org/10.1111/prd.12337>
27. Jaumet, L., Hamdi, Z., Julia, C., Hercberg, S., Touvier, M., Bouchard, P., Carra, M. C., & Andreeva, V. A. (2023). Periodontitis assessed with a new screening tool and oral health-related quality of life: Cross-sectional findings among general-population adults. *Quality of Life Research*, 32(1), 259–272. <https://doi.org/10.1007/s11136-022-03215-x>
28. Kondajji Ramachandra Radhika, K. (2023). Association between Periodontal Status and Oral Health Related Quality of Life—A Cross Sectional Study. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 12(4), 282–287. <https://doi.org/10.21275/SR23403180750>
29. Kumar, P. S. (2020). Interventions to prevent periodontal disease in tobacco-,

- alcohol-, and drug-dependent individuals. *Periodontology 2000*, 84(1), 84–101. <https://doi.org/10.1111/prd.12333>
30. Lamba, A. K., Tandon, S., Faraz, F., Garg, V., Aggarwal, K., & Gaba, V. (2020). Effect of periodontal disease on electromyographic activity of muscles of mastication: A cross-sectional study. *Journal of Oral Rehabilitation*, 47(5), 599–605. <https://doi.org/10.1111/joor.12943>
31. Lim, F. Y., Goo, C. L., Leung, W. K., & Goh, V. (2022). Validation of the Malay Oral Impacts on Daily Performances and Evaluation of Oral Health-Related Quality of Life in a Multi-Ethnic Urban Malaysian Population: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16944. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416944>
32. Luo, X., Wan, Q., Cheng, L., & Xu, R. (2022). Mechanisms of bone remodeling and therapeutic strategies in chronic apical periodontitis. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology*, 12, 908859. <https://doi.org/10.3389/fcimb.2022.908859>
33. Madiba, T., & Bhayat, A. (2018). Periodontal disease—Risk factors and treatment options. *South African Dental Journal*, 73(9). <https://doi.org/10.17159/2519-0105/2018/v73no9a5>
34. Martínez, M., Postolache, T. T., García-Bueno, B., Leza, J. C., Figuero, E., Lowry, C. A., & Malan-Müller, S. (2022). The Role of the Oral Microbiota Related to Periodontal Diseases in Anxiety, Mood and Trauma- and Stress-Related Disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.814177>
35. Mercier, M., & Schraub, S. (2005). Qualité de vie: Quels outils de mesure ? Em S. F. de S. et de P. M.- SFSPM (Ed.), *27^o Journées de la Société française de sénologie et de pathologie mammaire (SFSPM), Deauville, 2005. Dogmes et doutes* (pp. 418–423). Datebe SAS. <https://hal.science/hal-03574948>
36. Millot, G. (2011). *Comprendre et réaliser les tests statistiques à l'aide de R: Manuel de biostatistique* (2e éd.). De Boeck.
37. Myneni, S. R., Brocavich, K., & H Wang, H. (2020). Biological strategies for the prevention of periodontal disease: Probiotics and vaccines. *Periodontology 2000*, 84(1), 161–175. <https://doi.org/10.1111/prd.12343>
38. Nair, K. S., Bhat, P.) A. R., & N, P.) S. K. (2024). *Effect of Psychological Stress on Malondialdehyde Levels in the Saliva of Postmenopausal Women With Chronic Periodontitis*". <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4489037/v1>
39. Nambiar, S., & Chava, V. K. (2016). Surgical and non-surgical treatment of

- chronic periodontal disease. *Annals and Essences of Dentistry*, 2.
40. Nazir, M. A. (2017). Prevalence of periodontal disease, its association with systemic diseases and prevention. *International Journal of Health Sciences*, 1(2).
41. Nazir, M., Al-Ansari, A., Al-Khalifa, K., Alhareky, M., Gaffar, B., & Almas, K. (2020). Global Prevalence of Periodontal Disease and Lack of Its Surveillance. *The Scientific World Journal*, 2020, e2146160. <https://doi.org/10.1155/2020/2146160>
42. Ndjidda Bakari, W., Thiam, D., Mbow, N. L., Samb, A., Guirassy, M. L., Diallo, A. M., Diouf, A., Diallo, A. S., & Benoist, H. M. (2021). New classification of periodontal diseases (NCPD): An application in a sub-Saharan country. *BDJ Open*, 7(1), 16. <https://doi.org/10.1038/s41405-021-00071-8>
43. Nisand, D., Struillo, X., Vincent-Bugnas, S., Range, H., & Gosset, M. (2019). Une nouvelle classification des maladies parodontales. *Actualités Pharmaceutiques*, 58(589), 49–52. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2019.07.010>
44. Orlandi, M., Muñoz Aguilera, E., Marletta, D., Petrie, A., Suvan, J., & D’Aiuto, F. (2022). Impact of the treatment of periodontitis on systemic health and quality of life: A systematic review. *Journal of Clinical Periodontology*, 49 Suppl 24, 314–327. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13554>
45. Peeran, S. W., Ramalingam, K., Sethuraman, S., & Thiruneervannan, M. (sem data). Furcation Involvement in Periodontal Disease: A Narrative Review. *Cureus*, 16(3), e55924. <https://doi.org/10.7759/cureus.55924>
46. Ritson, Z., Wilson, K., & Girdler, N. (2022). Remote consultation: A person centred approach for anxious dental patients. *Faculty Dental Journal*, 13(2), 68–73. <https://doi.org/10.1308/rcsfdj.2022.16>
47. Robo, I., Heta, S., Kapaj, S., Llanaj, M., & Ostreni, V. (2023). Adolescents, self-perception versus oral hygiene. *Bulletin of the National Research Centre*, 47(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s42269-023-01050-9>
48. Saleh, M. H. A., Dias, D. R., & Kumar, P. (2024). The economic and societal impact of periodontal and peri-implant diseases. *Periodontology 2000*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/prd.12568>
49. Salvador, S. M., & Toassi, R. F. C. (2021). Oral health self-perception: Physical, social and cultural expressions of a body in interaction with the world. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31, e310122. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310122>

50. Santos, E. C., Huller, D., Brigola, S., Ferreira, M. D., Pochapski, M. T., & dos Santos, F. A. (2023). Pain management in periodontal therapy using local anesthetics and other drugs: An integrative review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 23(5), 245–256. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2023.23.5.245>
51. Sato, Y., Yoshioka, E., Takekawa, M., & Saijo, Y. (2022). *Oral diseases and work productivity loss*.
52. SB Brasil, M. da S. S. de atenção à. (2012). *SB Brasil 2010: Pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais*. SB Brasil.
53. Scannapieco, F. A., & Gershovich, E. (2020). The prevention of periodontal disease—An overview. *Periodontology 2000*, 84(1), 9–13. <https://doi.org/10.1111/prd.12330>
54. SILALAH, S., & Nasution, I. (2023). Association between the number of bilateral free-end posterior tooth loss and mastication performance in RSGM USU patients. *Journal of Syiah Kuala Dentistry Society*, 7, 118–124. <https://doi.org/10.24815/jds.v7i2.30236>
55. Simões, J., Augusto, G. F., do Céu, A., Ferreira, M. C., Jordão, M., Calado, R., & Fronteira, I. (2018). Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy*, 122(8), 803–807. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.013>
56. Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284–290. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>
57. Smith. (2019, janeiro 4). *Series: Communication in the dental practice. Building a good dentist-patient relationship with communication*. *Nederlands Tijdschrift Voor Tandheelkunde*, 126(01), 37-44. <https://doi.org/10.5177/ntvt.2019.01.18212>
58. Strochenko, Ye. O., & Turchyn, M. I. (2022). Current trends in periodontitis treatment and prevention: a literature overview. *Scientific and Practical Journal «Stomatological Bulletin»*, 120(3), 143–146. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2022-45-3.24>
59. Tanne, J. H. (2007). Annual check-ups aren't needed, US study says. *BMJ*, 335(7621), 631–631. <https://doi.org/10.1136/bmj.39349.383194.DB>
60. Tanwir, F., Haq, M. W., Tabassum, S., Hafeez, N., Siddiqui, M. F., Mazhar, S., Bibi, T., Mehwish, A., Zaidi, N., Khan, A. B. K., Nawaz, M., Baqar, A., Khalid,

- A., Ejaz, H., Ijaz, B., Nigar, S., Kumari, P., & Younus, A. (2023). Bi-directional Relationship between Periodontitis and Systemic Diseases. *Research Highlights in Disease and Health Research Vol. 4*, 95–117. <https://doi.org/10.9734/bpi/rhdhr/v4/5155E>
61. Taylor-Bishop, D. C., Mncube-Barnes, F., Ameyaw, E. E., Nesbitt, P., Cherry-Peppers, G., & Grant-Mills, D. (2022). Evaluation of Barriers to Access Treatment for Gum Disease: A Cross-sectional Study. *Oral Health and Dental Science*, 6(4). <https://doi.org/10.33425/2639-9490.1114>
62. The World Health Organization. (2012, março). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
63. Uy, S. N. M. R., Deng, K., Fok, C. T. C., Fok, M. R., Pelekos, G., & Tonetti, M. S. (2022). Food intake, masticatory function, tooth mobility, loss of posterior support, and diminished quality of life are associated with more advanced periodontitis stage diagnosis. *Journal of Clinical Periodontology*, 49(3), 240–250. <https://doi.org/10.1111/jcpe.13588>
64. Van Dyke, T. E., & Dave, S. (2005). Risk Factors for Periodontitis. *Journal of the International Academy of Periodontology*, 7(1), 3–7.
65. Vigouroux, F., Da Costa-Noble, R., Verdalle, P.-M., & Colomb, R. (2011). *Guide pratique de chirurgie parodontale*. Elsevier Masson.
66. Watanabe, S., Yoshida, T., Kono, T., Taketa, H., Shiotsu, N., Shirai, H., & Torii, Y. (2018). Relationship of trainee dentists' self-reported empathy and communication behaviors with simulated patients' assessment in medical interviews. *PLOS ONE*, 13(12), e0203970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203970>
67. Wulandari, P., Lelyati, S., & Soeroso, Y. (2022). Quality of Life and Its Relationship with Periodontal Disease. *Dentika Dental Journal*, 25(2), 97–102. <https://doi.org/10.32734/dentika.v25i2.9988>
68. Wulandari, P., Masulili, S. L. C., & Soeroso, Y. (2022). Quality of Life and Its Relationship with Periodontal Disease: Kualitas Hidup dan Hubungannya dengan Penyakit Periodontal. *Dentika: Dental Journal*, 25(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.32734/dentika.v25i2.9988>
69. Ximénez-Fyvie, L. A., Haffajee, A. D., & Socransky, S. S. (2000). Microbial composition of supra- and subgingival plaque in subjects with adult periodontitis.

Journal of Clinical Periodontology, 27(10), 722–732.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-051x.2000.027010722.x>

70. Ziahosseini, P., Hussain, F., & Millar, B. J. (2014). Management of gingival black triangles. *British Dental Journal*, 217(10), 559–563.
<https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2014.1004>

9 ANEXO

Anexo 1: Questionário utilizado na tese “o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes”

- Primeira parte: variáveis sociodemográficas- (coloca uma cruz) -

1. Sexo:

Feminino Masculino Outro:

2. Idade:

≤ 41 anos > 41 anos

3. Estado civil:

Solteiro Casado Separado Viúvo

4. No mês passado, o seu agregado familiar (pessoas que vivem na sua casa), obteve um rendimento mensal (em euros) entre que valores?

Até 250 De 251 a 500 De 501 a 1500 De 1 501 a 2 500

De 2 501 a 4 500 De 4 501 a 9 500 Mais de 8 500

Não sabe / não responde

5. Número de anos de escolaridade:

≤ 8 anos > 8 anos Não sabe / não responde

6. Fumador:

Sim Não

7. Se responde “SIM” na pergunta 6: Quantos cigarros por dia fuma?

≤ 10 > 10

8. Está em tratamento médico?

Sim Não

9. Se responde “SIM” na pergunta 8: Para que doença?

Escrever:

- Segunda parte: Higiene oral (coloca uma cruz) -

10. Considera a sua higiene oral:

Boa Razoável Má

11. Quantas vezes escova os dentes:

1 vez por dia 2 vezes por dia ou mais 3 vezes por semana
 1 vez por semana ou menos

12. Que tipo de escova usa?

Suave Média Dura

13. Usa fio dentário?

Não uso Sim, diariamente 3 vezes por semana
 1 vez por semana ou menos

14. Quando foi a última consulta de medicina dentária?

- Nunca visitei Há menos de um ano Há 1 ano Há mais de 1 ano
 Não sei
-

15. Procura por um dentista, quando?

- Para fazer um “check-up” Só quando tenho dor
 Não tenho padrão regular, mas sempre que preciso
-

- Terceira parte: Questionário OHIP-14 (coloca uma cruz) -

(Parte A: Limitação funcional)

16. Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

17. Sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentement. Sempre
-

(Parte B: Dores físicas)

18. Teve dores na sua boca?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

19. Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente. Sempre
-

(Parte C: Desconforto psicológico)

20. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

21. Sentiu-se tenso por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre
-

(Parte D: Incapacidade física)

22. Já deixou de comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

23. Teve de interromper refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre
-

(Parte E: Incapacidade psicológica)

24. Sentiu dificuldade em relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

25. Tem-se sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

- Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre
-

(Parte F: Incapacidade social)

26. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu (sua) companheiro(a) ou família por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

27. Teve dificuldade em realizar as suas atividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

(Parte G: Desvantagem social)

28. Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

29. Tem sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?

Nunca Raramente Por vezes Frequentemente Sempre

- Quarta parte: secção a preencher pelo dentista/aluno (escrever)-

30. Número de dentes na boca
Escrever:

31. Estádio e grau da periodontite
Escrever: