

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

MARIANNY ARTHUR MARTÍNEZ

**Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos a
tratamentos periodontais**

BAURU
2019

MARIANNY ARTHUR MARTÍNEZ

**Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos a
tratamentos periodontais**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Periodontia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Andreotti Damante

Versão Corrigida

BAURU

2019

Arthur Martínez, Marianny

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos a tratamentos periodontais/ Marianny Arthur Martínez. – Bauru, 2019.

92p. : il. ; 31cm.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Profa. Dra. Carla Andreotti Damante

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru - FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese, por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
CAAE: 65048317.5.0000.5417
Parecer nº: 1.959.932
Data: 13/03/2017

(Cole a cópia de sua folha de aprovação aqui)

DEDICATÓRIA

Para você meu pequeno, minha duplinha! para você que entende quando eu falo para colocar o sapato que deve trazer o seu e o meu branco. Todas as minhas conquistas são suas, meu filho amado. Agradeço a Deus por ser sua mamãe, obrigada por aceitar ver os seus desenhos na metade da tela, por me entender e ajudar.

Lembra sempre, com paciência e perseverança, tudo se alcança... A tartaruga.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por seu amor e misericórdia para comigo, por não ter me deixado desistir, por não ter me deixado desanimar, por não ter permitido que eu voltasse atrás. Obrigada Pai!

Aos meus pais, não tenho palavras para expressar o tamanho da minha gratidão, nem como mensurar o orgulho de tê-los como pais e perdão por deixá-los sozinhos, mas todos meus agradecimentos são também para eles.

Á minha avó Mercedes, exemplo de coragem, amor e dedicação, graças a Deus por ter-me permitido ser sua neta, obrigada pelo apoio.

Aos meus irmãos, minha curtição particular, de graça e fiel, eu não seria completa sem vocês.

A minha família em Brasil, Claudia, Salvador e Juan, agradeço a Deus infinitamente por ter me permitido encontrar a vocês neste mundo, sem palavras nem forma de pagar tudo o que vocês fazem por nos. Obrigada por cuidar de meu filhinho como se fosse seu. Avós de coração!

Ao meu amor, meu guia, meu porto seguro, agradeço pelo amor, companheirismo e paciência. Por acreditar na minha capacidade e por me ajudar a adequar nossas vidas e sonhos a distância. E pelos momentos de conforto, alegria e força.

A todos meus amigos, perto ou longe, sempre torceram por mim.

OBRIGADA!!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos professores do departamento de periodontia FOB USP, Dra. Maria Lucia Rezende, Dr. Sebastião Greggi, Dra. Adriana Sant'Ana, Dra. Mariana Zangrando e em especial a minha orientadora Dra. Carla Andreotti Damante, muito obrigada pelo tempo dedicado para hoje serem os professores admiráveis que são. Obrigada pela paciência, compreensão, amizade, é uma honra aprender e trabalhar ao lado de vocês. Perdoem por todo o transtorno que causei durante estes anos. Deus abençoe a todos!

A super equipe do Departamento de Prótese e Periodontia, Marcela, Edilaine, Deborah e Cleide, que sempre tem um sorriso e ânimo para nos dar, vocês são nosso apoio diário.

A Ivânia, eu não tenho como pagar tudo o que você fez por mim, mas Deus, sim e peço a Ele que abençoe todos os dias de sua vida. Muito obrigada!

Aos professores Dr. Valmir C. Macarini e Dr. Eric F. Tinoco, agradeço pelo carinho, confiança e apoio nesta aventura desde que cheguei no Brasil, por toda contribuição para minha formação.

As minhas amigas Luciana Tanaka e Cecilia Reyes agradeço pela bela amizade, porque vocês foram parte essencial desta história. Obrigada pela ajuda imensa, por emprestar sua família para cuidar de meu filho, pelas caronas e ligações recordando-me as coisas importantes. Eu tenho certeza absoluta de que poderia contar com vocês sempre e espero que vocês sintam o mesmo de minha parte.

Aos meus colegas e amigos da pós-graduação, Paula Cunha, Luisa Valle, Vitor Stuani, Talyta Sasaki, Vitor Kondo, Samantha Castro, Julien Pires, Marcos Marcondes, Gabriel Amantini, Erika Carvalho, Adriana Caetano, Savio Brandelero, Angie Castro, José Pelayo, Ernesto Bernalkazar e Rodrigo Naveda obrigada pela convivência maravilhosa, por todo apoio, companheirismo e amizade. E especialmente a Raphaella Michel, Rafael Ferreira, Gustavo Manfredi, Matheus Cardoso e Andreia Souza, seus alunos terão uma sorte indescritível de tê-los como professores, obrigada pelo carinho e ajuda. Torço por cada um de vocês!!

“Tudo quanto fizerdes, fazei-o de todo o coração, como para o Senhor”

Colossenses 3: 23

RESUMO

A qualidade de vida é considerada uma sensação íntima de conforto, bem-estar ou felicidade no desempenho das funções físicas, intelectuais e psíquicas, que se inserem na realidade familiar, no trabalho e nos valores da comunidade à qual pertence o indivíduo. O objetivo deste estudo foi analisar e comparar o nível de autopercepção de qualidade de vida relacionada a condição de saúde periodontal em pacientes sistemicamente saudáveis e diabéticos tipo 1, na terapia de raspagem e alisamento corono- radicular, e pacientes sem comprometimento sistêmico na terapia periodontal cirúrgica, durante e após o tratamento, na terapia de manutenção periodontal. Foram aplicados dois questionários de autopercepção da qualidade de vida relacionada a saúde bucal, o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e Oral Health Impact Profile (OHIP14), sendo que esses índices propiciam a avaliação mais completa do impacto da doença e tratamento na vida cotidiana dos pacientes. Tais questionários foram aplicados em três períodos: inicial, 3 e 6 meses. As análises estatísticas foram constituídas de somatórias, porcentagens e médias, de acordo com o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov para a comparação e análises foram utilizados os testes não paramétricos de Kruskal Wallis e Friedman em todas as variáveis, sendo o teste de Mann-Whitney empregado para comparar as diferenças entre os gêneros, com significância de 5%. A amostra foi composta de 35 pacientes com uma média de idade de 46,3 anos, 60% mulheres e 40% homens. Dessa amostra, 10 pacientes não possuíam doença sistêmica (RACR) e 11 pacientes com diabetes tipo 1 (RACRD) receberam o tratamento de raspagem e alisamento corono-radicular, outros 14 pacientes sem doença sistêmica que receberam tratamento periodontal cirúrgico regenerativo (CIR) em lesões de furca classe II. O índice OHIP-14 no total das dimensões foi alto com tendência a diminuir, (RACR) 25,6%, 17,1%, e 16,7%; (RACRD) 19,3%, 14,3% e 10,7% e grupo (CIR) 27,5%, 15,9%, e 13,0%. O índice GOHAI foi baixo com tendência a aumentar nas médias totais e de igual forma nos domínios (RACR) 21,4%, 23,2% e 24,1%; (RACRD) 25,3%, 27,7% e 27,5%; mas no grupo (CIR) teve uma diminuição nas porcentagens 23,3%, 22,4% e 21,7%. O estudo mostra que esses indivíduos apresentaram uma melhora na autopercepção de saúde bucal independentemente da terapia periodontal aplicada. Conclui-se que, questionários são instrumentos úteis que contribuem em uma melhor orientação de

estratégia no planejamento e promoção da saúde bucal, com o intuito de aumentar a qualidade de vida do paciente, sendo que este aumento pode ser visualizado com a melhora no tratamento periodontal.

Palavras chave: Qualidade de vida. Saúde bucal. Periodontia

ABSTRACT

Quality of life assessment of patients undergoing periodontal treatments

Quality of life is considered an intimate feeling of comfort, well-being or happiness in the performance of physical, intellectual and physical functions, which are part of the family reality, work and values of the community to which the individual belongs. The aim of this study was to analyze and compare the level of self-perception of quality of life related to periodontal health condition in systemically healthy and type 1 diabetic patients, in scraping and coronary smoothing therapy (RACR), and patients without systemic impairment in surgical periodontal therapy (CIR), during and after treatment in periodontal maintenance therapy. Two self-perceived oral health-related quality of life questionnaires were administered, the Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) and the Oral Health Impact Profile (OHIP14). These indices provide a more complete assessment of the impact of the disease and treatment on patients' daily life. These questionnaires were applied in three periods: initial, 3 and 6 months. Statistical analyzes consisted on summation, percentages and means, according to the normality test (Kolmogorov-Smirnov) for comparison and analyzes were used the nonparametric Kruskal Wallis and Friedman tests in all variables, being the Mann-Whitney test used to compare differences between genders, with significance of 5%. The sample consisted of 35 patients with a mean age of 46.3 years, 60% women and 40% male. Of this sample, 10 patients had no systemic disease and 11 patients with type 1 diabetes received RACR-RACRD treatment, 14 other patients without systemic disease who received regenerative surgical periodontal treatment in class II furcation lesions CIR. The index OHIP-14 in the total of dimensions was high with a tendency to decrease, (RACR) 25.6%, 17.1%, 16.7%; (RACRD) 19.3%, 14.3%, 10.7% and group (CIR) 27.5%, 15.9%, 13.0%. The index GOHAI was low with a tendency to increase in the total averages and equally in the domains (RACR) 21.4%, 23.2%, 24.1%; (RACRD) 25.3%, 27.7%, 27.5%; but in the (CIR) group there was a decrease 23.3%, 22.4%, 21.7%. The study shows that these individuals showed an improvement in oral health self-perception regardless of the periodontal therapy applied. It is concluded that questionnaires are useful tools that contribute to a better strategy orientation in the

planning and promotion of oral health, aiming to increase the patient's quality of life, and this increase can be visualized with the improvement in periodontal treatment.

Keywords: Quality of life. Oral health. Periodontics.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
GOHAI	Geriatric Oral Health Assessment Index
OHIP	Oral Health Impact Profile
OHRQoL	Oral Health Related Quality of Life
DM	Diabetes Mellitus
RACR	Raspagem e alisamento corono- radicular
RACRD	Raspagem e alisamento corono- radicular em pacientes diabéticos
CIR	Cirurgia regenerativa
USP	Universidade de São Paulo
TLCE	Termo de consentimento livre e esclarecido

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição das dimensões - Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) (FONSECA et. al., 2011)	22
Tabela 2.	Distribuição das dimensões – Oral Health Impact Profile (OHIP-14) versão Brasileira (ULINSKI et al., 2013, GOMES et al., 2015).....	24
Tabela 3.	Frequência de respostas obtidas através da aplicação do OHIP-14 para o grupo RACR.....	46
Tabela 4.	Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo OHIP-14 RACR.....	47
Tabela 5.	Frequência de respostas obtidas através da aplicação do OHIP-14 para o grupo RACRD.....	48
Tabela 6.	Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo OHIP-14 RACRD.....	49
Tabela 7.	Frequência de respostas obtidas através da aplicação do OHIP-14 no grupo CIR.....	50
Tabela 8	Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempoOHIP-14 CIR.....	51
Tabela 9.	Dimensões OHIP – 14 grupo RACR.....	52
Tabela 10.	Dimensões OHIP – 14 grupo RACRD.....	52
Tabela 11.	Dimensões OHIP -14 grupo CIR.....	52
Tabela 12.	Frequência de respostas obtidas através da aplicação do GOHAI para o grupo RACR.....	53
Tabela 13.	Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo GOHAI RACR.....	54

Tabela 14.	Frequência de respostas obtidas através da aplicação do GOHAI para o grupo RACRD.....	55
Tabela 15.	Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo GOHAI RACRD.....	56
Tabela 16.	Frequência de respostas obtidas através da aplicação do GOHAI para o grupo CIR.....	57
Tabela 17.	Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo GOHAI CIR.....	58
Tabela 18.	Porcentagem da soma simples dos valores nos tempos e grupos....	58
Tabela 19.	Domínios GOHAI grupo RACR.....	59
Tabela 20.	Domínios GOHAI grupo RACRD.....	59
Tabela 21.	Domínios GOHAI grupo CIR.....	59
Tabela 22.	Estatística descritiva gênero masculino.....	60
Tabela 23.	Estatística descritiva gênero feminino.....	60

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)	20
2.2	Oral Health Impact Profile (OHIP-14).....	23
2.3	Doença periodontal e qualidade de vida.....	25
2.4	Diabetes Mellitus e qualidade de vida.....	28
2.5	Gêneros e qualidade de vida relacionada a saúde bucal	30
3	PROPOSIÇÃO	35
3.1	Objetivo primário.....	35
3.2	Objetivo secundário	35
4	MATERIAL E MÉTODOS	39
4.1	Critérios de inclusão	40
4.2	Critérios de exclusão	40
4.3	Etapas do estudo.....	41
4.4	Análise estatística	41
5	RESULTADOS	45
6	DISCUSSÃO	63
7	CONCLUSÕES	69
	REFERÊNCIAS	73
	ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental, social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946; FLECK, 2000) associada a condições multifatoriais (PATTUSSI et al., 2001; LANDEIRO et al., 2011) que influenciam na saúde oral e bem-estar geral (WHOQOL, 1995; FRISCH, 2006).

A doença periodontal envolve uma interação complexa entre agentes etiológicos e fatores de risco (genéticos e ambientais), sendo a sexta complicação do diabetes mellitus (LÖE, 1993). O sangramento gengival, o mau hálito, as alterações na forma e contorno gengivais, a perda de inserção ou perda dos dentes (PAGET et al., 1997) impactam negativamente na qualidade de vida do paciente (LOCKER 1988; CUNHA-CRUZ et al., 2007).

A terapia periodontal tem como propósito preservar a saúde por meio do controle do processo inflamatório (FAMILI; SHORT., 2010; SAMINSKY et al., 2015). Nesse mesmo sentido, a manutenção periodontal, visa a conservação dos resultados obtidos no tratamento periodontal não cirúrgico inicialmente (DANTAS et al., 2011; PEREIRA et al., 2011). Essa terapia denota a necessidade básica dos procedimentos terapêuticos para que os pacientes, por meio de esforços próprios, possam controlar a infecção periodontal (LINDHE; LANG; KARRING, 2010, NETO et al., 2015). Em alguns casos, entretanto, há a necessidade de procedimentos cirúrgicos para reestabelecer as distâncias biológicas a níveis que sejam compatíveis com a manutenção da saúde pelo paciente, estando o sucesso dependente da colaboração na higienização pelo paciente (BRÄGGER et al., 1992)

Portanto, a motivação e a educação em saúde bucal são consideradas ferramentas básicas para a prevenção das doenças periodontais e devem incluir informações sobre a etiopatogênese, como também princípios básicos dos métodos de controle do biofilme dentário (BUISCHI, 2000).

O Oral Health Impact Profile modificado (OHIP-14) e o Geriatric Oral Health Assesment Index (GOHAI) são exemplos de indicadores sociodontais (REISINE,

1981) aplicados nas pesquisas de saúde oral. Visa fornecer uma medida da incapacidade, desconforto e desvantagens atribuída à condição oral através da autopercepção.

Vários estudos têm sido publicados avaliando a relação entre a saúde bucal e qualidade de vida, fornecendo a compreensão do impacto da doença periodontal (NEEDLEMAN et al., 2002, NG; LEUNG, 2006; OZCELIK et al., 2007) por meio de diversos questionários de saúde, e também fornecendo informação da aplicação dos questionários quando existe a doença periodontal em diferentes graus ou relacionada a outras doenças (SAITO et al., 2010; WONG et al., 2012; SIMONA et al., 2014; SADEGHI et al., 2014, IRANI et al., 2015)

Neste sentido, este estudo teve como objetivo comparar o nível de cooperação e autopercepção da condição periodontal de pacientes com e sem diabetes tipo 1 tratados por terapia básica periodontal (raspagem e alisamento corono- radicular – RACR) e pacientes sem doença sistêmica na terapia cirúrgica periodontal, durante e após o tratamento na fase de manutenção periodontal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

Em 1995, a Organização Mundial da Saúde (OMS) devido à necessidade existente de definir uma padronização internacional para avaliar a qualidade de vida desenvolveram instrumentos compostos por domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos religiosos (WHO, 1993; FLECK, 2000), tornando possível a realização e comparação de investigações sobre a qualidade de vida em diferentes contextos (WHO, 1997).

A qualidade de vida foi definida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais ele convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1995; FRISCH, 2006). É também caracterizada pela subjetividade e a multidimensionalidade, referindo-se aos domínios físicos, psicológico e social, e por último a bipolaridade, que se refere às dimensões positivas e negativas (WHO, 1997), estando suscetível a alterações ao longo do tempo (ALLEN, 2003; JOHN et al., 2004).

Em 1985, alguns autores começaram a investigar a influência da saúde bucal na qualidade de vida (GIDDON; MILLER, 1987).

Um aspecto importante a ser considerado é que a saúde bucal, como parte integral da saúde geral, interfere diretamente na vida diária dos indivíduos, podendo gerar uma desestabilização do sistema estomatognático em termos de redução da capacidade mastigatória e fonação, além de dificultar e limitar o consumo de diversos alimentos (LACERDA et al., 2008; SANTILLO et al., 2014). Diferentes indicadores sociodontais foram desenvolvidos com a finalidade de avaliar o impacto subjetivo desta condição na qualidade de vida. (LOCKER, 1988, BARBOSA et al., 2010).

A autopercepção da saúde bucal é uma medida multidimensional que, refletindo a experiência subjetiva dos indivíduos sobre o seu bem-estar físico e psicossocial, pode determinar a procura por tratamentos dentários (JOKOVIC et al.; 1997, AGOSTINHO et al., 2015).

A avaliação subjetiva do impacto das condições bucais adversas e / ou suas consequências na vida diária é realizada com o uso de indicadores epidemiológicos de qualidade de vida. Tais medidas surgiram como um complemento aos indicadores clínicos, proporcionando uma avaliação mais ampla da saúde de indivíduos e populações (JOKOVIC et al., 2002; FERREIRA et al., 2017).

No entanto, pouca atenção foi dada ao estudo do impacto da terapia periodontal na perspectiva dos pacientes. Demonstrar que a terapia periodontal melhora a qualidade de vida, requer um estudo longitudinal seguindo um grupo de pacientes antes e depois da terapia (NEEDLEMAN et al., 2004, WONG et al., 2011). Em uma semana a seis meses de estudos de intervenção de curta duração (D'AVILA et al., 2005, OZCELIK et al., 2007; SAITO et al., 2010) relataram-se melhorias da qualidade de vida logo após o tratamento periodontal não cirúrgico.

O Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e Oral Health Impact Profile (OHIP) são alguns dos diversos instrumentos que permitem avaliar a autopercepção da saúde bucal através da aplicação de questionários (CARVALHO et al., 2013).

2.1 Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)

A saúde bucal é um fator indispensável para o envelhecimento saudável e uma boa qualidade de vida, porém sua importância ainda não é totalmente reconhecida. Segundo Pucca Júnior, 2002, o quadro de saúde bucal da terceira idade reflete nitidamente as condições desiguais em que as pessoas vivem e trabalham. (SIMÕES e CARVALHO., 2011)

Algumas condições desfavoráveis de saúde geral são mais prevalentes nesse grupo etário e podem agir como fatores predisponentes de prejuízo à saúde bucal, como o diabetes, condição que induz a xerostomia e redução do fluxo salivar (YAMASHITA et al., 2013). Os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos são as cáries radiculares, a perda dentária e a doença periodontal, estando tais complicações relacionadas com a maioria das extrações dentárias e agindo como fatores predisponentes da desnutrição e restrição à ingestão de determinados alimentos. (SIMÕES e CARVALHO., 2011; SILVA et al., 2011)

O Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) foi desenvolvido por Attchison e Dolan em 1990, em pesquisas com idosos norte-americanos, sendo traduzido e validado por Silva, Castellanos Fernandes em 2001, para ser aplicado na população brasileira (AGOSTINHO et al., 2015). Tal questionário permite perceber a comportamento de um indivíduo em toda a sua rotina e a forma como ele próprio compreende todo o seu bem-estar. Deste modo, favorece a melhora da decisão clínica e providencia melhores cuidados de saúde bucal (ALLEN, 2003; LOCKER et al., 2007, CARVALHO et al., 2013).

O questionário é composto por 12 questões abordando aspectos relacionados a três dimensões (Tabela 1):

- Três questões envolvendo as dimensões física ou funcional, representadas pelos padrões de mastigação, fala e deglutição e aspectos psicossociais;
 - Cinco questões representadas pela preocupação com a saúde bucal, satisfação ou insatisfação com a aparência, autoconsciência sobre a sua saúde bucal, evitar o contato social.
 - Quatro questões que representam o uso de medicações para aliviar a dor ou desconforto. (CARVALHO et al., 2013).
-

Tabela 1: Distribuição das dimensões - Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) (FONSECA et. al., 2011)

Funcional	<ul style="list-style-type: none">• Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?• Teve problemas para mastigar os alimentos?• Mudou o jeito de falar por causa dos problemas com sua boca?
Dor/ Desconforto	<ul style="list-style-type: none">• Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?• Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?• Teve que tomar remédios para passar a dor ou o desconforto de sua boca?• Sentiu seus dentes ou gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?
Psicossocial	<ul style="list-style-type: none">• Deixo de estar com outras pessoas por causa de sua boca?• Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?• Teve algum problema na boca que o deixou preocupado?• Chegou a sentir nervoso por causa de problemas com sua boca?• Evitou outras pessoas por causa dos problemas com sua boca?

Attchison e Dolan propuseram 3-6 categorias (de “sempre” a “nunca”) para as respostas do questionário (ATTCHISON; DOLAN., 1990). Outros autores propuseram uma frequência simplificada dividida em 3 categorias: sempre, algumas vezes e nunca, que recebem pontuação de 1 a 3. (CARVALHO et al., 2013).

A pontuação total do questionário é obtida pela soma dos valores, em um intervalo de 12 a 36. Quanto maior esse valor, maior é a autopercepção da saúde oral pelo paciente (ATTCHISON; DOLAN., 1990). Outra interpretação é que quanto maior a frequência de respostas “sempre”, mais alta é a autopercepção e piores são as condições de saúde bucal. O mesmo ocorre com o inverso (REUBEN; SOLOMON, 1989)

Attchison e Dolan classificaram a soma dos valores em “elevada” (34-36 pontos), “moderada” (30-33 pontos) e baixa (<30 pontos). (ATTCHISON; DOLAN., 1990)

A tradução do questionário para o português não teve diferenças, com exceção das questões 3, 5 e 7, cujos valores foram invertidos para manter a atribuição de valores mais elevados para condições positivas em todas as questões. (SILVA et al., 2005; CARVALHO et al., 2013)

2.2 Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Criado com o objetivo de mensurar o impacto social das doenças bucais, Slade e Spencer em 1994 desenvolveram o Oral Health Impact Profile mediante 49 questões (OHIP-49), avaliadas por meio de um escore total com um valor máximo de 196 ou por meio de sete domínios (Tabela 2) (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social) Slade e Spencer (1994). Tal questionário é aplicável em forma de entrevista pessoal, por meio de via telefônica ou auto aplicado (SOUSA et al., 2009; REISSIMANN et al., 2011).

Devido a sua grande extensão, em 1997 foi desenvolvida uma versão reduzida, removendo-se, principalmente, questões relacionadas a próteses bucais. Esta modificação apresenta duas questões para cada domínio, com um total de 14 questões (OHIP-14), organizadas de modo a que os participantes indiquem, segundo uma escala tipo Likert, opções de resposta de cinco pontos com valores de 0-4 (versão português de Portugal) (AFONSO e SILVA, 2015). As cinco categorias de resposta identificam a frequência da experiência para cada um dos problemas. As categorias de resposta e respectivas numerações são: Quase sempre=4; Algumas vezes=3; Poucas vezes=2; Raramente=1; Nunca=0. (SLADE, 1997; AFONSO et al., 2017).

Tabela 2: Distribuição das dimensões – Oral Health Impact Profile (OHIP-14) versão Brasileira (ULINSKI et al., 2013, GOMES et al., 2015)

Limitação funcional	<p>-Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p> <p>-Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p>
Dor física	<p>-Teve alguma dor persistente/continuada na boca?</p> <p>-Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p>
Desconforto Psicológico	<p>-Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p> <p>-Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p>
Incapacidade Física	<p>-A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p> <p>-Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p>
Incapacidade Psicológica	<p>-Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p> <p>-Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p>
Incapacidade Social	<p>-Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p> <p>-Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p>
Desvantagem Social	<p>-Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p> <p>-Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?</p>

A versão em português do questionário OHIP-14 apresenta boas propriedades psicométricas, de forma semelhante à versão original em inglês, e que dessa forma, qualifica como válido para o idioma brasileiro (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

Para a compreensão dos resultados de tal questionário, identifica-se mais frequentemente a utilização do método aditivo (0-56) na obtenção da pontuação final no OHIP-14, por permitir medir a frequência e gravidade do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida (SLADE, 1997; AFONSO e SILVA, 2015). Quanto maior a pontuação pior a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal. (SARDENBERG et al., 2011).

2.3 Doença periodontal e qualidade de vida

A doença periodontal e a cárie são altamente prevalentes e interferem na qualidade de vida dos indivíduos (LOCKER, 1988) causando um impacto negativo em diversos aspectos mas o tratamento pode provocar um efeito positivo (D'AVILA et al., 2005; LOPES et al., 2009; SAITO et al., 2010; WONG et al., 2012).

A doença periodontal é uma infecção inflamatória crônica que leva à destruição dos tecidos de sustentação dos dentes, com a perda progressiva da inserção do tecido conjuntivo e reabsorção óssea. A patogênese da doença periodontal é caracterizada por relações complexas entre microrganismos presentes no biofilme dentário (placa) e a resposta imunoinflamatória do hospedeiro, que pode ser influenciada por fatores genéticos, condições ambientais e / ou adquiridas, como tabagismo e doenças sistêmicas (KORNMAN, 2008; FERREIRA et al., 2017).

É importante ressaltar que a doença periodontal também pode ser um fator modificador da saúde sistêmica (SEYMOUR et al., 2007; FERREIRA et al., 2017) e suas consequências clínicas podem ter impacto na qualidade de vida na forma de aspectos emocionais, sociais e funcionais, bem como sintomas em processos agudos (BORGES et al., 2013; MEUSEL et al., 2015; FERREIRA et al., 2017).

A prevalência da doença periodontal tende a diminuir com o avanço da idade, devido à perda de dentes entre os idosos (RONCALLI et al., 2012). Além do menor

número de dentes, o aumento da idade, por si só, faz com que os indivíduos percebam seus problemas bucais como menos prejudiciais. De fato, muitos idosos têm uma visão positiva de sua saúde bucal e vêem a perda de dentes como uma consequência normal do processo de envelhecimento (SLADE et al., 2011).

A primeira pesquisa que relacionou a doença periodontal como possível causa de impacto na qualidade de vida, foi desenvolvida por Rosenberg et al., 1988. Constatou-se que a situação dos tecidos periodontais, a perda de dente e a saúde geral debilitada possuem relação com baixos valores nos índices de qualidade de vida utilizados em medicina. (LOPES et al., 2009)

Santana et al., (2007); Lopes et al., (2009) concluíram que as periodontites moderadas e severas estão negativamente associadas à qualidade de vida quando comparadas com indivíduos saudáveis periodontalmente ou com gengivite.

Alguns estudos transversais demonstraram que o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em pacientes periodontais é alto (WONG et al., 2011) e que a perda de inserção periodontal contribuiu significativamente para a baixa qualidade de vida (NEEDLEMAN et al., 2004), mesmo após ajuste para idade, sexo, perda dentária e efeitos da cárie (NG; LEUNG, 2006) e / ou condição socioeconômica (BERNABÉ; MARCENES, 2011).

Os efeitos negativos da doença periodontal na qualidade de vida foram relatados em vários estudos, afetando não só a capacidade de comer, falar e socializar, mas também as relações interpessoais e as atividades diárias (NEEDLEMAN et al., 2004; CUNHA-CRUZ et al., 2007; LÖPEZ e BAELUM, 2007; LOPES et al., 2009, SIMONA et al., 2014). Isto inclusive afetar o padrão de sorriso dos pacientes e a qualidade de vida relacionada ao sorriso. (PATEL et al., 2008; AL HABASHNEH et al., 2012).

O impacto negativo da doença periodontal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) tem sido pouco investigado quando comparado a outros problemas bucais, como cárie dentária e perda dentária. Deve-se considerar que uma melhor compreensão da percepção dos indivíduos em relação ao impacto da doença periodontal pode ajudar a garantir o planejamento e o tratamento que se ajustem às

necessidades e preocupações do paciente (O'DOWD et al., 2010; FERREIRA et al., 2017)

Nesse sentido, é necessário avaliar a percepção dos pacientes nas diferentes etapas do tratamento periodontal, as quais tem como propósito preservar os dentes por meio da melhora do processo inflamatório e evitar a progressão da doença (FAMILI; SHORT, 2010; SAMINSKY et al., 2015).

A terapia de manutenção periodontal visa à conservação dos resultados obtidos na fase associada à causa. O objetivo é minimizar a recorrência e a progressão da doença periodontal em pacientes que tenham sido tratados previamente. Deve se considerar o esforço do paciente para controlar a infecção periodontal (LINDHE et al., 2010), a fim de reduzir a incidência de perda dentária e posterior reabilitação com próteses, aumentando a probabilidade de localizar e tratar, periodicamente, outras doenças e condições encontradas na cavidade bucal (AAP, 2003), além de manter funcional e esteticamente a dentição (RENVERT; PERSSON, 2004)

A mudança na qualidade de vida após a terapia cirúrgica mostra relatos contraditórios (OZCELIK et al., 2007; SAITO et al., 2011, GOEL et al., 2017)

O estudo de Ozcelik et al., 2007, avaliou diferentes tipos de tratamento periodontal e seu impacto no pós-operatório. Sessenta pacientes foram submetidos a tratamento não cirúrgico, cirúrgico e cirúrgico com matriz derivada de esmalte (técnica regenerativa). Os questionários utilizados foram OHIP-14 e GOHAI diariamente, durante todo o período de uma semana de pós-operatório. Os resultados mostraram pior percepção da qualidade de vida no grupo que recebeu tratamento cirúrgico.

Outros autores tentaram avaliar a influência do tratamento periodontal na qualidade de vida, por meio de dois estudos: o primeiro avaliando o efeito da orientação de higiene seguida de RACR e o segundo o efeito da terapia cirúrgica adicionalmente à RACR. No primeiro estudo, os autores observaram que o efeito da terapia não cirúrgica foi benéfico para a qualidade de vida dos participantes. No entanto, o segundo estudo não demonstrou melhoras adicionais quando comparado aos os resultados da terapia não cirúrgica (SAITO et al., 2010; SAITO et al., 2011).

2.4 Diabetes Mellitus e qualidade de vida

O Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas mais prevalentes na atualidade e atinge proporções epidêmicas em todo o mundo (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2004).

É uma doença metabólica de etiologia múltipla, caracterizada pela hiperglicemia crônica resultante de distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, em função de secreção insuficiente e/ou ausente de insulina, como também por defeitos da sua ação nos tecidos como o fígado, o tecido muscular e o adiposo (MANNA, 2007).

A classificação atual do Diabetes Mellitus é baseada em sua etiologia e inclui quatro classes: Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Mellitus gestacional e outros tipos específicos de Diabetes Mellitus. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2003).

Embora muitas doenças sistêmicas tenham sido consideradas associadas à periodontite, a ligação entre diabetes e periodontite tem sido o assunto de diversas pesquisas (IRANI et al., 2015; MONSARRAT et al., 2016; VERGNES et al., 2018).

Tanto a periodontite quanto o diabetes são altamente prevalentes nas sociedades modernas (MURRAY et al., 2013; KASSEBAUM et al., 2017; VERGNES et al., 2018) e ambas têm um impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo (VERGNES et al., 2018).

A presença de diabetes descontrolada está associada à doença periodontal (SOUSA et al., 2011) que é uma das principais causas de perda de dentes em adultos, e conseqüentemente prejuízo da função mastigatória (SOUSA et al., 2011)

Sinais e sintomas presentes nos pacientes diabéticos, como boca seca hipossalivação, afetam a cicatrização de lesões nas mucosas, e, portanto, aumentam o desconforto e dor, mostrando associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida em sua relação social, desempenhando um papel importante na inibição de contatos sociais. (AZOGUI et al., 2018).

A diabetes aumenta significativamente o risco de um indivíduo desenvolver múltiplas complicações microvasculares e cardiovasculares e o risco dessas complicações pode ser reduzido, significativamente com um intensivo e abrangente cuidado (GAEDE et al., 2003).

A condição psicológica de se viver com diabetes é muitas vezes “pesada” e esse fato pode afetar o comportamento de autocuidado e, por fim, o controle glicêmico a longo prazo, elevando o risco de desenvolver complicações e afetar a qualidade de vida. As pessoas com diabetes possuem uma pior qualidade de vida quando comparadas a pessoas sem a doença, porém, apresentam uma melhor qualidade de vida quando comparadas com as pessoas que possuem outras doenças crônicas graves (RUBIN; PEYROT, 1999).

Nota-se uma alta evidência de que as questões psicossociais são críticas para um bom tratamento do diabetes (GLASGOW et al., 1992; FISHER et al., 1996; RUBIN e PEYROT, 1999).

Irani et al. (2015) realizaram um estudo com objetivo de investigar o impacto do estado periodontal na qualidade de vida. A amostra foi composta por 61 pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e 74 pacientes sem diabetes. Utilizaram o questionário OHIP49. Os pacientes de ambos os grupos foram alocados por idade, sexo, saúde periodontal, gengivite e periodontite crônica durante um período de 6 meses. Os resultados demonstraram que não houve diferenças significativas nos escores totais do OHIP49 entre os pacientes com diabetes tipo 2 e sem diabetes. Entre os pacientes sem diabetes houve escores no OHIP49 significativamente maiores (indicando pior qualidade de vida) em pacientes com gengivite e periodontite em comparação com pacientes que estavam periodontalmente saudáveis, embora tal efeito não tenha sido observado nos pacientes com diabetes. Nos pacientes sem diabetes com periodontite foram observadas reduções estatisticamente significativas nos escores, nos domínios de desconforto psicológico e incapacidade psicológica após o tratamento periodontal, indicando uma melhora na qualidade de vida. Em contraste, não houve mudanças significativas nos escores do OHIP49 após o tratamento periodontal nos pacientes com diabetes.

2.5 Gêneros e qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Um estudo feito por Tassinari et al., (2007), relata que a percepção sobre a saúde bucal varia de acordo ao sexo, sendo que entre os homens a autopercepção da saúde bucal é menor; a idade, achando baixos índices com o avanço dos anos; variáveis como a renda, grau de escolaridade e local de moradia, onde pode-se perceber a maior proporção de agravos bucais e variáveis individuais ou fatores moduladores da autopercepção em saúde bucal.

Por outra parte, Bulgareli et al., (2012), avaliaram as condições clínicas, sociodemográficas e de acesso aos serviços odontológicos, para verificar se influem no impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos; concluindo que as mulheres apresentam maior impacto na qualidade de vida com relação a saúde bucal que os homens.

De acordo com OPAS (2012), no Brasil existem grandes disparidades dos indicadores de saúde entre ricos e pobres, entre brancos, negros e indígenas, entre áreas urbanas e rurais e entre homens e mulheres.

Bortoli (2017), ressalta que o fator gênero também produz desigualdades na atenção em saúde, quando se trata de procura por tratamento odontológico, este é feito em maior número por mulheres. Segundo Pinheiro et al., (2002) essa diferença pode ser em virtude de as mulheres terem maior autopercepção de saúde do que os homens. A procura por assistência odontológica, no entanto, não se reflete em melhores condições de saúde nas mulheres, pelo contrário: a condição de saúde bucal em mulheres de terceira idade, é pior se comparada a dos homens, segundo (COLUSSI, FREITAS e CALVO, 2004)

A percepção da saúde bucal está relacionada a aspectos físicos e subjetivos, produzidos e influenciados por fatores socioeconômicos e culturais, sendo, portanto, percebida de modo diferente entre indivíduos, sociedades e gerações (LEITÃO et al., 2012).

Mesas, Andrade e Cabrera (2005) relatam que os maiores índices de perdas dentárias são atribuídos ao sexo feminino. Essa situação pode ser explicada pelos

maiores índices de cáries em mulheres já a partir da adolescência (PERES et al., 2007) ou pela maior utilização dos serviços odontológicos por parte das mulheres com o sobretratamento e iatrogênese, o que resultaria na perda precoce dos dentes (BARBATO et al., 2007).

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 Objetivo primário

- O objetivo primário deste trabalho foi avaliar o efeito da terapia periodontal cirúrgica e não cirúrgica na qualidade de vida de pacientes sistemicamente saudáveis e também, o efeito da terapia periodontal não cirúrgica na qualidade de vida de pacientes com diabetes tipo 1 em comparação aos sem doença sistêmica.

3.2 Objetivos secundários:

- Verificar se existem mudanças na percepção da qualidade de vida dos pacientes submetidos a terapia periodontal ao longo do tratamento.
 - Verificar as diferenças na percepção da qualidade de vida entre gênero.
-
-

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho de pesquisa teve por objetivo verificar o impacto das terapias periodontais (cirúrgica e não cirúrgica), na melhoria da qualidade de vida dos pacientes atendidos na clínica de pós-graduação da disciplina de Periodontia FOB USP. Este projeto faz parte de uma rede de outros projetos, estando aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, FOB-USP (Pareceres 2.063.008 e 1.959.932 – ANEXOS 1 e 2).

Os pacientes receberam explicações minuciosas dos objetivos da pesquisa a partir de uma leitura da Carta de Esclarecimento ao Paciente e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE).

Amostra foi constituída por 35 pacientes de ambos os gêneros e avaliados por meio dos índices OHIP-14 e GOHAI. Os pacientes foram divididos da seguinte forma:

- Grupo RACR - 10 pacientes sem doença sistêmica que receberam tratamento de raspagem e alisamento corono- radicular;
 - Grupo RACRD - 11 pacientes com diabetes tipo 1 que receberam tratamento de raspagem e alisamento corono-radicular;
 - Grupo CIR - 14 pacientes sem doença sistêmica que receberam tratamento periodontal cirúrgico regenerativo em lesões de furca classe II.
-
-

4.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão para o grupo RACR foram: idade entre 18 e 70 anos; presença de ao menos 8 (oito) dentes na cavidade oral, sendo pelo menos dois por hemiarco (excluindo os terceiros molares); Pacientes diagnosticados com periodontite moderada a severa (PAGE; EKE., 2007; EKE et al. 2012).

Para o grupo RACRD, incluiu-se diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 confirmado por endocrinologista.

Os critérios de inclusão para o grupo CIR foram: pacientes sistemicamente saudáveis, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 70 anos; diagnóstico clínico de lesão de furca Classe II (HAMP et al., 1975) em primeiros e segundos molares contralaterais da mandíbula; superfícies radiculares sem abrasão, erosão ou cáries.

4.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão para o grupo RACR foram: desdentados totais; fumantes; grávidas; portadores outras doenças sistêmicas como distúrbios endócrinos; discrasias sanguíneas como anemia, hemofilia, plaquetopenia; uso de medicamentos que alterem a fisiologia do tecido gengival como fenitoínas e ciclosporinas.

Para o grupo RACRD, incluiu-se diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 confirmado por endocrinologista.

Os critérios de exclusão para o grupo CIR foram: fumantes; gestantes e lactantes; presença de doença sistêmica; uso de antibióticos; tratamento periodontal nos últimos 6 meses; próteses ou restaurações mal adaptadas nos dentes a serem tratados; dentes girovertidos, extruídos, proeminentes ou com mobilidade.

4.3 Etapas do estudo

- Primeira etapa ou baseline: Na primeira consulta, foram explicados os objetivos das pesquisas, foi feito convite à participação da pesquisa e, em seguida, foi realizado o protocolo de preenchimento de ficha clínica e periodontal (profundidade de sondagem, recessão gengival, nível clínico de inserção, mobilidade dentária e envolvimento de furca). Os pacientes responderam os questionários OHIP-14 e GOHAI, correspondentes ao baseline.

Cada grupo de pacientes recebeu o tratamento periodontal básico e cirúrgico de acordo com os grupos que faziam parte.

O protocolo de tratamento periodontal instituído constou de: orientação de higiene bucal, raspagem e alisamento radicular e polimento. Os pacientes foram informados sob a importância da colaboração com a manutenção da higiene bucal ao longo de todo o tratamento.

- Segunda etapa: após 3 meses do tratamento, foi realizada a segunda avaliação com os questionários, uma nova avaliação clínica e reforçada a motivação de higiene oral.
- Terceira etapa: 6 meses após o tratamento, foi realizada a terceira avaliação por meio do preenchimento dos questionários e de igual forma que nos outros tempos foi avaliada a condição periodontal.

4.4 Análise estatística

Para fins de análise estatística, os grupos foram subdividido por variáveis de interesse e tabulados no programa Excel 2016 (Microsoft® Corporation). O teste Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para verificar o padrão de distribuição de normalidade da amostra. Foram selecionados para a comparação e análises estatísticas intra e intergrupos os testes não paramétricos de Kruskal Wallis e Friedman para todas as variáveis, sendo o teste de Mann-Whitney utilizado para comparar as diferenças entre os gêneros. Toda análise estatística foi realizada por meio do programa SigmaPlot 14.0 adotando-se o nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A seleção da amostra inicial obteve 78 possíveis indivíduos, sendo que 43 não atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Dos 35 pacientes elegíveis, foram todos avaliados durante um período de 6 meses, obtendo assim as respostas das perguntas feitas por meio da aplicação pessoal dos questionários OHIP-14 e GOHAI. A amostra foi constituída por 14 homens e 21 mulheres em geral, o grupo RACR10 pacientes, RACRD11 pacientes, e CIR14 pacientes, com idade média abaixo dos 60 anos de idade.

As tabelas 3, 5 e 7 apresentam a frequência das respostas em cada grupo no questionário OHIP-14, classificadas de acordo as dimensões de impacto e pontuações de 0-4 como é descrito pelos autores (AFONSO e SILVA, 2015). Os totais dos dados são esclarecidos nas tabelas 4, 6 e 8.

Tabela 3. Frequência de respostas obtidas através da aplicação do OHIP-14 para o grupo RACR.

Domínios conceituais e questões OHIP 14 – RACR	Tempos	Nunca (0) / Raramente (1)	Poucas vezes- (2)	Repetidamente (3) /Sempre (4)
Limitação funcional				
-Dificuldade em pronunciar palavras	Baseline	5/2	0	1/2
	3 meses	6/1	1	2/0
	6 meses	6/1	1	2/0
-Sentido do paladar piorou	Baseline	4/1	3	1/1
	3 meses	6/0	3	1/0
	6 meses	6/0	3	1/0
Dor física				
-Dor persistente na boca	Baseline	3/0	6	0/1
	3 meses	4/2	3	0/1
	6 meses	4/1	3	1/1
-Desconforto ao comer	Baseline	2/1	1	3/3
	3 meses	3/0	2	4/1
	6 meses	3/0	3	4/0
Desconforto Psicológico				
- Constrangimento devido a problemas com os dentes	Baseline	1/1	4	1/3
	3 meses	2/1	3	2/2
	6 meses	2/2	2	2/2
- Tensão devido aos dentes	Baseline	1/3	2	2/2
	3 meses	4/3	2	1/0
	6 meses	4/1	3	0/2
Incapacidade Física				
-Dieta insatisfatória	Baseline	2/1	2	3/2
	3 meses	3/1	2	1/3
	6 meses	3/1	3	2/1
-Interrupção as refeições	Baseline	4/2	1	2/1
	3 meses	7/1	1	1/0
	6 meses	7/2	0	1/0
Incapacidade Psicológica				
-Dificuldade em relaxar	Baseline	2/3	2	0/3
	3 meses	4/4	2	0/0
	6 meses	4/3	2	1/0
- Sensação de vergonha	Baseline	1/0	1	3/5
	3 meses	1/2	1	2/4
	6 meses	2/1	1	1/5
Incapacidade Social				
- Dificuldade em desempenhar tarefas habituais	Baseline	2/4	1	0/3
	3 meses	4/3	2	0/1
	6 meses	4/3	2	0/1
- Irritabilidade com outras pessoas	Baseline	2/2	6	0/0
	3 meses	6/1	2	0/1
	6 meses	6/2	2	0/0
Desvantagem Social				
-Sensação de vida menos satisfatória	Baseline	2/1	6	1/0
	3 meses	5/3	2	0/0
	6 meses	5/3	2	0/0
-Total incapacidade funcional	Baseline	4/4	1	0/1
	3 meses	8/1	1	0/0
	6 meses	7/3	0	0/0

As cinco categorias de resposta identificam a frequência da experiência para cada um dos problemas. (SLADE, 1997; AFONSO et al., 2017).

Tabela 4 Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo OHIP-14 RACR.

RACR	QUASE SEMPRE=4	ALGUMAS VEZES=3	POUCAS VEZES=2	RARAMENTE=1	NUNCA=0
Baseline	27	17	36	25	35
3-Meses	13	14	27	23	63
6-Meses	12	15	27	23	63,0
MEDIA	17,3	15,3	30	23,7	53,7
TOTAL	52	46	90	71	161

Na avaliação OHIP-14 do grupo RACR observou-se uma melhora dos valores aos 3 e 6 meses quando comparados com baseline, mas não foram observadas diferenças significativas na comparação entre os 3 e 6 meses.

Tabela 5. Frequência de respostas obtidas através da aplicação do OHIP-14 para o grupo RACRD.

Domínios conceituais e questões OHIP 14 – RACRD	Tempos	Nunca (0) / Raramente (1)	Poucas vezes- (2)	Repetidamente (3) /Sempre (4)
Limitação funcional				
-Dificuldade em pronunciar palavras	Baseline	1/0	1	0/0
	3 meses	9/0	2	0/0
	6 meses	10/1	0	0/0
-Sentido do paladar piorou	Baseline	8/0	3	0/0
	3 meses	9/0	2	0/0
	6 meses	8/2	1	0/0
Dor física				
-Dor persistente na boca	Baseline	1/2	5	2/1
	3 meses	2/3	5	1/0
	6 meses	4/2	4	1/0
-Desconforto ao comer	Baseline	3/1	6	0/1
	3 meses	3/1	5	1/1
	6 meses	4/3	3	1/0
Desconforto Psicológico				
- Constrangimento devido a problemas com os dentes	Baseline	2/2	4	1/2
	3 meses	5/0	3	1/2
	6 meses	5/1	4	0/1
- Tensão devido aos dentes	Baseline	2/3	4	1/1
	3 meses	5/2	3	0/1
	6 meses	6/1	2	1/1
Incapacidade Física				
-Dieta insatisfatória	Baseline	7/1	1	1/1
	3 meses	8/1	0	0/2
	6 meses	9/1	1	0/0
-Interrupção as refeições	Baseline	7/2	2	0/0
	3 meses	10/0	0	1/0
	6 meses	9/2	0	0/0
Incapacidade Psicológica				
-Dificuldade em relaxar	Baseline	5/0	4	0/2
	3 meses	7/1	2	1/0
	6 meses	8/1	1	0/1
- Sensação de vergonha	Baseline	3/1	2	2/3
	3 meses	4/1	3	0/3
	6 meses	7/0	1	½
Incapacidade Social				
- Dificuldade em desempenhar tarefas habituais	Baseline	3/2	4	2/0
	3 meses	6/2	1	2/0
	6 meses	5/3	3	0/0
- Irritabilidade com outras pessoas	Baseline	8/1	2	0/0
	3 meses	10/0	1	0/0
	6 meses	9/1	1	0/0
Desvantagem Social				
-Sensação de vida menos satisfatória	Baseline	7/0	2	1/1
	3 meses	8/1	1	1/0
	6 meses	8/2	1	0/0
-Total incapacidade funcional	Baseline	9/1	1	0/0
	3 meses	1/0	0	0/0
	6 meses	9/2	0	0/0

Tabela 6. Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo OHIP-14 RACRD.

RACRD	QUASE SEMPRE=4	ALGUMAS VEZES=3	POUCAS VEZES=2	RARAMENTE=1	NUNCA=0
Baseline	12	10	41	16	75
3- Meses	9	8	29	12	96
6- Meses	5	4	22	22	101
MEDIA	8,7	7,3	30,7	16,7	90,7
TOTAL	26	22	92	50	272

Por outra parte, o grupo RACRD mostrou melhoras estatisticamente significativas nos valores aos 3 e 6 meses quando comparados com baseline. Tanto no grupo RACR e RACRD podendo-se observar diminuição nos valores explicando que as terapias periodontais aplicadas favoreceram a percepção da qualidade de vida dos pacientes.

Tabela 7. Frequência de respostas obtidas através da aplicação do OHIP-14 no grupo CIR.

Domínios conceituais e questões OHIP 14 – CIR	Tempos	Nunca (0) / Raramente (1)	Poucas vezes- (2)	Repetidamente (3) /Sempre (4)
Limitação funcional				
-Dificuldade em pronunciar palavras	Baseline	9/2	2	1/0
	3 meses	10/3	0	1/0
	6 meses	10/3	1	0/0
-Sentido do paladar piorou	Baseline	9/1	3	1/0
	3 meses	11/2	1	0/0
	6 meses	11/2	1	0/0
Dor física				
-Dor persistente na boca	Baseline	5/4	2	2/1
	3 meses	9/3	2	0/0
	6 meses	11/2	1	0/0
-Desconforto ao comer	Baseline	4/1	5	2/2
	3 meses	8/1	4	1/0
	6 meses	8/1	4	1/0
Desconforto Psicológico				
- Constrangimento devido a problemas com os dentes	Baseline	2/4	6	2/0
	3 meses	7/3	3	0/1
	6 meses	7/3	3	0/1
- Tensão devido aos dentes	Baseline	6/1	5	1/1
	3 meses	8/2	2	1/1
	6 meses	10/1	2	0/1
Incapacidade Física				
-Dieta insatisfatória	Baseline	7/2	2	2/1
	3 meses	9/3	2	0/0
	6 meses	12/1	0	1/0
-Interrupção as refeições	Baseline	9/1	2	2/0
	3 meses	10/4	0	0/0
	6 meses	12/2	0	0/0
Incapacidade Psicológica				
-Dificuldade em relaxar	Baseline	7/0	5	1/1
	3 meses	9/2	2	0/1
	6 meses	9/1	3	0/1
- Sensação de vergonha	Baseline	8/3	2	0/1
	3 meses	9/1	4	0/0
	6 meses	10/2	2	0/0
Incapacidade Social				
- Dificuldade em desempenhar tarefas habituais	Baseline	8/1	2	2/1
	3 meses	9/3	0	1/1
	6 meses	9/1	3	0/1
- Irritabilidade com outras pessoas	Baseline	9/2	3	0/0
	3 meses	10/2	2	0/0
	6 meses	11/1	2	0/0
Desvantagem Social				
-Sensação de vida menos satisfatória	Baseline	8/3	1	2/0
	3 meses	11/1	2	0/0
	6 meses	11/2	1	0/0
-Total incapacidade funcional	Baseline	9/4	1	0/0
	3 meses	11/1	1	1/0
	6 meses	12/1	1	0/0

Tabela 8 Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo OHIP-14 CIR.

CIR	QUASE SEMPRE=4	ALGUMAS VEZES=3	POUCAS VEZES=2	RARAMENTE=1	NUNCA=0
Baseline	8	18	41	29	100
3-Meses	4	5	25	31	131
6-Meses	4	2	24	23	143
MEDIA	5,3	8,3	30	27,7	124,7
TOTAL	16	25	90	83	374

Na avaliação do OHIP-14, o grupo CIR mostrou uma melhora significativa aos 3 e 6 meses quando comparados com os valores no baseline.

Com relação as dimensões do questionário OHIP-14, as tabelas 9, 10 e 11 permitem observar a diminuição das pontuações na maioria dos casos, tendo em vista que quanto maior a pontuação pior a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal.

Todos os grupos tiveram diferenças significativas quanto as dimensões aos 3 e 6 meses. Na tabela 9, pode-se observar que as dimensões de limitação funcional, dor física e desvantagem social no grupo RACR não tiveram mudanças de 3 a 6 meses, há diferença no grupo RACRD, que mostra respostas positivas em quase todos os tempos (Tabela 10), exceto no domínio de incapacidade social, muitas vezes relacionado aos cuidados e condições de estilo de vida.

Outro dado refere-se as mudanças notórias no domínio de limitação funcional, dor física, incapacidade física, desvantagem social do grupo CIR (Tabela 11), mostrando a importância do tratamento periodontal nas fases agudas da doença periodontal.

Tabela 9. Dimensões OHIP – 14 grupo RACR.

	Baseline	3 meses	6 meses
Limitação funcional	27	18	18
Dor física	40	32	32
Desconforto Psicológico	45	31	32
Incapacidade Física	36	26	22
Incapacidade Psicológica	50	34	36
Incapacidade Social	32	20	17
Desvantagem Social	26	10	10
% Total	25,6	17,1	16,7

Tabela 10. Dimensões OHIP – 14 grupo RACRD.

	Baseline	3 meses	6 meses
Limitação funcional	8	8	5
Dor física	39	34	25
Desconforto Psicológico	39	29	25
Incapacidade Física	16	12	5
Incapacidade Psicológica	39	27	20
Incapacidade Social	21	12	12
Desvantagem Social	14	8	6
% Total	19,3	14,3	10,7

Tabela 11. Dimensões OHIP -14 grupo CIR.

	Baseline	3 meses	6 meses
Limitação funcional	19	10	9
Dor física	43	19	16
Desconforto Psicológico	40	26	22
Incapacidade Física	27	11	6
Incapacidade Psicológica	28	21	17
Incapacidade Social	23	16	16
Desvantagem Social	17	11	7
% Total	27,5	15,9	13,0

Na comparação intragrupos para GOHAI também foram observadas diferenças significativas. De igual modo foi aplicado nos mesmos pacientes, obtendo as respostas por grupo detalhado nas tabelas 12, 14 e 16.

Nas tabelas 13, 15, 17 estão representadas as médias das pontuações totais das respostas por grupo e período de avaliação.

Tabela 12. Frequência de respostas obtidas através da aplicação do GOHAI para o grupo RACR.

Domínios conceituais e questões GOHAI- RACR	Tempos	Sempre/ Frequentemente (1)	Às vezes/ Algumas vezes (2)	Nunca/ Raramente (3)
Funcional				
-Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?	Baseline	0	9	1
	3 meses	0	8	2
	6 meses	1	7	7
-Teve problemas para mastigar os alimentos?	Baseline	7	2	1
	3 meses	5	2	3
	6 meses	4	3	3
-Mudou o jeito de falar por causa dos problemas com sua boca?	Baseline	2	5	3
	3 meses	2	3	5
	6 meses	3	2	5
Dor / Desconforto				
-Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?	Baseline	1	5	4
	3 meses	0	5	5
	6 meses	0	6	4
- Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	Baseline	4	4	2
	3 meses	0	6	4
	6 meses	2	5	3
- Teve que tomar remédios para passar a dor ou o desconforto de sua boca?	Baseline	2	6	2
	3 meses	1	7	2
	6 meses	0	5	5
-Sentiu seus dentes ou gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	Baseline	7	2	1
	3 meses	2	8	0
	6 meses	1	9	0
Psicossocial				
-Deixou de entrar com outras pessoas por causa de sua boca?	Baseline	3	3	4
	3 meses	2	4	4
	6 meses	1	6	3
-Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?	Baseline	6	3	1
	3 meses	5	3	2
	6 meses	5	4	1
-Teve algum problema na boca que o deixou preocupado?	Baseline	9	1	0
	3 meses	8	2	0
	6 meses	7	3	0
-Chegou a sentir nervoso por causa de problemas com sua boca?	Baseline	5	5	0
	3 meses	6	3	1
	6 meses	2	7	1
-Evitou se encontrar com outras pessoas por causa dos problemas com sua boca?	Baseline	3	3	4
	3 meses	3	3	4
	6 meses	3	3	4

Tabela 13. Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo GOHAI RACR

RACR	SEMPRE=1	AS VEZES=2	NUNCA= 3
Baseline	49	48	23
3-Meses	34	54	32
6-Meses	29	61	30
MEDIA	37,3	54,3	28,3
TOTAL	112	163	85

Na avaliação do GOHAI, no grupo RACR mostrou mudanças estatisticamente significativa dos valores aos 3 e 6 meses quando comparados com o inicial, pode-se observar a diminuição nas respostas "sempre", indicando melhoras na percepção da qualidade de vida.

Tabela 14. Frequência de respostas obtidas através da aplicação do GOHAI para o grupo RACRD.

Domínios conceituais e questões GOHAI- RACRD	Tempos	Sempre/ Frequentemente (1)	Às vezes/ Algumas vezes (2)	Nunca/ Raramente (3)
Funcional				
-Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?	Baseline	1	4	6
	3 meses	1	4	6
	6 meses	1	6	4
-Teve problemas para mastigar os alimentos?	Baseline	2	6	3
	3 meses	2	4	5
	6 meses	0	1	10
-Mudou o jeito de falar por causa dos problemas com sua boca?	Baseline	0	3	8
	3 meses	0	2	9
	6 meses	1	1	9
Dor / Desconforto				
-Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?	Baseline	2	3	6
	3 meses	0	4	7
	6 meses	1	1	9
- Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	Baseline	2	7	2
	3 meses	2	5	4
	6 meses	2	5	4
- Teve que tomar remédios para passar a dor ou o desconforto de sua boca?	Baseline	2	7	2
	3 meses	1	4	6
	6 meses	2	3	6
-Sentiu seus dentes ou gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	Baseline	1	9	1
	3 meses	1	8	2
	6 meses	2	6	3
Psicossocial				
-Deixou de entrar com outras pessoas por causa de sua boca?	Baseline	1	5	5
	3 meses	0	3	8
	6 meses	2	1	8
-Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?	Baseline	5	3	3
	3 meses	3	4	4
	6 meses	4	4	3
-Teve algum problema na boca que o deixou preocupado?	Baseline	7	4	0
	3 meses	6	4	1
	6 meses	8	3	0
-Chegou a sentir nervoso por causa de problemas com sua boca?	Baseline	5	5	1
	3 meses	3	5	3
	6 meses	2	5	4
-Evitou se encontrar com outras pessoas por causa dos problemas com sua boca?	Baseline	2	2	7
	3 meses	2	2	7
	6 meses	3	1	7

Tabela 15. Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo GOHAI RACRD

RACRD	SEMPRE=1	AS VEZES=2	NUNCA= 3
Baseline	30	58	44
3-Meses	21	49	62
6-Meses	27	38	67
MEDIA	26	48,3	57,7
TOTAL	78	145	173

O grupo RACRD, da mesma forma que o grupo RACR, mostrou melhoras quando comparado aos 3 e 6 meses, mas pode-se observar aumento na resposta “sempre” aos 6 meses de tratamento.

Tabela 16. Frequência de respostas obtidas através da aplicação do GOHAI para o grupo CIR.

Domínios conceituais e questões GOHAI- CIR	Tempos	Sempre/ Frequentemente (1)	Às vezes/ Algumas vezes (2)	Nunca/ Raramente (3)
Funcional				
-Diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa de seus dentes?	Baseline	3	8	3
	3 meses	6	8	0
	6 meses	8	5	1
-Teve problemas para mastigar os alimentos?	Baseline	4	6	4
	3 meses	8	5	1
	6 meses	9	5	0
-Mudou o jeito de falar por causa dos problemas com sua boca?	Baseline	9	4	1
	3 meses	9	4	1
	6 meses	10	3	1
Dor / Desconforto				
-Teve dor ou desconforto para engolir os alimentos?	Baseline	2	4	8
	3 meses	2	1	11
	6 meses	2	1	11
- Sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?	Baseline	5	4	5
	3 meses	5	4	5
	6 meses	5	4	5
- Teve que tomar remédios para passar a dor ou o desconforto de sua boca?	Baseline	6	6	2
	3 meses	9	5	0
	6 meses	9	4	1
-Sentiu seus dentes ou gengiva ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?	Baseline	2	7	5
	3 meses	1	11	2
	6 meses	2	11	1
Psicossocial				
-Deixou de entrar com outras pessoas por causa de sua boca?	Baseline	9	5	0
	3 meses	9	5	0
	6 meses	10	4	0
-Sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência de sua boca?	Baseline	8	5	1
	3 meses	1	6	7
	6 meses	1	4	9
-Teve algum problema na boca que o deixou preocupado?	Baseline	1	4	9
	3 meses	3	2	9
	6 meses	2	4	8
-Chegou a sentir nervoso por causa de problemas com sua boca?	Baseline	3	10	1
	3 meses	4	6	4
	6 meses	6	5	3
-Evitou se encontrar com outras pessoas por causa dos problemas com sua boca?	Baseline	8	5	1
	3 meses	9	4	1
	6 meses	9	4	1

Tabela 17. Média da pontuação total das respostas por grupo e por tempo GOHAI CIR.

CIR	SEMPRE=1	AS VEZES=2	NUNCA= 3
Baseline	53	71	44
3-Meses	63	64	41
6-Meses	73	54	41
MEDIA	63	63	42
TOTAL	189	189	126

O grupo CIR, da mesma forma que o grupo RACRD, mostrou melhoras quando comparado com 3 meses, mas houve aumento na resposta "sempre" aos 6 meses de tratamento. Pode-se relacionar o aumento nas respostas com o processo de convalescença do tratamento realizado.

Os valores apresentados na tabela 18, classificam a soma dos valores de acordo com o tempo, estabelecendo os limites das pontuações em elevada (34-36 pontos), moderada (30-33 pontos) e baixa (<30 pontos), considerando como melhora na qualidade de vida a pontuação mais elevada.

Tabela 18. Porcentagem da soma simples dos valores nos tempos e grupos

GRUPOS	GOHAIB	GOHA13	GOHA16	Média	Limites QV
RACR	22	24	24	23,4	BAIXA
RACRD	25	27	29	26,5	BAIXA
CIR	24	26	28	26,3	BAIXA

Pelo resultado da soma simples dos valores, a média das dimensões nos três grupos revela que a percepção dos pacientes com respeito a mudanças na qualidade de vida pelos tratamentos periodontais realizados é baixa, mas com tendência ao aumento expressado nos resultados dos 3 e 6 meses em comparação com o inicial

No entanto, o questionário GOHAI para o grupo RACR mostra aumento em todos os domínios - tempo, entendendo-se assim que a qualidade de vida dos pacientes melhorou no transcurso do tratamento realizado (Tabela 19). De igual forma, o grupo RACRD mostra aumentos nos domínios funcional e dor/ desconforto, mas com diminuição da percepção no domínio psicossocial aos 6 meses de forma independente em relação com os 3 meses (Tabela 20). Os resultados totais do grupo podem-se observar mínima diferença no período 3 e 6. Por outro lado, o grupo CIR

mostro um ligeiro aumento no domínio psicossocial independente aos 3 meses com relação ao baseline, mas aos 6 meses apresentou diminuição ao igual aos domínios funcional e dor/desconforto e de igual forma nos resultados totais (Tabela 21).

Tabela 19. Domínios GOHAI grupo RACR

	Baseline	3 meses	6 meses
Funcional	56	63	62
Dor/ Desconforto	75	82	89
Psicossocial	83	87	90
%Total	21,4	23,2	24,1

Tabela 20. Domínios GOHAI grupo RACRD

	Baseline	3 meses	6 meses
Funcional	80	83	87
Dor/ Desconforto	92	103	102
Psicossocial	106	119	113
% Total	25,3	27,7	27,5

Tabela 21. Domínios GOHAI grupo CIR

	Baseline	3 meses	6 meses
Funcional	76	63	59
Dor/ Desconforto	117	116	112
Psicossocial	133	135	133
% Total	23,3	22,4	21,7

Quanto ao gênero, não foram observadas diferenças significativas em nenhuma das variáveis (Tabelas 22, 23)

Tabela 22. Estatística descritiva gênero masculino

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra							
		OHIP B	OHIP 3	OHIP 6	GOHAI B	GOHAI 3	GOHAI 6
N		14	14	14	14	14	14
Parâmetros normais ^{b,c}	Média	12.50	7.50	6.86	24.29	26.86	27.79
	Desvio Padrão	9.379	6.418	6.916	4.214	3.718	3.847
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0.184	0.235	0.206	0.240	0.230	0.236
	Positivo	0.184	0.235	0.206	0.139	0.133	0.140
	Negativo	-0.131	- 0.121	- 0.161	-0.240	-0.230	-0.236
Estatística do teste		0.184	0.235	0.206	0.240	0.230	0.236
Parâmetros normais ^{b,c}		,200 ^{d,e}	,034 ^d	,110 ^d	,028 ^d	,044 ^d	,033 ^d

Tabela 22: a. Gênero 0 (masculino) b. A distribuição do teste é normal/ c. Cálculo dos dados/ d. Correção de significância de Liliefors/ e. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

Tabela 23. Estatística descritiva gênero feminino

Teste de Kolmogorov-Smirnov de uma amostra							
		OHIP B	OHIP 3	OHIP 6	GOHAI B	GOHAI 3	GOHAI 6
N		21	21	21	21	21	21
Parâmetros normais ^{b,c}	Média	21.67	14.67	12.43	23.33	25.19	26.24
	Desvio Padrão	14.991	12.595	11.716	4.397	4.389	5.458
Diferenças Mais Extremas	Absoluto	0.152	0.160	0.170	0.157	0.184	0.217
	Positivo	0.152	0.160	0.170	0.157	0.116	0.115
	Negativo	-0.116	-0.149	-0.144	-0.131	-0.184	-0.217
Estatística do teste		0.152	0.160	0.170	0.157	0.184	0.217
Significância Sig. (bilateral)		,200 ^{d,e}	,173 ^d	,113 ^d	,193 ^d	,062 ^d	,011 ^d

Tabela 23: a. Gênero 1 (feminino) b. A distribuição do teste é normal/ c. Cálculo dos dados/ d. Correção de significância de Liliefors/ e. Este é um limite inferior da significância verdadeira.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo investigar, por meio dos questionários OHIP-14 e GOHAI, o efeito da terapia periodontal cirúrgica e não cirúrgica na qualidade de vida dos pacientes não sistemicamente comprometidos e da terapia periodontal básica entre pacientes com diabetes e sem doença sistêmica. Os dados observados foram obtidos em um prazo de 6 meses, verificando assim o tempo em que pode ocorrer alguma alteração na qualidade de vida expressado nas medidas psicossociais contidas nos questionários. Porém, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas na percepção de qualidade de vida pelo efeito dos tratamentos aplicados.

O questionário OHIP-14 é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso das condições orais no bem-estar, já que inclui informações sobre limitações funcionais e dor, não encontradas em outros questionários (LOCKER et al., 2001; OZCELIK et al., 2007; SIMONA et al., 2014). Por outro lado, o questionário GOHAI mede os problemas funcionais orais relatados pelo paciente e também avalia o comprometimento psicossocial associado à doença bucal, corroborando com os resultados comportamentais psicológicos. (LOCKER et al., 2001; OZCELIK et al., 2007), desta forma nossos objetivos são obtidos pelos complementos entre os questionários.

Os pesquisadores concordam que as avaliações da correlação da saúde bucal com a qualidade de vida podem fornecer uma compreensão do impacto que a doença periodontal tem nos indivíduos (NEEDLEMAN et al., 2004; NG, 2006), mas outros autores ressaltaram que o sucesso da terapia periodontal geralmente tem sido demonstrado com parâmetros clínicos como sangramento ao sondagem, profundidade da bolsa e nível clínico de inserção (OZCELIK et al., 2007). No entanto, houve um debate considerável sobre o uso desses indicadores tradicionais porque esses parâmetros são apenas marcadores substitutos que não refletem os resultados reais centrados no paciente, como as consequências da doença periodontal e seu tratamento no impacto da qualidade de vida.

O protocolo desta pesquisa inclui a aplicação dos questionários de forma individual e pessoal, no início de cada consulta, onde o paciente respondeu sozinho com a finalidade de não ser influenciado em suas respostas.

Independentemente da terapia utilizada, a percepção de impactos negativos reduziu, observando-se melhoras nas consultas aos 3 meses, concordando com o estudo publicado por D'Avila et al., (2005).

Na aplicação do questionário OHIP14 foi verificado que na terapia RACR a autopercepção do paciente, teve mudanças estatisticamente significativas na qualidade de vida, com relação ao período inicial, e entre as consultas subsequentes, concordando com o estudo de Saito et al, (2010), que relata que o efeito da terapia não cirúrgica é benéfico para a qualidade de vida dos pacientes.

Neste estudo observou-se uma continua diminuição nos valores das respostas aos 3 e 6 meses, a porcentagem por dimensões totais foi 25,6%, 17,1%, 16,7% significando assim, melhoras na percepção dos pacientes. De igual maneira, nos valores das dimensões independentes, onde o maior valor das dimensões independentes foi 50 (incapacidade psicológica) e o menor 10 (desvantagem social). De igual forma, foram observadas mudanças positivas na qualidade de vida na aplicação dos questionários GOHAI com relação a valores totais, mas ainda assim, nos valores somados das respostas, a média continuou-se baixa (23,4 <30) onde o resultado maior é observado nos meses 3 e 6 com 24,1% pontos aumentados com relação aos 21,4 % pontos no baseline.

Por outro lado, é de conhecimento clínico que o tratamento periodontal reduz a inflamação e melhora a saúde bucal beneficiando a qualidade de vida dos pacientes diabéticos. Neste estudo pode-se comprovar esses dados que se corroboram com os de Sadeghi et al. (2014), que no grupo RACRD se observaram melhoras estatisticamente significativas, produzindo um efeito positivo na percepção da qualidade de vida. Nos resultados obtidos por meio do questionário OHIP-14, pudemos observar diminuição dos valores das respostas e das dimensões. Nos resultados totais, o valor do OHIP 19,3%, 14,3% e 10,7%. É importante ressaltar que neste grupo a dimensão "incapacidade social" manteve a mesma pontuação nos meses 3 e 6.

A aplicação do questionário GOHAI no grupo RACRD manifesta um aumento em todos os domínios, mas nos domínios dor e psicossocial teve diminuição aos 6 meses de tratamento comparando-se com os resultados nas dimensões do OHIP14 na dimensão "Incapacidade social". Enquanto aos domínios de maneira geral observou-se um aumento positivo com relação ao baseline 25,3%. No entanto, não houve diferenças significativas nas avaliações contínuas 27,7%, 27,5%. Em um estudo realizado por Irani (2015), os autores relataram que não há diferenças significativas na qualidade de vida dos pacientes com diabetes tipo 2 e não diabéticos, avaliados por meio do OHIP49 em um período de 6 meses.

Na avaliação do grupo CIR, os pacientes no questionário OHIP-14 apresentaram diminuição nos valores atribuídos durante o transcurso do tratamento e de igual maneira nas dimensões, onde os valores totais no período inicial foi 27,5% e aos 6 meses 13,0 % concordando com o estudo feito por Wong (2012) que relata que os pacientes submetidos a terapia periodontal cirúrgica apresentaram melhora gradual.

No entanto, no questionário GOHAI, os pacientes apresentaram aumento na percepção de qualidade de vida, mas ainda dentro da faixa de percepção baixa ao igual que os outros grupos (26,3<30) cujo maior valor como presente no GOHAI6 com 28 pontos a diferença dos 24 postos no GOHAI6. Quanto os domínios, apresentaram diminuição nos valores independentes e totais após 3 e 6 meses, de igual forma que no questionário OHIP-14 onde "dor e desconforto psicológico resultaram em pontuações maiores, referindo-se em ambos os questionários como a percepção menos favorável. Nos domínios de maneira geral observou-se diminuição nas porcentagens com relação ao baseline 23,3%, 22,4% e 21,7%. Da mesma forma, os resultados apresentados por Ozcelik (2007), mostraram que os pacientes tratados cirurgicamente relataram ter experimentado uma pior qualidade de vida relacionada a saúde nos parâmetros: limitações funcionais, dor, desconforto, psicológico, em comparação com os não cirúrgicos e outros grupos.

Em quanto ao gênero, alguns autores relatam que nas mulheres a percepção da qualidade de vida com relação a saúde bucal é maior que dos homens (TASSINARI, 2007; BORRELL, 2008; MIETTINEN, 2012; BORTOLI, 2017;

BULGARELI et al., 2018), mas neste estudo os não encontramos diferenças significantes entre os impactos da saúde oral entre homens e mulheres.

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos por meio dos questionários OHIP14 e GOHAI, é possível concluir que independentemente do tipo de terapia periodontal utilizada e se os pacientes apresentam comprometimento sistêmico ou não, obtivemos resultados positivos na percepção da qualidade de vida.

Conclusões específicas:

- Em relação às terapias periodontais puderam ser observadas melhoras psicossocial, perceptíveis no período 3 e 6 meses
 - Nesta pesquisa pode-se interpretar igualmente que entre os pacientes não comprometidos sistemicamente e pacientes diabéticos existe uma notável melhora na percepção da qualidade de vida.
 - Independentemente do gênero, a doença e a saúde periodontal podem influenciar a qualidade de vida de nossos pacientes assim como o tratamento.
-
-

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Afonso AC, Silva I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral avaliada em adultos: revisão integrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças* 2015; 16(2)

Afonso AC, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação Portuguesa de ohip-14. *Psic., Saúde & Doenças* 2017; 18(2)

Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLG. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev. Odontol. UNESP* 2015; 44 (2)

Al Habashneh R, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Sci.* 2012;54(1):113-20.

Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health Qual life Outcomes.* 2003; 1:40

American Academy of Periodontology. Parameters of care. *J Periodontol* 2000; 71:847-83.

Attchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.* 1990; 54(11):680-687.

Barbato, P. R. et al. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1803-1814, 2007.*

Barbosa TS, Mialhe FL, Castilho ARF. Quality of life and oral health in children and adolescents: conceptual and methodological aspects. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2010; 10 (1).

Bortoli FR, Moreira MA, Pires ROM, Botazzo C, Kovaleski DF. Percepção da saúde bucal em mulheres com perdas dentárias extensas. *Saude soc.* 2017, v.26 (2). São Paulo

Bernabé E, Marcenes W. Income inequality and tooth loss in the United States. *J Dent Res.* 2011;90(6):724-9.

Borges TF, Regalo SC, Taba MJ, Siéssere S, Mestriner WJ et al. Changes in masticatory performance and quality of life in individuals with chronic periodontitis. *J Periodontol* 2013; 84:325–331.

Bragger U, Lauchenauer D, Lang NP. Surgical lengthening of the clinical crown. *Journal of clinical periodontology* 1992. 19 (1)

Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Publica*, 2008; 82(3):245-9.

Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, Frias AC, Pereira AC. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias dos adolescentes, adultos e idosos. *Rev. de Saude Publica* 2018; 52

Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas: EAP-APCD, 2000.

Carvalho C, Manso AC, Escoval A, Salvado F, Nunes E. Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista portuguesa de Saúde pública*. 2013; 31(2):166-172.

Colussi, C. F.; Freitas, S. F. T.; Calvo, M. C. M. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 88-97, 2004.

Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodont Res*. 2007; 42(2):169- 76.

D'Avila GB, Carvalho LH, Feres-Filho EJ, Feres M, Leao A. Oral health impacts on daily living related to four different treatment protocols for chronic periodontitis. *J Periodontol*. 2005;76(10):1751-7.

Dantas TS, Lelis ÉR, Ferreira JM, Renovato SR, Naves LZ, Fernandes-Neto AJ. Terapia periodontal de suporte: objetivos, procedimentos e intervalos. *Rev. UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde.*, 2011; 13(3/4)369-74.

Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res* 2012; 91 (10): 914-20

Famili P, Short E. Compliance with periodontal maintenance at the University of Pittsburgh: retrospective analysis of 315 cases. 2010; 58(1) 42-7.

Ferreira MC, Pereira ACD, Almeida LSB, Martins CC, Paiva SM. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *J Periodont Res* 2017; 52 (4)

Fisher EBJ, Arfken CL, Heins JM, Houston CA, Jeffe DB, Sykes RK. Acceptance of diabetes in adults. In *Handbook of Health Behavior Research*, Gochman DS (ed). New York: Plenum Publishing Corp, 1996.

Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):33-38

Fonseca P.H.A.; Almeida, A.M.; Silva, A.M. Oral health conditions of institutionalized elderly. *Rev Gaúcha Odontol.*, 2011, 59(2).193-200,

Frisch MB. *Quality of Life Therapy: Applying a Life Satisfaction Approach to Positive Psychology and Cognitive Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc., 2006; 47.

Gaede P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2003, 348(5):383-93.

Giddon DB. Oral health and the quality of life. *J Am Coll Dent*. 1987;54(2):10-5

Glasgow RE, Osteen VL. Evaluating diabetes education: are we measuring the most important outcomes? *Diabetes Care* 1992; 10: 1423-32.

Goel K, Baral D. A Comparison of Impact of Chronic Periodontal Diseases and Nonsurgical Periodontal Therapy on Oral Health-Related Quality of Life. *Int J Dent*. 2017.

Gomes, M.J.A.; Teixeira, M.C.T; Paçô, M.T.P. Preditores Clínicos da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde Oral em Idosos Diabéticos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015. S.IV (7)

Hamp SE, Nyman S, Lindhe J. Periodontal treatment of multi rooted teed. *Journal of clinical Periodontology* 1975, 2(3)

International Diabetes Federation. What is diabetes?
<http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2> .

John MT, Hujoel P, Miglioretti DL., LeResche, L, Koepsell TD, et al. Dimensions of oral health-related quality of life. *Journal of Dental Research* 2004, 83: 956–960.

Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent.* 1997; v. 57:40-7.

Jokovic A, Locker D, Stephens M, Kenny D, Tompson B et al. Validity and reliability of a questionnaire for measuring child oral-health-related quality of life. *J Dent Res* 2002; 81:459–463.

Kornman KS. Mapping the pathogenesis of periodontitis: A new look. *J Periodontol* 2008;79(8S):1560S–1568S.

Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE et al. Global, Regional, and National Prevalence, Incidence, and Disability-Adjusted Life Years for Oral Conditions for 195 Countries, 1990–2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Journal of Dental Research* 2017; 96 (4): 380-387.

Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Publica* 2008; 24(8):1846-1858.

Landeiro GMB, Pedrozo CCR, Gomes MJ, Oliveira ERA. Systematic review of studies on quality of life indexed on the Scielo database. *Ciênc. Saúde coletiva* 2011; 16(10)

Leitão, RFA. et al. Fatores socioeconômicos associados à necessidade de prótese, condições odontológicas e autopercepção de saúde bucal em população idosa institucionalizada. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada*, João Pessoa, v. 12, n. 2, p. 179-185, 2012.

Löe, H. Periodontal disease: The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16 (1), 329-334

Lindhe, J; Lang, NP., Karring T. *Tratamento da periodontia clinica e ; implantologia oral*. 5d Rios de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010

Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm Dent Health.* 1988;5(1):3-18.

Locker D, Allen F. What do measures of oral health- related quality of life measure?. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007; 35:401-11.

Lopes MWF., Gusmão ES, Alves RV, Cimões R. The impact of chronic periodontitis on quality of life in Brazilian subjects. *Acta Stomatologica Croatica*, 2009. 43, 89-98.

Lopes MWF., Gusmão ES, Alves RV, Cimões R..Impact of periodontal diseases on quality of life. *Rev. Gaúcha Odontol*, 2011; 59: 39-44

Manna TD. Not every diabetic child has type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr*, Rio de Janeiro. 2007; 83(5) 178-83.

Mendez M, Gomes SC. Oral health-related quality of life: periodontal perspectives. *Braz J Periodontol*. 2013; 23 (4).

Mesas, A. E.; Andrade, S. M.; Cabrera, M. A. S. Condições de saúde bucal de idosos de comunidade urbana de Londrina, Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 471-480, 2006.

Meusel DRDZ, Ramacciato JC, Motta RHL, Junior RBB, Florio FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. *J Oral Sci* 2015; 57:87–94.

Miettinen O, Lahti, S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand*. 2012;70(4):331-6.

Miller WA. Does oral health influence quality of life?. *Gerodontology*. 1987;3(3):99

Needleman I, McGrath, C, Floyd, P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *Journal of Clinical Periodontology* 2004. 31, 454-457.

Monsarrat P, Blaizot A, Kémoun P, Ravaud P, Nabet C, et al. Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. *Journal of clinical Periodontology* 2016; 43 (5).

Murray, CJ, Richards, MA, Newton, JN, Fenton, KA, Anderson, HR, Atkinson, C et al. 2013. UK health performance: findings of the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 381(9871):997–1020.

Neto MCS, Freitas SAA, Duailibe CL, Serra LLL, Pereira ALA, Pereira AFV. Acaliação do nível de cooperação de pacientes em terapia periodontal de suporte. *Rev. Saúde e pesquisa* 2015; 8(3) 439-450.

Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(2):114- 22.

O'Dowd LK, Durham J, McCracken GI, Preshaw PM. Patients experiences of the impact of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2010; 37:334-339

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:307-14.

Organização Pan-Americana De Saúde (OPAS). Saúde nas Américas: panorama regional e perfis de países. Washington, DC, 2012.

Ozcelik O, Haytac MC, Seydauglu G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *J Clin Periodontol*. 2007;34(9):788-96.

Page RC, Eke PI. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol* 2007; 78 (7): 1387-99

Paget, S. Treatment. In: *Primer on the rheumatic diseases*, ed. J. Klippel, 1997; 168– 174. Atlanta, GA: Arthritis Foundation.

Padovani MC; Saba-chijfi E. Manutenção e controle no tratamento periodontal. *APCD*. 1991; 45(2) 429-432

Patel AM, Richards PS, Wang HL, Inglehart MR. Surgical or non-surgical periodontal treatment: factors affect-ing patient decision making. *Journal of Periodontology* 2006; 77, 678-683.

Patel RR, Richards PS, Inglehart MR. Periodontal health quality of life and smiling patterns an exploration. *J Periodontol*, 2008; 79 (2) 224-231.

Pattussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med* 2001; 53 (7): 915-25

Pereira AFV, Paiva MTA, Costa LA, Brasiliense FPHD, Santos FFC, Leite SAM. Visão crítica da fase de manutenção no contexto da terapia periodontal. *Odontol Clin-Cient.*, 2011; 10(1) 25-29.

PERES, M. A. et al. The relationship between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 61, n. 2, p. 141-145, 2007

Pinheiro, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

Pucca JGA. Saúde bucal do idoso: aspectos sociais e preventivos. In: Papaleo NM, organizador. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em versão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 2002. 297-310.

Reisine ST, Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. *Social Science & Medicine*, 1981; 15:745-750.

Reissmann DR, John MT, Schierz O. Influence of administration method on oral health-related quality of life assessment using the Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci*. 2011;119(1):73-8.

Reuben DB, Solomon DH. Assessment in Geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society* 1989.

Renvert S, Persson GR. Supportive periodontal therapy. *Periodontol 2000*. 2004, 36: 179-95,

Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E et al. Relevant methodological issues from the SB Brasil 2010 Project for national health surveys. *Cad Saude Publica* 2012;28:40–57.

Rosenberg D, Kaplan S, Senie R, Badner V. Relationships among dental functional status, clinical dental measures, and generic health measures. *J Dent Educ*. 1988;52(11):653-7.

Rubin R, Peyrot M. Quality of Life and Diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 1999, (3):205-18.

Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M, Akamatsu M, Fukaya C, Matsumoto S, et al. Effect of initial periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis in Japan. *J Periodontol*. 2010;81(7):1001-9

Saito A, Ota K, Hosaka Y, Akamatsu M, Hayakawa H et al. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. *Journal of Clinical Periodontology*. 2011; 38(12)1115–1121

Santana TD, Costa FO, Zenobio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad Saúde Publica*. 2007;23(3):637-44

Saminsky M, Halperin-Sternfeld M, Machtei EE, Horwitz J. Variables affecting tooth survival and changes in probing depth: a long-term follow-up of periodontitis patients. *J Clin Periodontol* 2015; 42: 513- 519.

Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014 19(2):581-590

Sardenberg F, Oliveira AC, Paiva SM, Auad SM, Vale MP. Validity and reliability of the Brazilian version of the Psychosocial Impact of Dental Aesthetics Questionnaire. *European Journal of Orthodontics*, 2011; 33, 270-275.

Seymour GJ, Ford PJ, Cullinan MP, Leishman S, Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clin Microbiol Infect* 2007; 13:3S–10S

Silva SRC, Castellanos FRA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(4):349-55.

Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1251-9.

Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MLR, Neri AL, et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP. *Ver. Saúde Pública* 2011; 45 (6)

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-90.

Slade GD, Sanders AE. The paradox of better subjective oral health in older age. *J Dent Res* 2011; 90:1279–1285.

Simões ACA, Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no Subeste brasileiro. *Ciênc. Saúde coletiva* 2011; 16 (6)

Simona G, Silvia M, Carina B. Quality of Life Regarding Patients with Periodontal Disease in Iasi, Romania. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2014; 127:15-20

Sousa PCB, Mendes FM, Imperato JCP, Ardenghi TM. Differences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP14) used as a questionnaire or in an interview. *Braz Oral Res*. 2009; 23(4):358-64.

Sousa TF, Fonseca SA, Jose HPM, Nahas MV. Validade e reprodutibilidade dos questionários indicadores de saúde e qualidade de vida (Isaq-A).2011; 1(1): 21-30

Tassinari WS. Contexto socio econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível. Caderno de Saúde Publica, Rio de Janeiro, v 23., n1, p 127-136, Jan. 2007

Ulinski, K.G.B., Nascimento, M.A.; Lima, A.M.C., Benetti, A.R., Frederico R.C.P.; Fernandes K.B.P. et al. Research Article Factors Related to Oral Health-Related Quality of Life of Independent Brazilian Elderly. International Journal of Dentistry, 2013;(8).

Vergnes JN, Canceill T, Vinel A, Laurencin-Dalícieux S, Maupas-Schwalm F et al. The effects of periodontal treatment on diabetic patients: The DIAPERIO randomized controlled trial. Journal of Clinical Periodontology 2018; 45 (10).

WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents 1946.

World Health Organization. Calibration of Examiners for Oral Health Epidemiology Surveys. Technical Report. Geneva;1993.

WHO (World Health Organization). Country protocol for developing the WHO quality of life (WHOQOL): HIV/Aids module. WHO, Genebra. 1997; 18.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social Science and Medicine 1995; 10:1403-1409.

Wong RMS, Ng SKS, Corbet EF, Leung WK. Non- surgical periodontal therapy improves oral health- related quality of life. Journal of Clinical Periodontology 2012; 39 (1)

Yamashita, J.M.; Moura-Grec, P.G.; Capelari, M.M.; Sales-Peres, A.; Sílvia Helena de Carvalho Sales-Peres, S.H.C. Oral manifestations in patients with Diabetes Mellitus: a systematic review. Rev Odontol UNESP. 2013; 42(3): 211-220

ANEXOS

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INFLUÊNCIA DA TERAPIA FOTODINÂMICA ANTIMICROBIANA EM PROCEDIMENTOS DE REGENERAÇÃO DE LESÕES DE FURCA CLASSE II

Pesquisador: LUISA ANDRADE VALLE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65047817.8.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
GEISTLICH PHARMA DO BRASIL COMERCIO E SERVICOS DE PRODUTOS
PARA SAUDE LTDA.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.008

Apresentação do Projeto:

Análise de Pendências do Projeto - Versão 2.

Objetivo da Pesquisa:

Idem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos foram melhor esclarecidos no TCLE. Também foi informado que "caso não siga corretamente as orientações pós-cirúrgicas, o resultado do tratamento pode ser comprometido. O paciente será responsável pela compra dos medicamentos e caso não possa comprá-los, o mesmo será excluído da pesquisa, porém todos os medicamentos prescritos podem ser adquiridos pelo SUS".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi melhor explicado quanto aos procedimentos, seus riscos e benefícios. TCLE foi refeito com as recomendações. Foi considerado sem conflito de interesses pelos pesquisadores, embora haja a doação de material. As devidas correções foram realizadas.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 2.063.008

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentado o Termo de Doação de Material da empresa GEISTLICH PHARMA DO BRASIL COMERCIO E SERVIÇOS DE PRODUTOS PARA SAÚDE LTDA e o Cronograma foi atualizado. Porém, os materiais doados, de consumo, clínico e laboratorial, cujo custelo será de R\$ cento e nove mil e quinhentos, devem ser discriminados, Informando o custo individual de cada um.

Recomendações:

Apresentar como NOTIFICAÇÃO o orçamento detalhado, discriminando os materiais doados, de consumo, clínico e laboratorial, e o seu custo individual.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi melhor explicado quanto aos procedimentos, seus riscos e benefícios. Considerado sem conflito de interesses pelos pesquisadores. O número de participantes da pesquisa foi devidamente corrigido, uniformizado e adequado no projeto e na PB, ficando claro que serão 25 pacientes, com lesões de furca classe II de ambos os lados, cada lado submetido a um procedimento diferente. A ordem do primeiro lado a ser operado e do respectivo tratamento aplicado serão aleatórios. No TCLE, foram feitas as devidas correções, os riscos e benefícios foram esclarecidos e também foi informado que o paciente que não adquirir a própria medicação não poderá participar. Caso algum lado fique melhor, o paciente receberá o mesmo tratamento do outro lado, caso este lado não esteja satisfatório. As devidas correções foram realizadas e as dúvidas esclarecidas. O Termo de Doação de Material foi anexado. Cronogramas atualizados.

Porém, os materiais devem ser discriminados, Informando o seu custo individual. Desta forma, consideramos o projeto aprovado para o seu início, mas solicitamos uma Notificação contendo o detalhamento do orçamento.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 10.05.2017, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12, no entanto solicita-se o envio de Notificação contendo o Orçamento Detalhado. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos:

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeito adjuvante da terapia fotodinâmica antimicrobiana no tratamento periodontal e condição salivar de pacientes com diabetes mellitus tipo 1

Pesquisador: Paula de Oliveira Cunha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65048317.5.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.959.932

Apresentação do Projeto:

Informa a pesquisadora que a doença periodontal (DP) é reconhecida como a sexta complicação mais frequente do diabetes mellitus (DM). Um grande número de estudos epidemiológicos demonstrou que a periodontite apresenta maior prevalência, incidência e severidade em pacientes com DM quando comparados com indivíduos sem diabetes. Além disso, a relação DM e DP acontece de forma bidirecional, onde a DP é capaz de prejudicar o controle metabólico e alterar a resistência à glicose, portanto, haveria uma hipótese que o tratamento para DP auxiliaria no controle dos níveis glicêmicos destes pacientes. O objetivo deste trabalho é avaliar o efeito da terapia periodontal associada a terapia fotodinâmica antimicrobiana e suas correlações com controle glicêmico, condições salivares e presença de citocinas inflamatórias no fluido gengival de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1, comparando a grupos de pacientes sem diabetes, após acompanhamento de 3 e 6 meses. Serão formados 4 grupos - Drar e Dpt (pacientes com diabetes); Rar e Pdt (pacientes sem diabetes) para terem os parâmetros salivares (ph, capacidade tampão e glicose salivar), parâmetros periodontais (profundidade de sondagem, nível clínico de inserção, índice de placa, índice de sangramento), quantificação de citocinas inflamatórias (biológicos IL-1, IL-4, IL-6, IL-8, TNF-, osteocalcina e OPG/RANKL) e glicemia capilar avaliados nos períodos pré-tratamento periodontal (com e sem

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP



Continuação do Parecer: 1.059.932

associação de aPDT) e pós-tratamento periodontal(1, 3 e 6 meses). Para os pacientes com diabetes, também será analisada a presença de variação na hemoglobina glicada durante o estudo. A análise estatística será realizada de forma descritiva das condições encontradas e serão realizados possíveis testes de correlação entre os exames realizados a um nível de significância de 5% ($p < 0.05$).

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o efeito da terapia periodontal associada a terapia fotodinâmica antimicrobiana e suas correlações com controle glicêmico, condições salivares e presença de citocinas inflamatórias no fluido gengival de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1, comparando a grupos de pacientes sem diabetes, após acompanhamento de 3 e 6 meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco inerente à coleta de todas amostras é insignificante, podendo o paciente apenas sentir desconforto durante o exame periodontal ou dor leve ao se perfurar o dedo para coletar a gota de sangue no exame de glicemia capilar. O risco em relação aos tratamentos propostos são aqueles comuns a qualquer tratamento odontológico, como pequeno sangramento durante raspagem, sensibilidade ou desconforto, que ocorreriam mesmo que não estivesse participando da pesquisa.

Benefícios:

Os benefícios da participação na pesquisa serão obter tratamento e controle da saúde periodontal durante o tempo que participar da pesquisa e ajudar no esclarecimento da relação da doença periodontal e o diabetes. Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar em novos protocolos de atendimento odontológico para pacientes com diabetes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da apresentação de toda documentação exigida corretamente, sou de parecer favorável a aprovação do Projeto de Pesquisa.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
UF: SP Município: BAURU
Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

**USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP**



Continuação do Parecer: 1.959.932

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 18.03.2017, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_828343.pdf	15/02/2017 23:13:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDocCEP.pdf	15/02/2017 23:08:07	Paula de Oliveira Cunha	Aceito
Outros	Questionario_qualidadesaude.pdf	15/02/2017 22:19:12	Paula de Oliveira Cunha	Aceito
Outros	cartaaquiescencia.pdf	15/02/2017 21:49:14	Paula de Oliveira Cunha	Aceito
Outros	questionariotecpeq.pdf	15/02/2017 21:48:46	Paula de Oliveira Cunha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecomp.pdf	15/02/2017 21:47:10	Paula de Oliveira Cunha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDoc_Paula.pdf	15/02/2017 21:43:31	Paula de Oliveira Cunha	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinda.pdf	15/02/2017 21:39:33	Paula de Oliveira Cunha	Aceito


Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
 Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA CEP: 17.012-901
 UF: SP Município: BAURU
 Telefone: (14)3235-8356 Fax: (14)3235-8356 E-mail: cep@fob.usp.br

USP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU DA
USP 

Continuação do Parecer: 1.959.932

BAURU, 10 de Março de 2017

Assinado por:
Ana Lúcia Pompéia Fraga de Almeida
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br



Universidade São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru
Disciplina de Periodontia

Área cirúrgica: _____
Data exame: ___/___/___

() Baseline () 3 meses () 6 meses () 12 meses

Autopercepção de saúde bucal (dente, gengiva, boca):

- 1- Limitou o tipo ou quantidade de alimentos?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 2- Teve problemas mordendo ou mastigando alimentos como carne sólida ou maçã?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 3- Foi capaz de engolir confortavelmente?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 4- Suas próteses (ou a falta delas) o impediram de falar da maneira como queria?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 5- Foi capaz de comer alimentos sem sentir desconforto?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 6- Limitou seus contatos com outras pessoas devido às condições de seu sorriso (dentes)?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 7- Sentiu-se satisfeito com o aspecto de seu sorriso?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 8- Usou medicamentos para aliviar dor ou desconforto relativo à sua boca?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 9- Preocupou-se com seu sorriso?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 10- Sentiu-se incomodado/ abalado ou nervoso devido a problemas com seu sorriso
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 11- Sentiu desconforto ao alimentar-se em frente a outras pessoas por causa de sua boca ou dentes?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente
- 12- Sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao quente, ao frio ou ao doce?
a) sempre/ frequentemente b) às vezes/ algumas vezes c) nunca/ raramente



Universidade São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru

Disciplina de Periodontia

Área cirúrgica: _____

Data exame: ___/___/___

() Baseline () 3 meses () 6 meses () 12 meses

... por causa de seus dentes, gengiva, boca, próteses...

1- Você teve problemas para falar alguma palavra...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
2- Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
3- Você sentiu dores fortes em sua boca e dentes...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
4- Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
5- Você tem ficado pouco à vontade...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
6- Você se sentiu estressado...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
7- Sua alimentação ficou prejudicada...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
8- Você teve que parar suas refeições ...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
9- Você tem encontrado dificuldade em relaxar ...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
10-Você já se sentiu um pouco envergonhado ...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
11-Você tem estado irritado com outras pessoas ...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
12-Você teve dificuldade para realizar suas atividades ...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
13-Você já sentiu que a vida em geral ficou pior ...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					
14-Você tem estado sem pode fazer suas atividades diárias ...	0	1	2	3	4
Não raramente as vezes repetidamente sempre					