



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRATAMENTO PERIODONTAL NÃO
CIRÚRGICO NA HALITOSE E NA QUALIDADE DE VIDA**

Ana Laura Hora Menezes Batista

SALVADOR

2013

ANA LAURA HORA MENEZES BATISTA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRATAMENTO PERIODONTAL NÃO
CIRÚRGICO NA HALITOSE E NA QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada Programa de Pós-graduação em Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Dourado Silva Barbosa

SALVADOR

2013

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da EBMSP

B333 Batista, Ana Laura Hora Menezes

Avaliação do impacto do tratamento periodontal não
cirúrgico na halitose
e na qualidade de vida. / Ana Laura Hora Menezes Batista. –
Salvador. 2013.

55 f. il.

Dissertação (Mestrado) apresentada á Escola Bahiana de
Medicina e
Saúde Pública. Programa de Programa de Pós - graduação em
Odontologia,
área de concentração Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Mônica Dourado Silva Barbosa

Inclui bibliografia

1. Doença periodontal. 2. Halitose. 3. Qualidade de vida. I.
Título.

008.712

CDU: 616.31-

ANA LAURA HORA MENEZES BATISTA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRATAMENTO PERIODONTAL NÃO
CIRÚRGICO NA HALITOSE E NA QUALIDADE DE VIDA**

Comissão Julgadora

Membros titulares

Prof^o Dr Urbino da Rocha Tunes – Membro Titular
Especialista em Periodontia Social (UIC/USA), Periodontia (ABO/BA-UFBA),
Metodologia do Ensino Superior (UFBA) e Estomatologia (CFO)
Mestre em Odontologia Clínica – UFBA
Doutor em Imunologia - Programa de Pós-graduação em Imunologia - UFBA
Coordenador do Programa de Pós-graduação em Odontologia – EBMSP

Prof^a Dr^a Mônica Dourado Silva Barbosa - Orientadora
Mestre e Doutora em Periodontia - FOB/USP
Professora Adjunta do Curso de Odontologia – EBMSP

Prof^o Dr Nelson Gnoatto – Membro Titular
Especialista em Prótese pela Universidade de São Paulo
Mestre e Doutor em Periodontia pela Universidade de São Paulo
Professor Adjunto do Curso de Odontologia - EBMSP

Prof^a Dr^a Maria Cecília Fonsêca Azoubel – Membro Titular
Professora Adjunta do Curso de Odontologia – EBMSP
Especialista em Periodontia- ABO/BA
Mestre em Farmacologia Clínica – UFC/CE
Doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina – UFC/CE

**SALVADOR
2013**

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- **Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)**
- **Ambulatório Docente – Assistencial da Bahiana (ADAB)**

“ Dedico esta dissertação de mestrado
àquelas que, junto com meus pais,
proporcionaram-me alcançar toda
vitória e realização na minha vida.
Pois estou sendo hoje, o que não fui ontem,
e ainda não sou o que poderei ser amanhã.
Assim encerro mais uma das etapas da minha vida.”

AGRADECIMENTOS

A Deus, por está sempre presente na minha vida.

Aos meus pais, Washington Luiz e Ana Fausta, pelo amor e dedicação inigualáveis.

Ao meu irmão, cunhados e sobrinho, pelas palavras de incentivo e carinho.

À minha família, sogros, cunhados e amigos pelo carinho e torcida.

Ao Prof. Dr. Urbino Tunes, pelo exemplo de docência e simplicidade.

À minha querida orientadora Prof^a Dr^a. Mônica Dourado Silva Barbosa pela confiança, pelos ensinamentos transmitidos e pela forma tão carinhosa como conduziu minha orientação.

À minha co-orientadora Prof^a. Maria Olímpia Vilas Boas, pela oportunidade de aprendizado e desenvolvimento profissional. O meu eterno carinho.

Aos professores do mestrado por todo crescimento científico e pessoal.

À EBMS e ao ADAB por possibilitarem a realização deste trabalho.

Aos professores EBMS pelo acolhimento e exemplo profissional, em especial aos Professores Antístenes Albernaz, Roberto Costa Pinto e Fernanda Catharino.

As alunas da graduação Flávia Leite, Ceres Brito e Mariana Leite pelo indispensável auxílio na condução desta pesquisa.

À todos os funcionários da EBMS pela enorme colaboração e presteza sempre.

Aos amigos do mestrado pelos momentos maravilhosos e inesquecíveis que passamos juntos ao longo do curso, pela amizade incondicional.

Aos pacientes, pela confiança e doação na realização deste trabalho.

Ao meu grande amigo, meu grande amor, Carlos Zaidan, por acreditar no meu sonho e sonhar comigo, pelo companheirismo e simplesmente por me fazer uma pessoa mais feliz e realizada.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

Madre Teresa de Calcutá.

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ADAB: Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CFO: Conselho Federal de Odontologia
CH3SH – metilmercaptanas
CH3SCH3 - dimetilssulfeto
CPI: Índice Periodontal Comunitário
CPITN: Índice Community Periodontal Index and Treatment Needs
CPOD: Índice de número de dentes cariados, perdidos e obturados
CSV: Compostos Sulfurados Voláteis
DP: Doença Periodontal
DP: Desvio Padrão
EBMSP: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
IG: Índice de Sangramento Gengival
IP: Índice de placa
GOHAI: Índice Geriatric Oral Health Assessment Index
HALT: Halitosis Associated Life-Quality Test
H₂S: Sulfeto de hidrogênio
mm: Milímetro
NIC: Nível de Inserção Clínico
OHIP: Oral Health Impact Profile
PS: Profundidade de Sondagem
PPB: Partes por bilhão
®: Marca registrada
SS: Sangramento à Sondagem
TDI: Índice de Traumas Dentários
T₀: Momento inicial, referente ao pré-tratamento
T₁: 15 dias após o uso do raspador lingual com orientações de higienização oral
T₂: 15 dias após a realização da raspagem supragengival e remoção dos fatores de retenção de placa
T₃: 15 dias após a realização da raspagem subgengival
UTU: Unidade de Triagem e Urgência

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	08
APRESENTAÇÃO	10
1. INTRODUÇÃO GERAL	11
MANUSCRITO I	13
RESUMO	14
2. INTRODUÇÃO	15
3. REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA	16
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
<i>ABSTRACT</i>	22
REFERÊNCIAS	23
MANUSCRITO II	26
RESUMO	27
5. INTRODUÇÃO	28
6. MATERIAL E MÉTODOS	30
7. RESULTADOS	34
8. DISCUSSÃO	37
9. CONCLUSÃO	40
<i>ABSTRACT</i>	41
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS	46

APRESENTAÇÃO

Esta é uma dissertação de Mestrado Profissionalizante em Odontologia, com área de concentração em Clínica Odontológica, apresentado ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. O trabalho consiste em duas partes. A primeira é uma revisão de literatura sobre o tema proposto sob a forma de Manuscrito I intitulado: Autopercepção Relacionada à Doença Periodontal (Anexo 1). A segunda parte do trabalho consiste na pesquisa científica, apresentando informações acerca de resultados preliminares, sob a forma do Manuscrito II intitulado: Avaliação do Impacto do Tratamento Periodontal Não Cirúrgico na Halitose e na Qualidade de Vida. Trata-se de um ensaio clínico, com avaliação quantitativa e qualitativa, cujo objetivo é determinar a autopercepção dos indivíduos com periodontite crônica tratados com procedimento não cirúrgico, enfatizando a halitose a ela associada, a partir da aplicação do OHIP-14 e do HALT e da relação dos resultados destes instrumentos com os sinais clínicos da doença.

1. INTRODUÇÃO GERAL

A autopercepção é representada por dados subjetivos, e, para sua coleta, alguns autores padronizaram questionários para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais com a finalidade de obtenção de conteúdos válidos para a saúde bucal ^{R 16, 17, 18}. Em sua maioria, apresentam-se sob a forma de questionários, cuja finalidade básica é o desvendar a autopercepção do paciente no que se refere a sua saúde bucal e como ela interfere no seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. ^{R 7, 19}

Vale ressaltar que a autopercepção é de fundamental importância ao tratamento clínico, pois aspectos de como os pacientes percebem sua condição e como avaliam sua saúde bucal permitem ao profissional uma avaliação mais complexa do mesmo. Sem essa avaliação subjetiva, o profissional de saúde não consegue diagnosticar de maneira global a saúde dos seus pacientes e suas necessidades prioritárias, impossibilitando-se de proporcionar aos seus pacientes uma melhor satisfação com a vida. ^{P 16, 22}

Um dos sintomas mais constrangedores com significativo impacto social é a halitose. Esta é uma condição em que o hálito se altera de forma desagradável, tanto para o paciente como para as pessoas com as quais ele se relaciona, podendo ou não significar uma condição patológica. A halitose é também conhecida como hálito fétido, fedor da boca, mau hálito ou mau odor oral. O estudo da halitose com uma abordagem científica se justifica, uma vez que ela é causa de restrição social e pode ser indicativo da presença de doenças mais graves. A halitose é uma queixa comum em adultos de ambos os sexos, de ocorrência mundial e apresenta uma etiologia multifatorial, mas seu principal fator causador é a decomposição da matéria orgânica, provocada por bactérias anaeróbias proteolíticas da cavidade oral. ^{P 16}

A doença periodontal é considerada uma alteração patológica causada por grupos específicos microbianos que envolvem os tecidos periodontais de suporte e proteção, tendo como consequência, a degradação do colágeno tecidual, resultando em destruição progressiva do ligamento periodontal e osso alveolar. A resposta do hospedeiro diante da infecção leva às alterações teciduais, resultando na formação de bolsas periodontais, representadas pela migração do epitélio no sentido apical dos dentes, formando um espaço entre a superfície radicular e o tecido gengival. ^{R 5, P 15}

A presença da doença periodontal em um indivíduo é geralmente avaliada através de parâmetros clínicos, tais como a profundidade de sondagem e nível de inserção clínica. No entanto, a doença periodontal, por conta da inflamação e destruição do periodonto, produz uma vasta gama de sinais e sintomas clínicos, alguns dos quais podem ter um impacto considerável no dia a dia ou na qualidade de vida dos indivíduos.^{R 4, 24}

Sabe-se que a principal causa da alta prevalência da doença periodontal está na falta de informação dos indivíduos em relação à etiologia e ao desenvolvimento das periodontopatias. A transmissão desses conceitos deveria ser dada pelos próprios cirurgiões-dentistas, sejam eles periodontistas ou não. Outros fatores que influenciam a não procura de um serviço especializado residem nas questões financeiras e no medo que muitos têm do tratamento odontológico. Para que isto seja possível, é preciso buscar uma Odontologia que não valorize somente a utilização de recursos clínicos para o diagnóstico e o tratamento, mas sim, que leve em consideração a forma como o paciente percebe a sua condição de saúde.^{R 14, 15}

Em geral, as medidas clínicas dos efeitos das doenças orais têm sido amplamente descritas, mas os parâmetros subjetivos sobre os aspectos psicossociais da boca e dentes precisam ser bem investigados, enfocando sua influência direta na qualidade de vida desses indivíduos. Mais ainda, poucos estudos têm sido realizados sobre a influência desses aspectos na qualidade de vida.^{P 3}

O objetivo do manuscrito I foi fazer uma revisão de literatura sobre a autopercepção dos pacientes em relação à doença periodontal, documentando ou catalogando artigos que investigassem as seguintes questões: qual interferência da doença na qualidade de vida do indivíduo; se a identificação de sinais clínicos das periodontopatias apresenta impacto na vida dos pacientes; e se o tratamento periodontal é capaz de influenciar positivamente a qualidade de vida das pessoas. Já o manuscrito II objetivou investigar a autopercepção dos indivíduos com doença periodontal, enfatizando a halitose a ela associada, a partir da aplicação do OHIP-14 e do HALT e da relação dos resultados destes instrumentos com os sinais clínicos da doença.

R: referente a citações das referências do manuscrito 1

P: referente a citações das referências do manuscrito 2

MANUSCRITO I

**AUTOPERCEPÇÃO RELACIONADA À DOENÇA
PERIODONTAL**

RESUMO

Atualmente, a doença periodontal é considerada a doença bucal mais comum. Relacionada com a inflamação dos tecidos de proteção e de suporte dos dentes, resulta em uma destruição progressiva destes tecidos, podendo levar à perda dentária e com isso gerar problemas funcionais, sociais e psicológicos, afetando a qualidade de vida e o bem-estar do paciente. A autopercepção é uma condição subjetiva da saúde bucal, que mede a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados à mesma. Essa avaliação reflete na qualidade de vida e está associada às condições de saúde geral, assim como a comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde. Vale ressaltar que alguns dados sobre autopercepção de um indivíduo são de suma importância podendo haver possibilidade de obter consciência da sua própria condição de saúde, o que poderá acarretar mudança no comportamento pessoal e, como consequência, obter uma melhora na qualidade de vida. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura sobre a autopercepção dos pacientes em relação à doença periodontal, procurando respostas para algumas questões como a interferência da doença na qualidade de vida do indivíduo, a identificação de sinais clínicos das periodontopatias que apresentem impacto na vida dos pacientes e se o tratamento periodontal é capaz de influenciar positivamente a qualidade de vida das pessoas.

Palavras-Chaves: Autopercepção; Doença Periodontal; Qualidade de vida.

2. INTRODUÇÃO

Autopercepção em saúde é a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. É baseada na informação e nos conhecimentos de saúde e doença, modificados pela experiência, normas sociais e culturais.^{1,2}

A autopercepção da saúde favorece a participação indireta da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, contribuindo para uma abordagem que tenha como meta a qualidade de vida. Na Odontologia, a avaliação da autopercepção da saúde bucal rotineiramente é importante para encorajar a adesão a comportamentos saudáveis.³ É considerada um dos componentes da qualidade de vida e se refere a uma experiência subjetiva do indivíduo sobre o seu bem-estar funcional, social e psicológico. A autopercepção da saúde bucal é mais informativa de como a doença afeta a vida dos indivíduos do que as medidas objetivas da doença⁴.

Atualmente, a odontologia está voltada para a prevenção das doenças bucais e, para tanto, o cirurgião-dentista deve estar capacitado para atuar junto ao paciente dentro de um contexto amplo, proporcionando-lhe condições odontológicas favoráveis para um bom relacionamento familiar e social. Entre as doenças bucais mais comuns está a doença periodontal que é definida como uma doença inflamatória dos tecidos de suporte dos dentes, causada por microrganismos específicos ou grupos de microrganismos específicos, resultando em uma destruição progressiva do ligamento periodontal e osso alveolar, retrações gengivais, ou ambas. Tem como característica clínica principal a presença de bolsa periodontal, ou seja, um sulco gengival patologicamente aprofundado.⁵

Em se tratando da doença periodontal que possui como etiologia primária a presença de bactérias específicas residentes no biofilme dentário, associada ao padrão da resposta imunológica da defesa do hospedeiro, a sua identificação pelo indivíduo se dá apenas quando os sinais clínicos de inflamação gengival, mobilidade e ou mudança no posicionamento dentário estão exacerbados^{6,7}. Diante desta realidade, o objetivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura sobre a autopercepção dos pacientes em relação à doença periodontal, relacionando artigos que investiguem as seguintes questões: qual interferência da doença na qualidade de vida do indivíduo; - se a identificação de sinais clínicos das periodontopatias apresenta impacto na vida dos pacientes; e se o tratamento periodontal é capaz de influenciar positivamente a qualidade de vida das pessoas.

3. REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA

Segundo Neville *et al.*⁸, o conceito de doença periodontal, se torna cada vez mais amplo, uma vez que, há o envolvimento de doenças que atingem os tecidos gengivais, os tecidos conjuntivos periodontais e o osso alveolar. É, sem dúvida, a doença crônica de maior incidência na raça humana, ocasionando problemas funcionais e estéticos e atuando diretamente no bem-estar e na auto-estima do paciente⁹.

Os problemas associados à saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores do impacto negativo no desempenho diário, e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade¹⁰. Para Sheiham¹¹ a saúde oral afeta a saúde geral podendo causar dor e sofrimento, comprometendo a alimentação, a fala e a qualidade de vida e bem estar do indivíduo.

A realidade dos indivíduos, seu modo de vida, suas crenças, mitos e valores, seus anseios, a forma como adoecem e se tratam das doenças, seus conceitos de qualidade de vida, entre outros indicadores, são fundamentais para conhecer os pacientes e, dessa forma, poder ajudá-los em suas necessidades e saúde^{12, 13}. Para que isto seja possível, é preciso buscar uma Odontologia que não valorize somente a utilização de recursos clínicos para o diagnóstico e o tratamento, mas sim, que leve em consideração a forma como o paciente percebe a sua condição de saúde^{14,15}. Ao se realizar qualquer procedimento terapêutico, algumas informações sobre o problema são essenciais, e este é especialmente o caso no controle da doença periodontal, em que o paciente deve tomar para si a responsabilidade do seu bem estar.

A literatura oferece vários e diferentes instrumentos que podem ser aplicados com a finalidade da obtenção de dados subjetivos para chegar a um conteúdo válido para a saúde bucal^{16, 17,18}. Em sua maioria, apresentam-se sob a forma de questionários com questões abertas e fechadas, cuja finalidade básica é desvendar a autopercepção do paciente no que se refere a sua saúde bucal e como ela interfere no seu dia-a-dia e na sua qualidade de vida. Esses vêm se tornando fortes aliados na construção de programas educativos, preventivos e curativos por diversos profissionais da saúde^{7, 19}.

Em 1994, foi desenvolvido o Oral Health Impact Profile (OHIP), um questionário composto por 49 questões que procura descobrir se o paciente sofreu, nos últimos 12 meses, algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses. Passados três anos, foi realizado um estudo com o objetivo de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do OHIP 49, mantendo suas características de confiança,

validade adequada e sensibilidade para os atributos relacionados a doença periodontal ⁷.
¹⁸. Assim, 14 itens foram selecionados a partir do questionário original, e os mesmos se apresentaram efetivos na detecção das associações clínicas e sócio-demográficas, realizando o planejamento dos serviços de saúde bucal considerando apenas necessidades normativas, sendo enquadrado dentro de um modelo biomédico, baseado na identificação de doenças sem levar em consideração a percepção subjetiva do paciente^{17, 20}.

Um estudo foi desenvolvido com um grupo composto por 38 indivíduos, com idade variando entre 46 e 73 anos, utilizando indicadores subjetivos, como OHIP-14, de forma que os participantes da pesquisa participavam efetivamente do momento da avaliação. Uma vez captadas as necessidades relatadas pelos indivíduos era possível exibir um panorama mais próximo da sua real condição de saúde bucal ¹⁹. Tais dados (aspectos bucais clínicos e subjetivos) proporcionam aos profissionais subsídios complementares ao exame clínico, permitindo uma visão integral do paciente indo ao encontro dos modernos conceitos de saúde. Os resultados desse estudo revelaram que 42,1% dos indivíduos consideraram sua saúde bucal “regular” e 44,7% a consideraram “boa”. Quanto à percepção de doenças bucais, 39,5% do grupo afirmou possuir problemas com os dentes e 36,8%, com as gengivas. Com relação ao OHIP-14, 60,5% da população estudada não apresentou impacto das condições bucais em sua qualidade de vida. Através de análise de regressão linear múltipla pelo método *stepwise*, evidenciou-se que cerca de 52% da autopercepção de saúde bucal pode ser explicada pelo indicador subjetivo (OHIP-14) e problemas periodontais, utilizando o índice periodontal comunitário (CPI). Esses resultados foram semelhantes aos obtidos por Silva e Fernandes⁷, os quais demonstraram em seu estudo, que a análise multivariada indicou que os preceptores de autoavaliação foram o GOHAI (Índice Geriatric Oral Health Assessment Index), os dentes com extração indicada e o índice CPITN (Índice Community Periodontal Index and Treatment Needs). Tais indicadores explicaram, neste caso 30% da variabilidade da auto-avaliação ⁷.

Este estudo foi desenvolvido com 201 pessoas, com idade média de 66,7 anos, objetivando analisar as associações entre as características sócio demográficas da amostra, a autopercepção da condição bucal, o GOHAI e exames clínicos para determinar a prevalência das principais doenças bucais. Os dados subjetivos mostraram que as pessoas apresentaram precária percepção dos problemas bucais. Assim, 60,8% e 81,3% dos indivíduos examinados declararam não ter nenhum problema em seus dentes

ou gengiva, respectivamente. A condição bucal foi avaliada como “regular” por 42,7% das pessoas, e o índice GOHAI apresentou um valor médio de 33,8. As variáveis associadas à auto-avaliação foram: classe social, índice GOHAI, dentes variados e indicadores para extração. Estes autores concluíram que a percepção da saúde bucal teve pouca influência nas condições clínicas, mostrando ser necessário desenvolver ações preventivas e educativas para a população ⁷.

A autopercepção da necessidade de tratamento reflete no impacto que a doença tem sobre os indivíduos, evidenciando o grau das deficiências e as disfunções decorrentes da condição de saúde, assim como das percepções e das atitudes dos indivíduos a respeito dessa condição. Um modelo teórico foi proposto para a compreensão geral da percepção de saúde bucal, fundamentado em modelos sociológicos de interação e no modelo comportamental de saúde de Andersen & Davidson ^{16, 21, 23}. Segundo o modelo proposto por Gift *et al.* ²³, a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico é resultante da condição de saúde bucal do indivíduo (número de dentes cariados, perdidos e obturados – índice CPOD, condição periodontal, necessidades normativas de tratamento). As necessidades de tratamento são determinadas por características demográficas, de disponibilidade de recursos e de predisposição. As características demográficas (idade, sexo e raça) são imutáveis. A disponibilidade de recursos pode ser alterada por meio de políticas públicas, direta ou indiretamente, frente ao aumento da oferta e procura de serviços públicos gratuitos. A predisposição é geralmente determinada pela escolaridade, autopercepção da condição de saúde e/ou por orientações repassadas pelos próprios serviços odontológicos ².

Acredita-se que a autopercepção é de fundamental importância ao tratamento clínico, pois aspectos de como os pacientes percebem sua condição e como avaliam sua saúde bucal, permitem ao profissional uma avaliação mais complexa do paciente^{22, 23}. Para Locker ⁴, o impacto da doença periodontal em um indivíduo é geralmente caracterizado por parâmetros clínicos, tais como a profundidade de sondagem e nível de inserção clínica. No entanto, a doença periodontal, por conta da inflamação e destruição do periodonto, produz uma vasta gama de sinais e sintomas clínicos, alguns dos quais podem ter um impacto considerável no dia a dia ou na qualidade de vida dos indivíduos ²⁴.

Em 2010, foi realizado um estudo transversal, com 3817 pacientes adultos, maiores de 16 anos e que residiam no Reino Unido. Estes participantes foram examinados e entrevistados, e observou-se que a doença periodontal foi independentemente associada

com a má qualidade de vida ²⁵. A magnitude dessa associação foi tal que os adultos com doença periodontal tiveram um aumento de 26% no OHIP-14 quando comparados com aqueles sem a doença periodontal. Entretanto, eles consideraram que os achados são únicos porque usaram uma amostra nacionalmente representativa de adultos dentados e foi responsável por uma série de outros problemas bucais. Como a associação entre doença periodontal e OHIP-14 diminuiu até 21% quando a cárie dentária, o índice de traumas dentários (TDI) e o desgaste dos dentes foram considerados simultaneamente. Os relatórios anteriores podem ter superestimado a magnitude da associação entre doença periodontal e qualidade de vida. Também percebeu-se que houve evidências de uma associação entre a gravidade da doença periodontal e a qualidade de vida. Significa dizer que não só aqueles que apresentam doença periodontal generalizada, mas também aqueles com doença periodontal localizada, apresentaram pior qualidade de vida. Este achado é consistente com um estudo anterior em pacientes com vários dentes com bolsas periodontais e que relataram pior qualidade de vida do que aqueles com poucas ou nenhuma bolsa periodontal ²⁶. Tomados em conjunto, esses resultados sugerem que a doença periodontal pode afetar significativamente a qualidade de vida dos indivíduos. Por meio da inflamação e da destruição de tecidos, a doença periodontal provoca uma grande variedade de sinais clínicos e sintomas, como sangramento, mobilidade dentária, recessão gengival e dor de dente, que podem ter um impacto considerável na vida diária. Por conseguinte, é possível que a terapia periodontal melhore a qualidade de vida dos pacientes com a doença periodontal. No entanto, mais estudos são necessários para melhor compreender o tipo e a qualidade do tratamento periodontal que geram a maior melhoria na qualidade de vida ^{27,28}.

Na avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida em um grupo de 205 indivíduos, observou-se que 90% (185/205) perceberam que o impacto na condição de saúde bucal, a qual envolvia a condição periodontal dos indivíduos, afetou a qualidade de vida em uma ou mais formas ²⁴. A condição de saúde bucal foi frequentemente percebida como impactante na qualidade de vida por causa dos sintomas e efeitos físicos produzidos. Chamou-se a atenção para a influência das doenças periodontais no dia a dia e na importância global da qualidade de vida. As variações na qualidade de vida de acordo com os sinais e sintomas associados com as doenças periodontais foram evidentes. Relatos de "gengivas inchadas" (hiperplasia gengival), "recessão gengival", "dentes soltos" (mobilidade), "mau hálito" e "dor de dente" foram também associados à qualidade de vida reduzida. Além disso, o estado clínico periodontal foi também

associada à qualidade da saúde bucal, ou seja, aqueles com um maior número de bolsas periodontais profundas apresentaram pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Nascimento *et al.*²⁹, mostraram que a autopercepção quanto aos sintomas relacionados a doença periodontal identificaram o sangramento como o sinal mais frequente com 88,9% , não havendo nenhum paciente que associasse a retração gengival ou hiperplasia gengival a doença. Quanto à causa de incômodo bucal, os dados mostraram que a mobilidade dentária prevaleceu entre os indivíduos portadores de doença periodontal crônica com representação de 22,2%. O fator que esteve mais fortemente associado à autopercepção da saúde bucal foi a autopercepção da aparência, não tendo sido encontrados estudos prévios que tenham investigado tal associação, constatando-se a necessidade de futuras investigações sobre o tema².

Vale ressaltar que essa informação foi citada em um estudo composto por 5349 idosos de 65 a 74 anos agrupados em dentados e desdentados, que foram examinados e entrevistados, utilizando dados do Projeto SB Brasil. A maioria destes pacientes idosos percebeu sua própria saúde bucal como positiva mesmo com condições objetivas de saúde bucal insatisfatória. Os dados da literatura são consistentes quanto a esse contraste sugerindo que condições objetivas são preceptores fracos dessa autopercepção. Isso sugere que as condições objetivas exerceram maior impacto na autopercepção dos idosos que apresentavam pelo menos um dente remanescente do que entre os desdentados. Sendo assim, estudos sugerem que a autopercepção da saúde bucal como negativa aumenta com a idade, por outro lado, a idade não está associada à autopercepção. Também foi relatado que não houve associação entre sexo e autopercepção, embora já se tenha relatado que a autopercepção seja considerada frequentemente positiva entre as mulheres quando comparada aos homens^{30, 16, 23, 7, 2}. Porém, são necessários mais estudos longitudinais que avaliem não somente a autopercepção do processo saúde-doença periodontal, como também, as mudanças nos parâmetros clínicos de acordo com os conhecimentos adquiridos a respeito das periodontopatias.²⁹

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto da doença periodontal na qualidade de vida recebeu muito menos atenção em comparação com outras condições orais mais comuns. Uma melhor compreensão dos efeitos da doença periodontal a partir do ponto de vista dos indivíduos é necessária para o planejamento e a avaliação de intervenções de saúde pública, e alocação de recursos. Tem sido relatado que uma melhor "compreensão da doença" e novas estratégias de tratamento são duas das linhas que precisam ser definidas numa nova era do "tratamento periodontal" ²⁷. Em conformidade com a presente instrução, a "compreensão das percepções dos pacientes" pode ser adicionada como um outro conceito fundamental para a escolha das estratégias de tratamento e é por isso que a terapia escolhida deve ser suave, de modo a proteger os padrões de vida. Estudos futuros poderão investigar se a aparente tendência para a melhoria da qualidade de vida é um resultado genuíno do tratamento periodontal, e em caso afirmativo, quais as razões para isso.

Atualmente tem-se buscado, além de indicadores clínicos, a utilização de indicadores subjetivos para melhorar a avaliação referente à percepção da saúde bucal do indivíduo no contexto da qualidade de vida. Para a prática clínica, espera-se que tais instrumentos possam ser uma ferramenta útil para os cirurgiões-dentistas que trabalham com fóbicos dentários. O conceito de qualidade de vida levanta questões que são de importância pessoal profunda para os pacientes e considerá-las, pode fazer com que se amenizem as discrepâncias óbvias entre o comportamento do clínico e os objetivos que os próprios pacientes querem atingir. É de suma importância procurar relações entre saúde bucal e saúde geral dos indivíduos, através da autoavaliação, a qual fornece informações e conhecimentos relevantes ao relacionamento entre os pacientes e os profissionais para que, no futuro próximo, possam assegurar condições melhores de tratamento, proporcionando uma melhor qualidade de vida à população.

ABSTRACT

Actually, periodontal disease is considered the most common oral disease. Related to inflammation of protective fabrics and supporting the teeth, resulting in a progressive destruction of tissues, which can lead to tooth loss and thereby generate functional problems, social and psychological factors affecting the quality of life and well-being of the patient. Self-perception is a subjective condition of oral health, which measures its functionality and the social and cultural values related to it. This assessment reflects the quality of life and is associated with general health conditions, as well as behaviors related to health care. Note that some data on perception of an individual are paramount and may be able to get aware of their own health condition, which could result in changes in personal behavior and as a consequence, to obtain a better quality of life. The objective of this study is to review the literature on self-perception of patients in relation to periodontal disease, seeking answers to questions such as the interference of the disease on quality of life of the individual, the identification of clinical signs of periodontal disease have an influence on life patients and periodontal treatment can positively influence the quality of life of people.

Key words: Self-perception; Periodontal Disease, Quality of life.

REFERÊNCIAS

1. Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1994; 22(1):47-51.
2. Martins AMEBL *et al.* Autopercepção as saúde bucal entre idosos brasileiros. *Revista Saúde Pública*. 2010; 44 (5): 912-22.
3. Benyamini Y, Leventhal H, Leventahal EA. Self rated oral health as an independent predictor of self rated general health, self esteem and life satisfaction. *Social Science e Medicine*. 2004; 59(5):1109-16.
4. Locker D, Jokovic A. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. *Journal of Public Health Dentistry*. 1997; 57: 40-7.
5. Carranza FA, Takei HH, Newman MG. *Periodontia Clínica*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 9ª Edição, 2004.
6. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na região sudeste: resultados do Projeto SB Brasil, 2003. *Caderno de Saúde Publica*. 2006; 22 (8):1699-707.
7. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista Saúde Pública*. 2001; 35: (4): 01-10.
8. Neville BW *et al.* Manifestações orais e doenças sistêmicas. In: *Patologia oral e maxilofacial*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
9. Alberti, S. Citologia esfoliativa da mucosa bucal em pacientes diabéticos tipo II: morfologia e citomorfometria. 2002 Dissertações (Mestrado)- Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, Bauru, 2002.
10. Coelho MP, Cordeiro MPP, Carvalho CM, Araújo VE. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP. *Revista de Odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo*. 2004; 6(2): 11-16.
11. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life *Bull World Health Organ*. Genebra. 2005; 83 (9): 644.
12. Petry PC, Pretto SM. Educação e motivação em saúde bucal. In: Kriger L. *ABOPREV promoção em saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas. 1997; 363-70.
13. Tomita N, Bijella VT, Lopes ES, Franco LJ. Relação entre determinantes socioeconômicos e hábitos bucais de risco para más-oclusões em pré-escolares. *Pesquisa Odontológica Brasileira*. 2000; 14 (2): 169-75.
14. Pinheiro ACC *et al.* Tratamento Periodontal e Bem-estar: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2006; 19 (2): 68-73.

15. Marin C, Ramos FK, Zanatta GB, Bottan ER. Avaliação do nível de informações sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento na Clínica de Periodontia da Univali. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia*. 2008; 5(3): 20-26.
16. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Advances in Dental Research*. 1997; 11(2):272-80
17. Leão A, Sheiham A. Relationship between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *Journal of Dental Research*. 1995; 74: 1408-1413.
18. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1997; 25: 284-90.
19. Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Associação Entre Percepção De Saúde Bucal E Indicadores Clínicos E Subjetivos: Estudo Em Adultos De Um Grupo De Educação Continuada Da Terceira Idade. *UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*. 2003; 9 (3/4): 55-65.
20. Mehrstedt M, John MT, Tonnie S, Micheelis W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2007; 35: 357–363.
21. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Advances in Dental Research*. 1997; 11(2): 203-9.
22. Chen MS, Hunter P. Oral Health and quality of life in New Zeland: a social perspective. *Social Science and Medicine*. 1996; 43 (8): 1213-1222.
23. Atchison KA, Drury TF, Gift HC. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *Journal of Dentistry*. 1998; 77: 1529-1538.
24. 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.
25. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *Journal of Clinical Periodontology* 2010; 37: 968–972.
26. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *Journal of Periodontal Research*. 2007; 42: 169–176.
27. Ozcelik O, Haytac MC, Seydaoglu G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology* 2007; 34: 788–796.
28. Saito A *et al.* Effect of Initial Periodontal Therapy on Oral Health–Related Quality of Life in Patients with Periodontitis in Japan. *Journal of Periodontology*. 2010; 81: 1001-1008.
29. Nascimento MC *et al.* Avaliação da autopercepção em pacientes com periodontite crônica- Estudo Piloto. *International Journal of Dentistry*. 2011; 10 (3): 154-160.

30. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Social Science and Medicine*. 1980; 14 (6): 597-605.

MANUSCRITO II

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRATAMENTO
PERIODONTAL NÃO CIRÚRGICO NA HALITOSE E NA
QUALIDADE DE VIDA**

RESUMO

Este é um ensaio clínico que tem como objetivo avaliar o impacto do tratamento periodontal não-cirúrgico na qualidade de vida de pacientes com periodontite crônica, observando, além dos sinais clínicos da doença periodontal, a halitose e a autopercepção dos pacientes em relação a estas condições em sua qualidade de vida. O trabalho foi desenvolvido com dezessete pacientes selecionados entre aqueles que procuraram atendimento nos ambulatórios do Curso de Odontologia da EBMSP. Os pacientes foram avaliados inicialmente, em um momento pré-tratamento (T₀); 15 dias após o uso do raspador lingual com orientações de higienização oral (T₁); 15 dias após a realização da raspagem supragengival e remoção dos fatores de retenção de placa (T₂); e 30 dias após a realização da raspagem subgengival (T₃). Os parâmetros índice de placa (IP) e índice de sangramento gengival (IG) foram verificados em T₀, T₁, T₂ e T₃, assim como o hálito destes pacientes, através dos níveis de compostos sulfurados voláteis aferidos com um halímetro (Halímetro, Interscan Corp., Chatsworth, CA). A profundidade de sondagem (PS), sangramento à sondagem (SS) e nível de inserção clínica (NIC) foram analisados nos momentos T₀ e T₃. A qualidade de vida relacionada a saúde bucal dos indivíduos foi analisada a partir da aplicação dos questionários OHIP-14 e HALT em T₀ e T₃. Os resultados mostraram que o tratamento clínico periodontal não cirúrgico levou à melhora de todos os parâmetros clínicos periodontais. O hálito apresentou uma melhora estatisticamente significativa ($p < 0,05$) após a etapa inicial do tratamento que envolvia instrução de higiene oral com limpeza do dorso da língua. Os escores dos questionários OHIP-14 e HALT demonstraram uma melhora na qualidade de vida dos pacientes após o tratamento periodontal com consequente diminuição da halitose.

Palavras-Chave: Doença periodontal; halitose; qualidade de vida.

5. INTRODUÇÃO

O tratamento periodontal corretamente executado pode eliminar dor; inflamação e sangramento gengival; reduzir bolsas periodontais; eliminar a infecção, impedindo a formação de secreção purulenta; reduzir a mobilidade dental anormal e a perda dental.¹

Outro aspecto clínico que potencialmente poderia apresentar melhoras com o tratamento periodontal é a halitose. Conhecida como hálito fétido, constitui uma queixa comum, de ocorrência mundial, que afeta adultos de ambos os sexos e em qualquer faixa etária, apresentando uma etiologia multifatorial, embora o seu principal fator causador seja a decomposição de matéria orgânica, provocada por bactérias anaeróbias proteolíticas da cavidade oral.^{2, 3, 4, 5} Entre as diversas etiologias atribuídas à halitose, a sua maioria, cerca de 90% dos casos, são de origem estomatológica, principalmente em decorrência da saburra lingual, da gengivite e da periodontite.^{6, 7}

Existem diversos métodos disponíveis para o diagnóstico da halitose. Entre os mais utilizados encontram-se o teste organoléptico, a cromatografia gasosa e o monitor portátil, halímetro. O teste subjetivo de detecção da halitose, também chamado de teste organoléptico, é considerado o padrão-ouro para a sua mensuração, mas apresenta limites operacionais, pois necessita da capacitação olfativa do profissional. Condições climáticas ou afecções que diminuam a sensibilidade do examinador podem mascarar o diagnóstico de halitose. Como o teste organoléptico é uma medida subjetiva, o examinador deve usar um teste objetivo para confirmar os resultados. A cromatografia gasosa é considerada o mais objetivo e sensível dos métodos para diagnóstico da halitose. Apresenta a capacidade de identificar e quantificar, separadamente, os diferentes CSVs envolvidos na periodontite e bolsas periodontais profundas. Entre estes testes, o uso de instrumentos como o halímetro (Halimeter®) torna possível a identificação e a mensuração diretas dos compostos sulfurados voláteis, CSVs, sendo eles o sulfeto de hidrogênio (H₂S), as metilmercaptanas (CH₃SH) e o dimetilssulfeto (CH₃SCH₃) no hálito.^{8, 9} O desenvolvimento deste tipo de tecnologia capaz de mensurar os odorívetores do hálito representou um considerável avanço no diagnóstico da halitose e na avaliação da eficácia dos tratamentos efetuados, dentre eles o tratamento periodontal.^{4, 10}

Tradicionalmente a eficiência do tratamento periodontal tem sido mensurada objetivamente através dos parâmetros clínicos periodontais. Contudo pouco se tem

avaliado a autopercepção dos pacientes em relação a esses sinais clínicos de doença e o impacto que a redução desses sinais pode apresentar sobre a sua qualidade de vida. Em geral as medidas clínicas dos efeitos das doenças orais têm sido amplamente descritas, mas os parâmetros subjetivos sobre os aspectos psicossociais da boca precisam ser melhor investigados, enfocando sua influência direta na qualidade de vida desses indivíduos.¹¹

Qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores aos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.¹² Cada vez mais médicos e pesquisadores concordam que a perspectiva do paciente é importante e deve ser considerada além dos resultados clínicos quando se avalia o sucesso de um tratamento. A qualidade de vida relacionada à saúde bucal pode ser definida como “a ausência de impactos negativos da condição bucal na vida social e um sentido positivo de autoconfiança da condição bucal”.¹³ Vários instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de identificar e avaliar como problemas orais interferem na vida dos indivíduos, influenciando sua qualidade de vida. Entre estes instrumentos o questionário Oral Health Impact Profile 14 (OHIP-14), uma versão reduzida da versão OHIP-49, foi amplamente usado na língua inglesa^{14, 15, 16, 17} e posteriormente adaptado e validado também na língua portuguesa¹⁷. Ele contém sete dimensões, possuindo cada uma delas duas perguntas. As respostas têm como referência os últimos seis meses e cada resposta tem um peso que será somado ao final do questionário. A soma dos pontos representa o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adultos e quanto mais alta a soma maior impacto negativo.¹⁷ Já o Halitosis Associated Life-Quality Test (HALT) é um questionário composto por 20 itens que envolvem questões físicas, emocionais e limitações funcionais, além de deficiências pessoais e sociais, voltados especificamente para a Halitose.^{18,19}

Este trabalho objetiva avaliar o impacto do tratamento periodontal não-cirúrgico na qualidade de vida de pacientes com periodontite crônica, a partir dos sinais clínicos da doença periodontal a halitose e a autopercepção dos pacientes em relação a essas condições.

6. MATERIAL E MÉTODOS

Este é um ensaio clínico, desenvolvido na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) com o parecer CEP nº 02/2012. Foram selecionados dezessete pacientes entre aqueles que procuraram atendimento nos ambulatórios do Curso de Odontologia da EBMSP (demanda espontânea, com poder amostral 99,99 %). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após serem devidamente informados por um profissional não envolvido sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa (Resolução n 196 de outubro de 1996 e o Código de Ética Profissional Odontológico - C.F.O. 179/93).

Foram incluídos no estudo, indivíduos com idade mínima de 18 anos e, no mínimo, 20 dentes presentes. Os pacientes deveriam apresentar diagnóstico clínico e radiográfico de Periodontite Crônica ²⁰, com a presença de, no mínimo, 8 sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm, além de sangramento à sondagem.²¹ Os pacientes incluídos no estudo também apresentaram níveis de compostos sulfurados voláteis (CSV) no hálito matinal maior ou igual a 200 ppb aferido pelo halímetro (Halímetro, Interscan Corp., Chatsworth, CA) e normalidade do fluxo salivar.

Foram considerados como critérios de exclusão da pesquisa a presença de alteração sistêmica ou uso de medicamentos (6 meses anteriores ao estudo) que pudessem influenciar na resposta ao tratamento periodontal; realização de tratamento periodontal incluindo instrumentação subgengival nos 6 meses anteriores ao estudo; uso de próteses parcial ou total removíveis; uso de enxaguatórios bucais; tabagismo; etilismo; gestação; portar doenças gastrintestinais (úlceras, gastrites e refluxo); doenças otorrinolaringológicas; história de radioterapia e quimioterapia nos últimos 6 meses; uso de medicações ou outras condições que predisponham à redução do fluxo salivar.

Os parâmetros clínicos periodontais avaliados foram: índice de Placa (IP)²²; sangramento à sondagem (SS); índice de Sangramento Gengival (IG)²²; profundidade de Sondagem (PS) e nível de Inserção Clínica (NIC). Todos os parâmetros clínicos foram aferidos por um único examinador calibrado (Coeficiente de concordância intra-examinador = 0,8485) e foram obtidos utilizando uma sonda milimetrada universal (Carolina do Norte, Hu-Friedy Co, Chicago, IL).

Os pacientes foram examinados em quatro diferentes momentos, conforme a Figura 01: inicial, referente ao pré-tratamento (T_0); 15 dias após o uso do raspador lingual com orientações de higienização oral (T_1); 15 dias após a realização da raspagem supragengival (ultrassônica), realizada em sessão única e remoção dos fatores de retenção de placa (T_2); 30 dias após a realização da raspagem subgengival convencional, realizada em sessão única (T_3).

O IP e o IG foram avaliados nos momentos T_0 , T_1 , T_2 e T_3 . A profundidade de sondagem foi avaliada nos momentos T_0 e T_3 . Para aferição do hálito matinal, os pacientes foram orientados a retornar no dia seguinte em jejum seguindo todas as recomendações solicitadas (Anexo 06). Os níveis intra-orais de CSV foram medidos pelo halímetro, nos quatro momentos: T_0 , T_1 , T_2 e T_3 . Em cada sessão foram feitas três aferições, com intervalos de 3 minutos cada. Após a obtenção das três aferições, foi feita a média dos valores, e assim foi obtida a medida final de cada participante, em um dado momento.

Os dois tipos de questionários para avaliação da qualidade de vida dos participantes da pesquisa, o OHIP-14 e o HALT (Anexos 03 e 04), foram aplicados em dois momentos distintos do estudo: T_0 e T_3 .

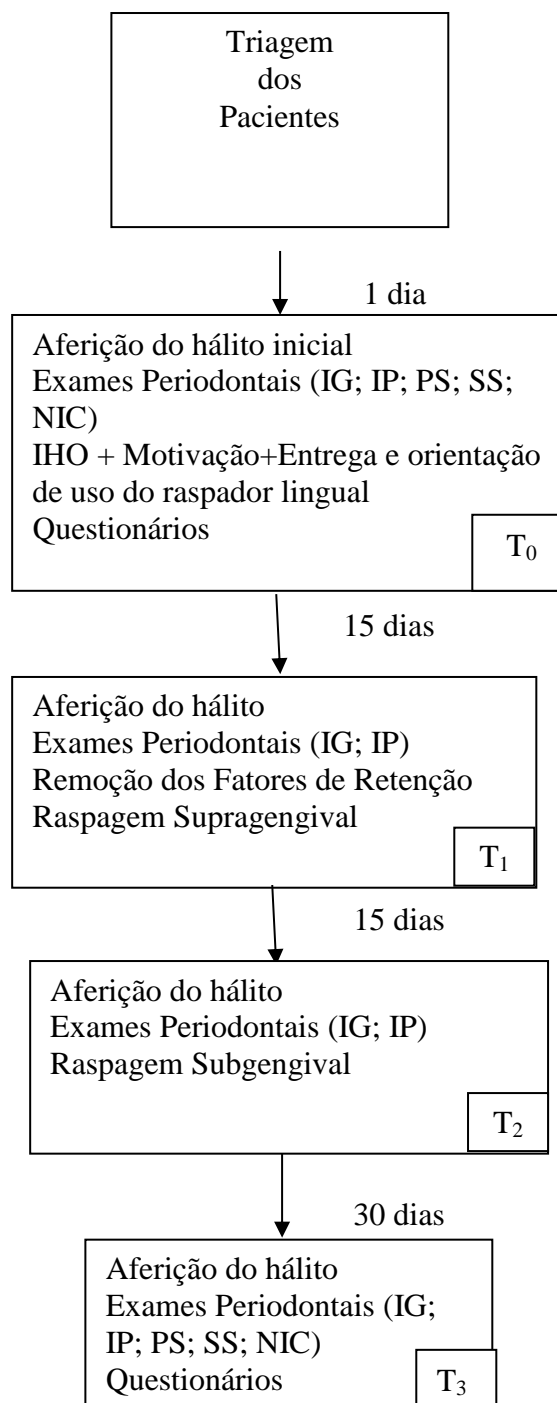


Figura 1: Fluxograma de atendimento clínico.

Após a obtenção dos dados, os parâmetros clínicos foram analisados estatisticamente ao nível de significância (α) de 5%, apresentando valor de $p < 0,05$. A comparação das variáveis dos parâmetros clínicos foi realizada usando o Teste de Friedman, e as comparações par a par foram realizadas com o Teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni para correlacionar os parâmetros clínicos entre si. Já a correlação dos questionários, OHIP-14 e HALT, utilizou o Teste de Wilcoxon sem correção de Bonferroni, pois este só é utilizado quando há múltiplas comparações. Nesta análise também considerou $p < 0,05$ como indicativo de diferença estatisticamente significativa.

7. RESULTADOS

O IP modificou-se significativamente entre T₀ e os momentos subsequentes, assim como entre os momentos T₁ e os subsequentes (p < 0,05). Da mesma forma, o IG diminuiu significativamente entre T₀ e os exames subsequentes, assim como entre T₁ e os exames subsequentes. Em relação ao parâmetro clínico hálito, houve uma diferença estatística entre o momento T₀ e os momentos subsequentes. Entretanto, os valores não se alteraram significativamente entre T₁, T₂ e T₃, mostrando que a higienização da língua é o que de fato modifica o hálito. (Tabela 1)

Tabela 1: Comparação dos valores do IP, IG e níveis de CSV (ppb) nos quatro momentos de avaliação.

Parâmetros	T0	T1	T2	T3
IP (DP)	49,55(25,66) ^b	32,56(21,43) ^a	22 (14,59) ^{a,,b}	16,20(10,36) ^{a, b}
IG (DP)	24,38(11,90) ^b	17,98 (11,32) ^a	12,57(9,14) ^{a,b}	9,06(5,71) ^{a,b}
CSV (ppb(DP)	261,81(113,65)	141,62(100,43) ^a	91,72(50,28) ^a	105,25 (67,25) ^a

^a Reduções significativas p < 0,05 em relação a T₀, teste de Friedman.

^b Reduções significativas p < 0,05 em relação a T₁, teste de Friedman.

DP Desvio padrão

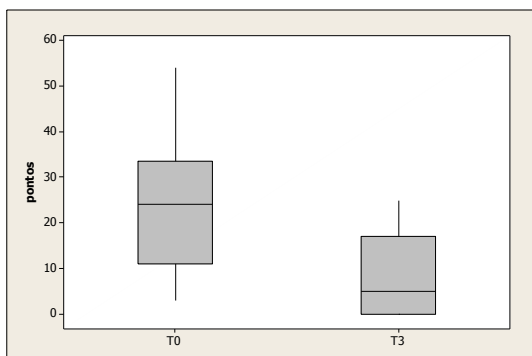
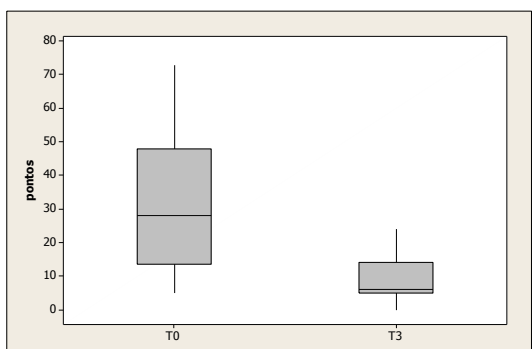
Em relação à profundidade de sondagem, houve uma diminuição estatisticamente significativa no percentual de bolsas com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 milímetros. (Tabelas 2)

Tabela 2: Comparação entre os valores do percentual de sítios com PS ≥ 5 mm antes e após o tratamento periodontal.

Parâmetros Clínicos	T ₀	T ₃
Percentual de sítios com PS > 5 mm*	12,36	7,75

*Reduções significativas p < 0,05, teste de Friedman.

Na avaliação da qualidade de vida dos participantes do estudo, a análise das respostas aos questionários OHIP-14 e HALT, foi estatisticamente significativa, permitindo observar que houve uma melhora na qualidade de vida após o tratamento periodontal (T₃) quando comparada com o momento inicial do estudo (T₀). (Gráficos 1 e 2)

Gráfico 1: Questionário OHIP-14 nos momentos T₀ e T₃.**Gráfico 2: Questionário HALT nos momentos T₀ e T₃.**

Os resultados dos parâmetros IP e IG, quando analisados nos momentos T₀ e T₃, T₁ e T₃ demonstraram não ter ocorrido uma correlação significativa com o parâmetro Halitose. Como também não foi observada uma correlação significativa para o parâmetro PS com o parâmetro Halitose, quando analisados nos momentos T₀ e T₃. (Tabela 3)

Tabela 3: Correlação entre os parâmetros clínicos (índice de placa, índice de sangramento e profundidade de sondagem) com a halitose.

Variáveis	Halitose	
	Coefficiente de Correlação	p-valor
T0		
Índice de Placa	-0,244	0,286
Índice de sangramento	0,244	0,286
Profundidade de Sondagem	0,337	0,185
T1		
Índice de Placa	0,164	0,529
Índice de sangramento	0,225	0,384
T3		
Índice de Placa	0,022	0,933
Índice de sangramento	-0,299	0,244
Profundidade de Sondagem	0,419	0,094

*Reduções significativas $p < 0,05$, Teste de Wilcoxon com correção de Bonferroni

Em relação aos questionários, OHIP-14 e HALT, há uma correlação entre eles quando comparados nos momentos T_0 e T_3 . (Tabela 4)

Tabela 4: Correlação entre os questionários OHIP-14 e HALT nos momentos T_0 e T_3 .

Variáveis	OHIP-14	
	Coefficiente de Correlação	p-valor
T0		
HALT	0,697	$p < 0,001^*$
T3		
HALT	0,660	0,004*

*Reduções significantes $p < 0,05$, Teste de Wilcoxon sem correção de Bonferroni

8. DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram uma redução estatisticamente significativa do IP, do IG, da prevalência de bolsas periodontais com PS maior ou igual a 5 mm, além dos níveis de compostos sulfurados voláteis. Isso traduz a melhora do quadro clínico esperada como resultado do tratamento periodontal.²³

A etapa inicial do tratamento, realizada em T₀, consistiu em instrução de higiene oral e limpeza da língua. Esta etapa foi responsável pela significativa e expressiva redução do IP, IG e níveis de CSV. Os procedimentos realizados em T₁, raspagem supragengival e remoção de fatores retentivos de placa, permitiram um incremento na diminuição do IP e do IG, mas não se pôde comprovar um impacto estatisticamente significativo na halitose. Desta forma, de todos os procedimentos executados, a instrução de higiene oral envolvendo a limpeza da língua foi a mais impactante para o hálito.

Apesar de se esperar que a halitose apresente uma melhora diretamente proporcional à diminuição dos depósitos de biofilme e da inflamação gengival, traduzidos pela diminuição do IP e do IG observados no presente estudo, estes índices não apresentaram correlação com os níveis de CSV. Pode-se então inferir que a redução estatisticamente significativa dos níveis de CSV ocorreu principalmente devido à limpeza da língua, o que está em acordo com estudos que sugerem um papel fundamental da saburra lingual na ocorrência da halitose.^{24, 25, 26, 27} Este é um dado que chama à atenção para a importância de se incluir nas sessões de motivação e de instrução de higiene oral orientadas pelo periodontista o esclarecimento sobre o papel da limpeza da língua na saúde, assim como orientação da técnica adequada.

Em relação à prevalência de bolsas periodontais com PS maior ou igual a 5 mm percebe-se uma redução ao final do tratamento, após a raspagem subgengival. Como não se observou uma diminuição dos níveis de CSV nesta fase do tratamento periodontal não cirúrgico este trabalho não comprovou o papel da bolsa periodontal na halitose. Este achado vai de encontro aos resultados do estudo de Morita e Wang (2001)²⁸ que após uma avaliação minuciosa da relação entre fluído sulcular, doença periodontal e halitose, concluíram que a halitose foi associada com bolsas periodontais moderadas. Por outro lado, esse mesmo estudo não comprovou a relação entre halitose e a presença de bolsas periodontais severas nem a perda óssea. Demonstraram ainda que a halitose se relaciona com a camada de impurezas da língua, com a doença periodontal e

com o índice de sangramento gengival, independentemente da profundidade da bolsa. Em um estudo anterior, Tonzetich (1978)²⁹, observou uma associação entre o número de sítios com PS > 3 mm com o aumento da formação de CSV. Por outro lado, o presente estudo corrobora com os resultados de Moreno *et al* (2005)²³ em que o tratamento da doença periodontal não teve influência sobre os níveis de CSV.

Os problemas bucais podem ser importantes para a qualidade de vida relacionada à saúde, porque os resultados dessa relação são vivenciados no cotidiano, trazendo impacto funcional, social e psicológico. A percepção individual da halitose costuma divergir quanto aos critérios daqueles utilizados pelos profissionais. Quando as pessoas percebem sua condição bucal, o fazem com certa precisão, entretanto, usando critérios diferentes dos profissionais. Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela doença.³⁰ O interesse de médicos e dentistas na QVRSB surgiu devido a três fatores: o papel ativo do paciente na escolha de seu tratamento, a necessidade de abordagem prática baseada em evidências e o fato de que muitos tratamentos não curam doenças crônicas. Desse modo, a QVRSB se torna uma importante variável do desfecho.

O conceito de qualidade de vida, além de compreender uma representação subjetiva da sensação de bem-estar, é multidimensional e inclui tanto dimensões positivas quanto negativas.^{31, 32, 33} Logo, em função dessas características, consolidou-se a ideia que os instrumentos de mensuração da qualidade de vida devem considerar a perspectiva das pessoas e das populações e não se restringir à perspectiva de profissionais de saúde e pesquisadores.³⁴

Neste trabalho os instrumentos usados para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram os questionários OHIP-14 e HALT. Esse tipo de questionário usado neste tipo de avaliação oferece uma perspectiva de que comprometimentos de saúde bucal são fortemente negativos e, como resultado, não consideram possíveis estratégias adaptativas e contextos culturais nos quais a incapacidade pode ou não ocorrer.

No questionário OHIP-14 a doença pode levar à limitação funcional ou pode trazer dor ou desconforto, tanto físico quanto psicológico. Tanto um quanto o outro podem ocasionar a incapacidade psicológica ou social que seria a limitação da habilidade de realizar atividades da vida diária. É o instrumento de avaliação de QVRSB com maior número de publicações internacionais e tem demonstrado validade em diferentes populações.^{15, 35} Trata-se de um formulário capaz de detectar uma associação entre a

incapacidade social e a necessidade percebida de tratamento. Esse questionário foi selecionado devido à grande confiabilidade em publicações internacionais na avaliação do impacto do tratamento oral na qualidade de vida dos pacientes, já tendo sido validado em uma população brasileira.¹⁷

Outros trabalhos usaram o OHIP-14 para avaliar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos pacientes.³⁶⁻³⁹ Ng & Leung³⁶ em um estudo envolvendo setecentos e sessenta e sete indivíduos com idades entre 25 e 64 anos, de diferentes níveis sociais e de escolaridade, verificaram que o impacto da doença periodontal na qualidade de vida, constatou a existência de uma associação significativa, corroborando com Cunha-Cruz *et al* (2007)⁴⁰ onde concluíram que, a doença periodontal impacta negativamente na qualidade de vida, mudando a concepção de que a periodontite crônica é uma doença silenciosa.

Embora o HALT ainda não tenha sido usado em trabalhos que avaliassem um tratamento odontológico e nem mesmo já tenha sido aplicado na população brasileira, os seus escores estavam correlacionados com os escores do OHIP-14.

A melhora dos escores obtidos com os questionários de qualidade de vida se deve provavelmente ao tratamento executado neste estudo, mas não se pode determinar que fatores impactassem nesta melhora. Outros trabalhos já demonstraram o papel positivo do tratamento periodontal na qualidade de vida dos pacientes.^{14, 36, 40, 41, 42} Por outro lado não se encontrou na literatura um estudo que tenha comprovado o papel da halitose na qualidade de vida dos indivíduos, embora já se tenha dito que a halitose pode resultar em insegurança, impactando no convívio social do indivíduo.⁴³

Embora não se saiba se a melhora dos padrões clínicos periodontais ou da halitose foram os maiores responsáveis pelos resultados mais favoráveis encontrados nos questionários, o presente trabalho observou que a execução do tratamento periodontal não cirúrgico em pacientes com periodontite crônica teve um impacto positivo em sua QVRSB.

9. CONCLUSÃO

Dentro das limitações do presente estudo, pode-se concluir que houve um impacto positivo do tratamento periodontal não cirúrgico na halitose e na qualidade de vida de pacientes com periodontite crônica. Os resultados ainda sugerem a relevância de se incluir a instrução de limpeza da língua nos procedimentos iniciais do tratamento.

ABSTRACT

This is a clinical trial that aims to evaluate the impact of non-surgical periodontal treatment on quality of life of patients with chronic periodontitis, observing, and clinical signs of disease and halitosis perception of patients regarding this condition in their quality of life. The work was seventeen patients selected among those who sought care in the clinics of the School of Dentistry EBMSP. Patients were evaluated at baseline, at pre-treatment (T₀), 15 days after the use of the scraper lingual oral hygiene guidelines (T₁), 15 days after the completion of supragingival scaling and removal of plaque retention factors (T₂), 30 days after the completion of subgingival scaling (T₃). The parameters plaque index (PI) and gingival bleeding index (GI) were recorded at T₀, T₁, T₂ and T₃, as well as the breath of these patients through the levels of volatile sulfur compounds measured with Halimeter (Halimeter, InterScan Corp., Chatsworth, CA). The probing depth (PD), bleeding on probing (BOP), and clinical attachment level (CAL) were measured at the times T₀ and T₃. Quality of life related to oral health of individuals was analyzed from the questionnaires OHIP-14 and HALT at T₀ and T₃. The results showed that clinical non-surgical periodontal treatment led to improvement in all clinical periodontal parameters. The breath showed a statistically significant improvement ($p < 0,05$) after the initial phase of treatment involving oral hygiene instruction with cleaning of the tongue. The scores of the OHIP-14 questionnaires and HALT demonstrated an improvement in the quality of life of patients after periodontal treatment with consequent reduction of halitosis.

Keywords: periodontal disease, halitosis, quality of life.

REFERÊNCIAS

1. Carranza FA, Takei HH, Newman MG. Periodontia Clínica. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 9ª Edição, 2004.
2. Bogdarsarin RS. Halitosis. Otolaryngologic Clinics of North America, 1986: 19: 101-117.
3. Albuquerque JAP *et al.* A importância do Cirurgião-Dentista na prevenção, diagnóstico e tratamento da halitose. Odontologia Clínico-Científica. 2004; 3 (3): 169-172.
4. Rio ANCD, Nicola EMD, Teixeira ARF. Halitose: proposta de um protocolo de avaliação. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2007; 73 (6): 24- 8.
5. Tárzia O. Halitose por saburra lingual. In: Paiva JS, Almeida RV. Peridontia: a atualização baseada em evidências científicas. São Paulo: Artes Médicas; 2005; 543-61.
6. Delanghe G, Ghyselen J, Bollen C, Van Steenberghe D, Vanderkerckhove BN, Feenstra L. An inventory of patients response to treatment at a multidisciplinary breath odor clinic. Quintessence International. 1999; 30 (50): 307-10.
7. Klokkevold PR. Oral malodor, a periodontal perspective. Oral Health. 1998; 22 (5): 35-42.
8. Tonzetich J. Production and origin of oral malodor: a review of mechanisms and methods of analysis. Journal of Periodontology. 1977; 48: 13-20.
9. Rosenberg M. Clinical assessment of bad breath: current concepts. Journal of the American Dental Association. 1996; 127: 475-482.
10. Van Steenberghe D. Breath Malodor a step-by-step approach. Quintessence Books 1st ed. Copenhagen; 2004.
11. Araújo ACS *et al.* Impact of periodontal disease on quality of life. Quintessence International. 2010; 41: 111-118.
12. Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHO-QOL): position paper from the World Health Organization. Social Science e Medicine. 1995; 41 (10): 1403-1409.

13. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *Journal of Dental Education*. 1990; 54 (11): 680-7.
14. Bajwa A *et al.* Health Control Beliefs and Quality of Life Considerations Before and During Periodontal Treatment. *Oral Health Prevent e Dentistry*. 2007; 2:101-104.
15. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1997; 25: 284-90.
16. Mehrstedt M, John MT, Tonnie S, Micheelis W. Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007; 35: 357–363.
17. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2005; 33(4):307-14.
18. Bekes K *et al.* Oral health-related quality of life in patients seeking care for dentin hypersensitivity. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2009; 36:45–51.
19. Guzeldemir E *et al.* Oral health–related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. *Journal of the American Dental Association*. 2009; 140: 1283-1293.
20. Armitage GC. Development of a classification system for periodontal disease and conditions. *Journal of Periodontology – Annals of Periodontology*. 1999; 4 (1): 1-6.
21. Lima LL, Ribeiro EDP, Fanton A, Sallum EA, Nociti Jr FH, Casati MZ. Estudo do conhecimento de cirurgiões-dentistas sobre espaço biológico. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 2006; 60 (3): 197-200.
22. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *International Journal of Dentistry*. 1975; 25(4): 229-35.
23. Moreno T *et al.* Tratamento da periodontite agressiva e alterações nos compostos sulfurados voláteis. *Revista Odonto Ciência*. 2005; 20 (49): 217-221.

24. Yaegaki K, Sanada K. Biochemical and clinical factors influencing oral malodor in periodontal patients. *Journal of Periodontology*. 1992; 63: 783-9.
25. Miyazaki H *et al.* Correlation between volatile sulphur compounds and certain oral health measurements in the general population. *Journal of Periodontology*. 1995; 66: 679-84.
26. Loesche WJ, Kazor C. Microbiology and treatment of halitosis. *Periodontology*. 2002; 28: 256-79.
27. Rosenberg M. Bad breath and periodontal disease, how related are they? *Journal Clinical of Periodontology*. 2006; 33: 29–30.
28. Morita M, Wang H-L. Association between oral malodor and adult periodontitis: a review. *Journal Clinical of Periodontology*. 2001; 28: 813-19.
29. Tonzetich J. Oral malodor: an indicator of health status and oral cleanliness. *Int Den J*. 1978; 28: 309-19.
30. Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Associação Entre Percepção De Saúde Bucal E Indicadores Clínicos E Subjetivos: Estudo Em Adultos De Um Grupo De Educação Continuada Da Terceira Idade. *UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa*. 2003; 9 (3/4): 55-65.
31. World Health Organization. WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization; 1997.
32. Assumpção Jr. FB, Kuczynski E, Sprovieri MH, Aranha EMG. Escala de avaliação de qualidade de vida: (AUQEI – Autoquestionnaire Qualité de Vie Enfant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2000; 58: 119-27.
33. McGrath C, Broder H, Wilson-Genderson M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2004; 32: 81-5.
34. Seidl EM, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20: 580-8.
35. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Ora Health Impact Profile. *Community Dental Health*. 1994; 11 (1): 3-11.

36. Ng SKS, Leung WK. Oral health-related quality of life and periodontal status. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2006; 34 (2): 114- 22.
37. Araújo ACS, Gusmão ES, Jovino-Silveira RC. Impacto das periodontites na qualidade de vida. *Periodontia*. 2006; 16 (1): 83- 7.
38. Santana TD, Costa FO, Zenobio EG, Soares RV, Santana TD. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007; 23 (3): 637-44.
39. Loureiro ACA, Costa FO, Costa JE. The impact of periodontal disease on quality of life of individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*. 2007; 12 (1): 50-4.
40. Cunha-Cruz J, Hujoel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *Journal of Periodontal Research*. 2007; 42 (2): 169- 76.
41. 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.
42. Ozcelik O, Haytac MC, Seydaoglu G. Immediate post-operative effects of different periodontal treatment modalities on oral health-related quality of life: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Periodontology* 2007; 34: 788–796.
43. Mantovani ACA, Grigoletto ARL. Halitose: uma questão de saúde pública. *Brazilian Journal of Health*. 2010; 1 (3): 186-192.

ANEXO 1- Aprovação e publicação da Revista PerioNews referente ao Manuscrito I.

ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa referente ao Manuscrito II.

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / Fundação Bahiana Desenvolvimento das Ciências

PROJETO DE PESQUISA

Título: Avaliação do impacto do tratamento periodontal conservador na halitose e na qualidade de vida

Área Temática:

Pesquisador: Mônica Dourado Silva Barbosa

Versão: 1

Instituição: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

CAAE: 04294412.9.0000.5544

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 74102

Data da Relatoria: 25/07/2012

Apresentação do Projeto:

A halitose refere-se a uma alteração do hálito de origem local ou sistêmica caracterizada pela emanção de odores fétidos pela boca, causando constrangimento tanto para quem a possui como para as pessoas com as quais o indivíduo convive. Constitui uma queixa comum, de ocorrência mundial, que afeta adultos de ambos os sexos e em qualquer faixa etária, apresentando uma etiologia multifatorial, embora o seu principal fator causador seja a decomposição de matéria orgânica, provocada por bactérias anaeróbias proteolíticas da cavidade oral. Diversas são as etiologias atribuídas à halitose. Em sua maioria, cerca de 90% dos casos, as alterações odoríferas são de origem estomatológica, ou seja, iniciam-se na boca, principalmente em decorrência da saburra lingual, da gengivite e da periodontite. O conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde oral (OHRQoL) leva à investigação da percepção subjetiva do paciente sobre seu nível de saúde oral. Vários instrumentos foram desenvolvidos com o objetivo de identificar e avaliar como problemas orais interferem na vida dos indivíduos, influenciando sua qualidade de vida. Entre estes instrumentos o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14), uma versão reduzida da versão OHIP-49, tem sido amplamente usado na língua inglesa, tendo sido adaptado e validado também na língua portuguesa. Já o HALT (Halitosis Associated Life-Quality Test) é um questionário composto por 20 itens que envolvem questões físicas, emocionais e limitações funcionais, além de deficiências pessoais e sociais, voltados especificamente para a Halitose.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a percepção dos pacientes em relação da doença periodontal e a halitose

Objetivo Secundário:

- Validar e aplicar os questionários Halitosis Associated Life- quality Test (HALT) na nossa cultura- Aplicar o questionário Oral Health Impact Profile

(OHIP) em pacientes submetidos a tratamento periodontal- Avaliar o efeito da terapia periodontal e higienização da língua sobre os níveis de formação de CSV em pacientes portadores de doença periodontal.- Correlacionar halitose com doença periodontal e halitose e sobre a autopercepção dos indivíduos- Verificar benefícios das etapas da terapia periodontal sobre a halitose.

Riscos:

Poderá haver um pequeno desconforto após raspagem subgengival, como em qualquer outra raspagem. Não apresentando riscos inerentes aos pacientes envolvidos na Pesquisa.

Benefícios:

Entender os benefícios subjetivos do tratamento periodontal, procurando oferecer aos pacientes um tratamento com uma visão mais completa do indivíduo. Desta forma se poderá observar não apenas valores objetivos de exames clínicos, mas também a melhora da qualidade de vida do paciente tratado. Além disso, este conhecimento poderá também reforçar a importância da prevenção da doença periodontal e da halitose.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trinta pacientes com doença periodontal e queixa de halitose serão tratados, avaliando-se suas condições clínicas periodontais, seus níveis de halitose e sua autopercepção antes e após o tratamento periodontal não-cirúrgico. Além dos questionários sobre qualidade de vida, o exame clínico envolverá medidas de profundidade clínica de sondagem, posição da margem gengival, nível de inserção clínica, índice de placa e índice de sangramento gengival. Os níveis de liberação de compostos sulfurados voláteis medidos com o HALIMETER serão medidos como forma objetiva de avaliação do hálito. Todos estes parâmetros serão aferidos não apenas antes e após o tratamento periodontal como também após cada etapa do tratamento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios apresentados foram adequados.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Roseny Ferreira

ANEXO 3 – Questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

DIMENSÕES	PERGUNTAS	NUNCA A (0)	QUASE NUNCA (1)	Às vezes (2)	Com razoável frequência (3)	Muito frequente (4)
Limitação Funcional	1. Tem tido dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	2. Tem sentido o gosto dos alimentos alterado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Dor Física	3. Tem sentido dores fortes em sua boca?					
	4. Tem sentido incômodo ao comer algum alimento?					
Desconforto Psicológico	5. Tem se sentido constrangido devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	6. Tem se sentido tenso devido a problema com seus dentes, boca ou dentadura?					
Desabilidade Física	7. Sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	8. Teve que interromper sua alimentação devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Desabilidade Psicológica	9. Tem tido dificuldade de relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	10. Tem-se sentido um pouco envergonhado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Desabilidade Social	11. Tem-se sentido um pouco irritado com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					

	12. Tem tido dificuldade de realizar tarefas diárias devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Limitação Física	13. Tem sentido menos satisfação com a vida em geral devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	14. Tem-se sentido totalmente incapaz devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					

ANEXO 4 – Questionário Halitosis Associated Life-Quality Test (HALT).

PERGUNTAS	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Você costuma respirar pelo nariz?						
2. Apresenta infecções nas amígdalas frequentemente?						
3. Apresenta infecções nos seios da face, tipo sinusite frequentes?						
4. Fica preocupado com sua respiração bucal?						
5. Fica tenso ou irritado devido ao mau hálito?						
6. Apresenta dificuldades para mastigar certos alimentos, limitando-se de comer algo devido ao mau hálito?						
7. Sentiu que houve alteração no sabor dos alimentos?						
8. Houve problemas ao falar com as pessoas (ou tapar a boca) devido ao mau hálito?						
9. O mau hálito afetou sua aparência?						
10. Você acha que apresenta uma aparência deprimida (com olheiras abaixo dos olhos) devido à respiração bucal?						
11. Você apresenta problemas de concentração devido ao mau hálito?						
12. Alguma vez ficou constrangido por causa do mau hálito?						
13. Alguma vez ficou preocupado em tratar o mau hálito?						
14. Em relação ao mau hálito, já se manteve distante ao falar com as pessoas?						
15. Já deixou de sair por causa do mau hálito?						
16. Já houve problema para se comunicar com as pessoas por causa do mau hálito?						
17. Alguém já disse que VOCÊ tem mau hálito?						
18. Por causa do mau hálito, houve alguma perda financeira?						
19. Por causa do mau hálito, alguém já se distanciou de você? Terminou um relacionamento?						
20. Alguma vez, ficou insatisfeito (a) com a vida devido ao mau hálito?						

ANEXO 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Título da Pesquisa: Avaliação do impacto do tratamento periodontal não cirúrgico na halitose e na qualidade de vida.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Avaliação do impacto do tratamento periodontal não cirúrgico na halitose e na qualidade de vida”.

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

O Sr (a) está sendo convidado para participar da pesquisa “Avaliação do impacto do tratamento periodontal não cirúrgico na halitose e na qualidade de vida” com objetivo de verificar se existe relação entre qualidade de vida, mau hálito e a doença periodontal. Esse tema é importante, pois o mau hálito é uma condição comum e este estudo pretende auxiliar na descoberta de mais uma inter-relação para facilitar o seu diagnóstico e tratamento. O estudo será realizado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Cada participante deste trabalho fornecerá seus dados de identificação, saúde geral e bucal, e permitirá que sejam realizados exames dos dentes e da gengiva. Nós garantimos que seus dados serão mantidos sob sigilo e não serão expostos ao público. Este estudo será realizado da seguinte forma: Os participantes serão agendados para primeira consulta para receber as orientações, preenchimento da ficha clínica com dados laboratoriais e físicos. As orientações serão dadas verbalmente e por escrito em relação à alimentação, ao uso de bebidas alcoólicas, perfumes, desodorantes e higiene oral. Na segunda consulta será realizado um exame visual da língua, o teste do hálito e avaliação da saliva. A avaliação do hálito será realizada com um aparelho portátil, no qual será colocado um canudo descartável na boca e o aparelho irá aspirar o ar e registrar uma medida no seu visor. A saliva também será coletada. Para isso, o participante utilizará uma pastilha de parafina, sem gosto para estimular o fluxo salivar que em seguida será coletado em copo descartável onde será medida a quantidade da mesma. Não será necessário afastamento do trabalho. Os participantes receberão tratamento para halitose e doença periodontal quando diagnosticado e acompanhamento. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas. Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Não haverá remuneração aos participantes.

Se houver qualquer necessidade contatar Dra. Ana Laura Hora (71-92453916) e Prof^a. Dr^a. Mônica Dourado.

Fundação Bahiana para o desenvolvimento das ciências

Endereço: Avenida Silveira Martins, 3386 Cabula- Salvador- Bahia

CEP: 41150-100 Fone: (71) 3257-8209 Fax: (71) 3257-8230

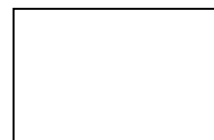
Este termo é composto de duas vias de igual conteúdo, sendo a primeira para arquivamento pelo pesquisador e a segunda para o paciente ou seu representante legal.

Eu,.....dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

Salvador, ____/____/

Assinatura do participante

Pesquisadores Responsáveis



Assinatura da testemunha
para impressão digital

Local

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 274 – Brotas - CEP. 40.285-01- Salvador-BA. Tel.:(71) 2101-1900

ANEXO 6 - Recomendações para realizar o exame do hálito.

Durante a realização do tratamento, **NÃO** deve haver mudanças no dentifrício utilizado, **NEM** a utilização de enxaguatórios bucais.

Na noite anterior as medições de hálito, **NÃO** ingerir comidas picantes, com alho ou ceboladas e evitar bebidas alcoólicas.

Na manhã em que serão feitas as medidas do hálito:

1. **NÃO** escovar os dentes;
2. **NÃO** passar fio dental;
3. **NÃO** limpar a língua;
4. **NÃO** utilizar qualquer produto enxaguatório na boca;
5. **NÃO** comer nem beber;
6. **NÃO** mascar chicletes ou balas de qualquer tipo;
7. **NÃO** passar perfume;
8. **Evitar** cosméticos no cabelo que possam liberar perfumes;
9. **NÃO** utilizar cremes hidratantes, ou para os homens, loção pós-barba;

Lembre-se que a sua participação no exame é muito importante. Mas para que seja realizado um bom trabalho, é necessário que todas as regras sejam cumpridas.

Profa. Mônica Dourado Silva Barbosa - TELEFONE: (071) 3353-2178

Pesquisadora: Ana Laura Hora Menezes Batista – TELEFONE: (071) 9245-3916

ANEXO 7 - Questionário Inicial.

Nome: _____ Idade: _____

Endereço: _____

Fones: _____ Data: _____

1. Você acha que tem mau hálito? _____
2. Em que momentos do dia você percebe que possui? _____
3. Você limpa a língua? _____
4. Você se considera estressado? _____
5. Você faz regime? _____
6. Você faz uso de algum enxaguatório bucal? _____

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO			SIM	NÃO
Você tem diabetes? Sua glicemia está sob controle?				
Você se submeteu a tratamento periodontal nos últimos 6 meses?				
Você é fumante?				
Você costuma beber muito?				
Você possui gastrite, úlcera ou refluxo?				
Nos últimos 6 meses usou antibióticos?				
Sofre de amigdalite, sinusite ou rinite?				
Você foi submetido à radioterapia ou quimioterapia nos últimos 6 meses?				
Usa prótese parcial ou total removíveis?				
Você está usando alguma medicação atualmente?				
Quais?				
OBS.:				
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO				
Mín. 8 sítios P.S. ≥ 5mm + S.S.	20 dentes	CSV ≥ 200		
OBS.:				

MEDIDAS DO HÁLITO

Medida 1: _____ ppb Medida 1: _____ ppb Medida 1: _____ ppb

Medida 2: _____ ppb Medida 2: _____ ppb Medida 2: _____ ppb

Medida 3: _____ ppb Medida 3: _____ ppb Medida 3: _____ ppb