

Estudo de caso-controlo dos impactos na auto-percepção da saúde oral em diabéticos tipo 2

José Frias-Bulhosa¹, Maria Conceição Manso², Carla Lopes Mota³, Paulo Melo⁴

¹FCS-UPP; ISPUP (Departamento de Saúde Pública Oral)

²FCS-UPP, FP-ENAS; LAQV/REQUIMITE, UP

³Médica Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Barão do Corvo, ACES Gaia.

⁴FMDUP; ISPUP (Departamento de Saúde Pública Oral); *Epidemiology Research Unit (EPIUnit)*.

INTRODUÇÃO: A saúde é um conceito multidimensional que actualmente implica uma conjugação entre a auto-percepção da saúde por parte dos indivíduos e a avaliação clínica normativa realizada pelos profissionais de saúde. Resulta da associação entre conceitos objectivos e subjectivos que se exprimem de forma dinâmica ao longo da vida dos indivíduos e em função das condições de saúde vivenciadas no passado e percebidas no presente^{1,2}.

A saúde oral é um dos domínios da saúde geral e inclui a capacidade funcional, bem-estar físico, estabilidade emocional e uma boa interacção sócio-familiar^{2,3}.

Vários estudos⁴⁻⁷ tem contribuído para uma melhor evidência da relação entre a saúde oral e a patologia sistémica cuja origem advém de processos infecciosos e inflamatórios crónicos.

OBJECTIVO: Avaliar diferenças na auto-avaliação da saúde oral entre pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e sem diabetes (nDM2) e explorar as condições de saúde geral e oral, associadas à avaliação da auto-percepção de impactos na saúde oral.

METODOLOGIA: Após aprovação da Comissão de Ética da ARS-N determinou-se uma amostra aleatória simples, com base na população inscrita com DM2 na USF de Espinho para recolha de consentimento informado e posterior convite à participação voluntária, paralelamente, entre os outros utentes presentes na USF e sem diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 (nDM2), foi igualmente feito o convite para participação.

Dados de clínica analítica e de saúde oral (índices CPOd e CPI) foram colectados segundo critérios da DGS e da OMS, respectivamente; para auto-avaliação de saúde oral foi realizada a pergunta “Como avalia o seu estado de saúde oral?” admitindo respostas numa escala de Likert de 5 pontos (1-muito má a 5-muito boa).

A análise estatística foi realizada com recurso ao IBM SPSS® Statistics v.25 (IBM® Corporation), tendo sido realizados testes *t-student* para comparação entre médias e nas variáveis categóricas recorreu-se aos testes não-paramétricos de Qui-quadrado; nas co-variáveis mais relevantes a comparação da medida de tendência central baseou-se nas medianas, utilizando testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis ($\alpha=0,05$). A regressão logística multivariada (RLM) foi utilizada como modelo preditivo para identificar factores de risco e de protecção de auto-percepção da saúde oral menos do que “mediana” (ie, “má” ou “muito má”) considerando $p<0,05$ para entrada e $p>0,10$ para saída de variáveis.

RESULTADOS e DISCUSSÃO:

Participaram 343 adultos com DM2 de 323 nDM2 (Tab. 1). A maioria dos participantes foi do género feminino (56,9%), a média de idade da amostra foi de $67,8 \pm 9,8$ (DM2) e de $59,8 \pm 14,2$ (nDM2) anos tal como em outros estudos nacionais⁸.

Os pacientes DM2 autoavaliam significativamente pior a sua saúde oral do que os nDM2 ($p<0,001$), avaliando mais frequentemente e de forma significativa ($p<0,001$) as percepções de “má” ou “muito má”, corroborando outros estudos.⁹⁻¹²

Nos nDM2, a RLM (Tab. 2) mostrou que a presença de ≥ 20 dentes é um factor de protecção para auto-percepção da saúde oral como “má” ou “muito má”, isto é, ter 20 ou mais dentes está associado positivamente a uma auto-percepção de melhor saúde oral; já a presença de cálculo (OR=3,55, $p=0,049$) ou bolsas periodontais (OR=4,32, $p=0,025$) são factores de risco para uma auto-percepção de pior saúde oral; entre os DM2 é a duração da diabetes, consumo de tabaco, ter pelo menos um dente perdido, pelo menos um dente obturado, CPOd > 0 , uso de prótese removível ou não reabilitação são factores de risco para auto-avaliação como “muito má” ou “má” saúde oral e o número de dentes ≥ 20 como factor protector.

Tabela 1- Estatísticas (n (%) e média \pm dp) das variáveis de saúde geral e saúde oral e auto-percepção segundo os grupos nDM2 ou DM2.

	nDM2 n=323	DM2 n=343	P	
Saúde Geral				
IMC	Baixo peso ou normal	125 ^a (38,7)	53 ^b (15,5)	<0,001
	Pré-obeso	123 ^b (38,1)	163 ^a (47,5)	
	Obeso	75 ^c (23,3)	127 ^a (37,0)	
Consumo Tabaco	62 ^a (19,2)	24 ^b (7,0)	<0,001	
HTA	109 ^b (33,7)	184 ^a (53,6)	<0,001	
Dislipidémia controlada	16 ^a (5,0)	299 (87,2)	<0,001	
HbA1c	DM2 Controlada	240 ^a (70,0)	<0,001*	
	DM2 não controlada	103 ^b (30,0)		
Duração da DM2	≤ 5 anos	120 (35,0)	0,767	
	> 5-10 anos	109 (31,8)		
	> 10 anos	114 (33,2)		
Saúde Oral				
CD	n (%)	235 ^a (72,8)	215 ^b (62,9)	0,006
	média \pm dp	2,0 ^b \pm 2,7	2,8 ^a \pm 2,9	
PD	n (%)	293 ^b (90,7)	323 ^a (94,7)	0,046
	média \pm dp	13,0 ^a \pm 9,6	9,8 ^b \pm 8,9	
OD	n (%)	238 ^a (73,7)	213 ^b (62,3)	0,002
	média \pm dp	2,7 ^b \pm 2,9	3,3 ^a \pm 3,3	
CPOD	n (%)	319 (98,8)	336 (98,2)	0,585
	média \pm dp	17,7 ^a \pm 8,3	15,9 ^b \pm 7,8	
CPI	Normal	14 ^a (4,8)	2 ^b (0,7)	0,006
	Sangramento	57 (19,7)	49 (18,0)	
	Cálculo	109 (37,6)	96 (35,3)	
bolsas ≤ 6 mm	3 mm \leq bolsas <6 mm	71 (24,5)	65 (23,9)	0,006
	bolsas ≥ 6 mm	39 ^b (13,4)	60 ^a (22,1)	
	Recessão Gingival	257 ^b (87,7)	270 ^a (95,7)	
Nº dentes ≥ 20	190 ^b (58,8)	150 ^a (43,9)	<0,001	
Edentulismo total	29 ^b (9,0)	54 ^a (15,7)	<0,001	
Prótese Mandibular	Não	231 ^a (71,5)	212 ^b (61,8)	0,007
	Removível	83 ^b (22,9)	116 ^a (26,8)	
	Fixa	9 (2,8)	15 (4,4)	
Prótese Maxilar	Não	203 ^a (62,8)	174 ^b (50,7)	0,027
	Removível	101 ^b (26,6)	144 ^a (35,6)	
	Fixa	19 (5,9)	25 (7,3)	
Prótese Maxilar e Mandibular	Não	193 ^a (59,8)	164 ^b (47,8)	0,003
	Removível	106 ^b (32,8)	147 ^a (42,9)	
	Fixa	12 ^b (3,7)	25 ^a (7,3)	
Auto-Percepção de Saúde Oral	Removível ou fixa	12 (3,7)	7 (2,0)	
	Muito má ou má	133 (41,2)	160 (46,6)	
Como Classifica a sua SO?	Mediana	125 ^a (38,7)	101 ^b (29,4)	0,041
	Bom ou muito boa	65 (20,1)	82 (23,9)	

Valores de p segundo o teste de Qui-quadrado ou ** teste Binomial, ou *** teste Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis conforme o tipo de variável; * - b - letras diferentes mostram diferenças significativas segundo método de Bonferroni de acordo com teste aplicado

Tabela 2- Modelo de Regressão Logística Multivariada para auto-percepção de saúde oral “má ou muito má”, segundo os grupos nDM2 ou DM2.

Variáveis	Auto-percepção de Saúde Oral “mediana, má ou muito má”			
	p	nDM2 OR (95%CL)	p	DM2 OR (95%CL)
Consumo de Tabaco			0,065	4,63 (0,91-23,54)
HO diária	0,056	0,38 (0,14-1,03)		
PD > 0	0,051	2,31 (0,99-5,38)	0,003	7,55 (2,03-28,07)
Nº de dentes ≥ 20	0,001	0,22 (0,09-0,56)	<0,001	0,09 (0,04-0,18)
CPI (normal)	0,050	1		
CPI (sangramento)	0,332	1,87 (0,53-6,59)		
CPI (cálculo)	0,049	3,55 (1,01-12,47)		
CPI (bolsas > 3 mm)	0,025	4,32 (1,20-15,55)		
Constante	0,133	4,20	0,336	2,04
Variáveis incluídas no 1º HO diária modelo de análise : HO diária de manhã HO diária à noite PD > 0 CPI (cálculo ou bolsas periodontais) Nº de dentes presentes ≥ 20 Edentulismo Total Edentulismo não reabilitado Reabilitação Removível				Duração da DM2 Consumo de Tabaco PD > 0 OD > 0 CPOD > 0 Edentulismo não reabilitado Reabilitação removível Nº dentes presentes ≥ 20 Edentulismo Total
Qualidade do modelo				
Previsão correcta do modelo (%)	81,0%		80,1%	
Área sob a curva ROC	p <0,001	AUC ROC (95%CL) 0,77 (0,71-0,84)	p <0,011	AUC ROC (95%CL) 0,81 (0,75-0,86)

CONCLUSÕES:

- A prevalência de patologia oral em ambos os grupos é elevada, apresentando os DM2 maior debilidade na respectiva saúde oral.
- Este estudo confirma a hipótese que existem diferenças na auto-percepção da respectiva saúde oral entre os DM2 e os nDM2.
- Indivíduos com DM2 mostraram uma auto-percepção de pior saúde oral do que os nDM2, classificando-a mais frequentemente como “má” ou “muito má”.
- Será admissível considerar que a inclusão de cuidados de saúde oral numa fase precoce, logo após o diagnóstico da DM2 poderia minimizar a percepção de impactos negativos.

BIBLIOGRAFIA:

- Lerner H e col. The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health? *Infect Ecol Epidemiol*. 2015; 5:25300
- Cohen G e col. Interpreting self-reported limiting long term illness. *Br Med J*. 1995; 311: 722-24.
- Glick M e col. A new definition for oral health developed by the FDI opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J*. 2016; 66(6):322-24.
- Baiju R e col. Oral health and quality of life: current concepts. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(6):ZE21-ZE26.
- Mauri-Obradors E e col. Oral manifestations of Diabetes Mellitus. A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2017;22(5):e586-e594.
- Sanz M e col. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the IDF and the EFP. *Diabetes Res Clin Pract*. 2018; 137:231-41.
- Reyes L e col. Periodontal Bacterial invasion and infection: contribution to atherosclerotic pathology. *J Periodontol*. 2013. 84 (supl 4):S30-50.
- Santos S e col. Qualidade de vida e fatores associados na diabetes mellitus tipo 2: estudo observacional. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015; 31(3): 186-96.
- Irani FC e col. Impact of periodontal status on oral health-related quality of life in patients with and without type 2 diabetes. *J Dent*. 2011; 43(5):506-11.
- Mourão LC e col. Impact of well-controlled type 2 diabetes mellitus on quality of life of chronic periodontitis patients. *J Indian Soc Periodontol*. 2016;20(6): 623-26.
- Sandberg GE e col. A controlled study of oral self-care and self-perceived oral health in type 2 diabetic patients. *Acta Odontol Scand*. 2001;59(1):28-33.
- Maia FB e col. Tooth loss in middle-aged adults with diabetes and hypertension: Social determinants, health perceptions, oral impact on daily performance (OIDP) and treatment need. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(2):e203-e210.