

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE

LUANA TAQUES

ENTENDIMENTO SOBRE DOENÇAS CARDÍACAS, CONDIÇÃO BUCAL E
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES CARDIOPATAS ATENDIDOS EM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PONTA GROSSA
2020

LUANA TAQUES

ENTENDIMENTO SOBRE DOENÇAS CARDÍACAS, CONDIÇÃO BUCAL E
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES CARDIOPATAS ATENDIDOS EM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em ciências da saúde pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Área de concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde. Linha de pesquisa: Investigação laboratorial, pré-clínica e clínica de doenças

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Thaís Pochapski

PONTA GROSSA
2020

T175 Taques, Luana
Entendimento sobre doenças cardíacas, condição bucal e qualidade de vida em pacientes cardiopatas atendidos em hospital universitário / Luana Taques. Ponta Grossa, 2020.
77 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde - Área de Concentração: Atenção Interdisciplinar em Saúde), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Thaís Pochapski.

1. Saúde bucal. 2. Odontologia. 3. Doença coronariana. 4. Qualidade de vida. I. Pochapski, Márcia Thaís. II. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Atenção Interdisciplinar em Saúde. III.T.

CDD: 617.601

LUANA TAQUES

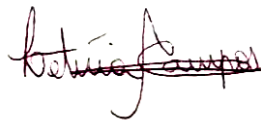
**ENTENDIMENTO SOBRE DOENÇAS CARDÍACAS, CONDIÇÃO BUCAL E
QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES CARDIOPATAS ATENDIDOS EM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.**

Dissertação apresentada para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde na
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Atenção Interdisciplinar em Saúde.

Ponta Grossa, 30 de março de 2020.



Profa. Dra. Márcia Thaís Pochapski–Orientadora
Doutora em Odontologia
Universidade Estadual de Ponta Grossa



Profa. Dra. Letícia Antonelo Campos
Doutora em Odontologia
Unicesumar



Profa. Dra. Dionizia Xavier Scomparin
Doutora em Ciências Biológicas
Universidade Estadual de Ponta Grossa

Dedico este trabalho



À Laura, por me dividir com tantas coisas e pessoas e trabalhos e
pacientes, desde sempre.

À Marina, por toda a força que a sua chegada me mostrou que eu tenho, em
aspectos que eu nem ousava imaginar.

Ao Paulo, pela força que ele me mostrou ter (e que essa etapa exigiu
florescer).

À minha mãe Dirlene e minha sogra Nelci, meu pai Ubaldino e meu sogro
Leonides, por toda a contenção na rotina da vida. Não sei o que faríamos
sem vocês.

Em memória do meu amigo David, porque me imaginou exatamente neste
lugar e eu gostaria que ele estivesse aqui pra ver isso acontecer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a oportunidade oferecida pela Universidade Estadual de Ponta Grossa; a realização do mestrado sempre havia sido um sonho que foi passível de realização graças à oferta de um programa que se adapta à vida de discentes que trabalham.

Agradeço, ainda, a oportunidade de conhecer professores tão bons e motivados a passar adiante a excelência em saúde e educação. Cito alguns que me marcaram: Pollyana Borges, Erildo Vicente Muller, Eduardo Bauml Campagnoli, Marcelo Carlos Bortoluzzi, Paulo Vitor Farago, Ricardo Zanetti, Elise Reis. Obrigada pelos ensinamentos e pelo amor com que nos ensinaram.

Um obrigada enorme à minha orientadora Dra Márcia Thais Pochapski, sempre tão solícita e compreensiva, dando todo apoio para que tudo acontecesse. Não diferente disso foi o Dr Fábio André dos Santos, sempre nos dando todo o suporte imaginável. Meu muito obrigada, de coração.

Aos pacientes que foram amostra para esta pesquisa; ao hospital universitário Regional dos Campos Gerais; ao Lauro e à Lourdes pela coleta dos dados: obrigada!

Mãe e Nelci, pelas fraldas trocadas, banhos dados, comidas feitas, braços cansados, roupas lavadas, deveres de casa auxiliados e noites mal dormidas: obrigada!

Paulo, por toda mamadeira da noite, compra feita, chão limpo, almoço do lado do computador, meninas fora de casa em prol do silêncio, suporte financeiro, colo nas crises e, principalmente, por ter crescido e se fortificado tanto por nós: obrigada!

Às tantas pessoas que me ajudam nesta jornada, seja por meio de atos, palavras, pensamentos ou energia: minha gratidão!

*“A educação é a arma mais poderosa que
você pode usar para mudar o mundo”*

Nelson Mandela

RESUMO

TAQUES, L. **Entendimento sobre doenças cardíacas, condição bucal e qualidade de vida em pacientes cardiopatas atendidos em hospital universitário.** Ponta Grossa, 2020. Dissertação (Mestrado em Ciências da saúde). Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Doenças do sistema cardiovascular são a principal causa mundial de morte e afetam o sistema de saúde elevando as taxas de mortalidade, de morbidade e os custos em saúde. Cardiopatas tem sua qualidade de vida prejudicada em diferentes aspectos e este trabalho tem o objetivo de analisar essa associação com as condições sociodemográfica, periodontal e com o nível de compreensão sobre doenças cardíacas. Trata-se de um estudo transversal, com amostra não probabilística de 118 pacientes com doença cardiovascular em acompanhamento ambulatorial. Realizado em Ponta Grossa, PR, BR, entre novembro de 2018 e novembro de 2019. Foram utilizados o exame periodontal e os questionários CADE-Q SV, SF-36 e OHIP-14. Na análise dos dados, foram utilizados os testes *t-Student* e correlação de *Pearson*, com nível de significância de 5%. Os resultados revelaram que o grupo possui um nível médio e baixo de conhecimento sobre doença arterial coronariana, qualidade de vida média e alta qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Houve associação significativa mostrando que quanto maior é a qualidade de vida experimentada pelo cardiopata, menor é o impacto que a saúde bucal tem nesse aspecto. Concluímos que não há diferença no grau de conhecimento sobre cardiopatia de acordo com idade, sexo e qualidade de vida. Melhores resultados de qualidade de vida estão associados a um menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE Doença coronariana. Qualidade de vida. Saúde bucal. Odontologia.

ABSTRACT

TAQUES, L. Understanding about heart diseases, oral condition and quality of life in patients with heart disease attended in a university hospital. Ponta Grossa, 2020. Dissertation (Master Degree in Health Sciences). Ponta Grossa State University.

Diseases of the cardiovascular system are the main worldwide cause of death and affect the health system, increasing mortality rates, morbidity and health costs. Cardiopaths have their quality of life impaired in different aspects and this study aims to analyze this association with sociodemographic, periodontal conditions and the level of understanding about heart disease. This is a cross-sectional study, with a non-probabilistic sample of 118 patients with cardiovascular disease undergoing outpatient follow-up. Held in Ponta Grossa, PR, BR, between November 2018 and November 2019. Periodontal examination and the CADE-Q SV, SF-36 and OHIP-14 questionnaires were used. In the data analysis, the t-Student and Pearson correlation tests were used, with a significance level of 5%. The results revealed that the group has a medium and low level of knowledge about coronary artery disease, average quality of life and high quality of life related to oral health. There was a significant association showing that the higher the quality of life experienced by the cardiac patient, the smaller the impact that oral health has in this aspect. We conclude that there is no difference in the degree of knowledge about heart disease according to age, sex and quality of life. Better quality of life results are associated with less impact of oral health on quality of life.

KEYWORDS Coronary heart disease. Quality of life. Oral health. Dentistry.

LISTA DE TABELAS

TABELA 5-1 - Concordância intra e interexaminador para os parâmetros periodontais RG, PCS e PCI	40
TABELA 5-2 - Representação dos parâmetros clínicos bucais avaliados, com mínimo, máximo, média e desvio padrão	42
TABELA 5-3 - Grau de conhecimento sobre cardiopatias obtido com o CADEQ SV (Questionário para educação do paciente coronariano) de acordo com a idade, gênero e qualidade de vida	44
TABELA 5-4 - Qualidade de vida geral (SF-36) em pacientes cardiopatas de acordo com a idade, impacto da saúde bucal na qualidade vida (OHIP-14), escolaridade e renda familiar	45
TABELA 5-5 - Impacto da saúde bucal na qualidade vida (OHIP-14) em pacientes cardiopatas de acordo com a idade, gênero, escolaridade e qualidade de vida geral (SF-36)	46
TABELA 5-6 - Parâmetros clínicos bucais (Media%±DP) dos indivíduos cardiopatas de acordo com CADEQ SV (Questionário para educação do paciente coronariano), OHIP-14 (Impacto da saúde bucal na qualidade de vida) e SF36 (<i>Short form</i> – 36).....	47
TABELA 5-7 - Correlação entre os instrumentos utilizados para mensurar qualidade de vida (SF-36), impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) e questionário para educação do paciente coronariano (CADE-Q SV)	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DAC – Doença arterial coronariana

WHO – World Health Organization

DCV – Doenças cardiovasculares

DP – Doença periodontal

CADE-Q SV - Questionário para Educação da Doença Arterial Coronariana “*short version*” (versão curta)

QV – qualidade de vida

QVRS – qualidade de vida relacionada à saúde

QVRSO – qualidade de vida relacionada à saúde bucal

QALY – do inglês “*quality-adjusted life year*” quer dizer “anos de vida ajustados à idade”

OHIP-14 – do inglês “*Oral Health Impact Profile-14*”, quer dizer “perfil de impacto a saúde bucal”

ICIDH – do inglês “*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*”, quer dizer “Classificação internacional de deficiências, incapacidades e desvantagens”

SF-36 – do inglês “*Short form-36*”, do estudo MOS - *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*

DCNT – doenças crônicas não transmissíveis

SCA – síndrome coronariana aguda

ADA – do inglês “*American Dental Association*”, significa “Associação Dental Americana”

ES – Educação em saúde

PS – Promoção de saúde

HURCG – Hospital universitário Regional dos Campos Gerais

UEPG – Universidade Estadual de Ponta Grossa

SM – Supuração marginal

IPV – índice de placa visível

PCS – profundidade clínica de sondagem

PCI – perda clínica de inserção

RG – recessão gengival

CPI – do inglês “*Community Periodontal Index*”, quer dizer “Índice periodontal comunitário”

IMC – índice de massa corporal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS.....	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 QUALIDADE DE VIDA.....	17
3.1.1 Qualidade De Vida Relacionada À Saúde.....	17
3.1.2 Qualidade De Vida Relacionada Á Saúde Bucal.....	19
3.2 Uso De Questionários Na Avaliação Em Saúde.....	20
3.2.1 Questionário Cade-Q SV.....	21
3.2.2 Perfil De Impacto Da Saúde Bucal (OHIP-14).....	22
3.2.3 Avaliação Genérica Da Qualidade De Vida (SF-36).....	23
3.3 Doenças Cardiovasculares E Qualidade De Vida.....	24
3.4 Doença Periodontal E Qualidade De Vida.....	26
3.5 Educação Em Saúde.....	29
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	31
4.1 DETERMINAÇÃO AMOSTRAL.....	31
4.1.1 Critérios De Inclusão.....	32
4.1.2 Critérios De Exclusão.....	32
4.1.3 Maneira De Abordagem.....	32
4.2 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO INTRA E INTEREXAMINADOR.....	32
4.2.1 Treinamento.....	32
4.2.2 Calibração Intra E Interexaminador.....	33
4.3 COLETA DOS DADOS.....	33
4.3.1 Anamnese.....	33
4.3.2 Exame Clínico Periodontal.....	34
4.3.3 Conhecimento Sobre Doença Coronariana.....	35
4.3.4 Avaliação Da Qualidade De Vida.....	35
4.3.5 Impacto Da Saúde Bucal Na Qualidade De Vida.....	36
4.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	37
5 RESULTADOS.....	39

5.1 CONCORDÂNCIA INTRA-INTEREXAMINADOR.....	39
5.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	39
5.3 ASPECTOS CLÍNICOS.....	40
5.4 GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE DOENÇA CORONARIANA.....	42
5.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	42
5.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL.....	43
5.7 PARÂMETROS PERIODONTAIS.....	43
5.8 ASSOCIAÇÕES ENTRE INSTRUMENTOS.....	44
6 DISCUSSÃO.....	46
7 CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS.....	50
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	64
APÊNDICE B- FICHA DE ANAMNESE.....	67
APÊNDICE C– PERIOGRAMA.....	69
APÊNDICE D- COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	70
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO HURCG.....	71
ANEXO B – QUESTIONÁRIO CADE-Q SV.....	72
ANEXO C - QUESTIONÁRIO SF–36.....	74
ANEXO D - QUESTIONÁRIO OHIP-14.....	77

1 INTRODUÇÃO

As doenças do sistema cardiovascular são a principal causa mundial de morte, sendo responsáveis por 31% de todos os óbitos globais – um total estimado de 17,5 milhões de pessoas em 2012. Desses óbitos, 7,4 milhões tiveram como causa a doença arterial coronariana (DAC), que é a maior causa de morte isolada no mundo (WHO, 2016; FINEGOLD; ASARIA; FRANCIS, 2013). No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) seguem o mesmo padrão, sendo também a principal causa de óbito (MANSUR; FAVARATO, 2012; BENSON; GOULART; SANTOS; LOTUFO, 2019), resultantes tanto do envelhecimento da população quanto das alterações epidemiológicas relacionadas às doenças (ROTH et al, 2015). Além da alta taxa de mortalidade, essas condições têm um peso significativo nos custos em saúde (TROGDON et al, 2015); um estudo de Stevens e colaboradores (2017) mostrou que os custos das DCV no Brasil, no ano de 2015, chegaram a R\$56,2 bilhões.

Dentre os tratamentos disponíveis para as diferentes doenças cardiovasculares (DCV), se sobressai a Reabilitação Cardíaca – principalmente relacionada à DAC -, que é uma abordagem multidisciplinar para prevenção secundária, reduzindo reinternações e mortalidade por motivo cardiovascular (ANDERSON et al, 2016); porém, grande parte da melhora associada à reabilitação cardíaca é associada diretamente a mudanças comportamentais do paciente, sendo, portanto, a educação do portador um componente essencial desses programas. A educação em saúde permite ao indivíduo conhecer a natureza da sua doença e o que influencia seu curso; sendo assim, a compreensão errada sobre sua condição pode levar o paciente a passar por um sofrimento emocional injustificado, alterando a forma de enfrentamento da doença, afetando a adesão ao tratamento e culminando na progressão da doença (KAYANIYIL et al, 2009; BROWN et al, 2011).

A doença periodontal (DP) é uma condição inflamatória crônica dos tecidos de suporte dos dentes, altamente prevalente em todo o mundo – afeta mais de 50% da população adulta -, configurando-se em um importante problema de saúde pública (TONETTI; CHAPPLE; JEPSEN; SANZ, 2015); em como fator etiológico principal a presença de biofilme, estando seu controle diretamente relacionado com os hábitos de higiene bucal do paciente (GHISI; OH; THOMAS; BENETTI, 2013). Deste modo, é de fundamental importância transmitir informações suficientes para que o paciente

consiga visualizar e compreender o problema, recebendo, assim, um impacto motivacional (GARCIA; CORONA; VALSECKI Jr, 1998). A participação do paciente em relação à mudança de hábitos é fator essencial, também, na abordagem terapêutica das DCV. Dentre os tratamentos disponíveis para as diferentes DCV, se sobressai a reabilitação cardíaca – principalmente relacionada à doença arterial coronariana (DAC) -, que é um método multidisciplinar para prevenção de eventos secundários, reduzindo reinternações e mortalidade por motivo cardiovascular (ANDERSON et al, 2016). Grande parte da melhora associada à reabilitação cardíaca é associada diretamente a mudanças comportamentais do paciente, sendo, portanto, a educação do portador um componente essencial desses programas (GHISI; OH; THOMAS; BENETTI, 2013).

Porém, para que o processo de educação em saúde tenha efeitos, é preciso haver conhecimento sobre o nível de entendimento em saúde do paciente. No caso da DAC, o entendimento sobre essa condição pode ser avaliado através de um questionário específico, denominado Questionário para Educação do Paciente Coronariano (CADE-Q). O CADE-Q é uma ferramenta desenvolvida e validada para o Brasil e outros países, utilizada para mensurar o entendimento do cardiopata sobre a DAC (GHISI et al, 2010; GHISI; OH; THOMAS; BENETTI, 2013). Da mesma maneira que ocorre com a educação em saúde, a doença periodontal e as doenças cardiovasculares também compartilham características no que se refere à sua influência na qualidade de vida (QV) (PAZ; MEDEIROS; ALVES; BEZERRA; OLIVEIRA; SILVA, 2019; GUERRA; GRECO; LEITE; FERREIRA; PAULA, 2014).

A avaliação da qualidade de vida abrange diferentes dimensões e é baseada na percepção que o indivíduo tem, além de influenciada pelo contexto cultural; tem sido considerada como um parâmetro importante e utilizada de forma crescente em avaliações e pesquisas clínicas. Pode ser compreendida como um “constructo multifacetado que envolve capacidades comportamentais e cognitivas do indivíduo, bem-estar emocional e habilidades sociais” (BECK; BUDÓ; GONZALES, 1999). É estabelecida na literatura a influência de doenças crônicas na QV (LEONARDI et al, 2012; MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014; VILHENA et al, 2014). Assim, tanto as doenças cardiovasculares quanto a doença periodontal podem influenciar significativamente e acarretar um decréscimo na QV.

Em relação à influência da DP na QV, há uma maneira mais específica de acessá-la, tendo sido criado um termo próprio: a qualidade de vida relacionada à

saúde oral (QVRSO). A QVRSO é um constructo multidimensional que inclui uma avaliação subjetiva da condição bucal, que considera o impacto da condição oral em aspectos como a alimentação, o sono, a fala, a vida social e a auto-estima, assim como o impacto nas atividades de rotina e na satisfação do indivíduo consigo mesmo (THIRUVENKADAM et al, 2015; CAFIERO et al, 2013).

Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar se há associação entre condição sociodemográfica, periodontal, compreensão sobre doenças cardíacas e qualidade de vida em pacientes cardiopatas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a relação entre o entendimento do indivíduo cardiopata sobre as doenças cardíacas, sua condição bucal e o nível de qualidade de vida, tanto no âmbito geral quanto no relacionado à saúde bucal.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1 Relacionar o entendimento do indivíduo sobre sua condição cardíaca com seu nível de qualidade de vida e suas características sociais e demográficas.
- 2 Avaliar a condição bucal de pacientes cardiopatas assistidos ambulatorialmente em um hospital universitário.
- 3 Analisar a relação da condição bucal e do impacto que ela tem na qualidade de vida de cardiopatas atendidos em um hospital universitário.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de vida é conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997). A definição da Qualidade de Vida é dinâmica, além de ampla e subjetiva (FERRANS, 1996); por isso, diferentes termos tem sido usados na literatura a fim de descrever a QV: bem-estar (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993), grau de aproveitamento das possibilidades na vida (CAMELIER, 2004), percepção de satisfação com a vida (FERRANS, 1996). O termo qualidade de vida (QV) foi utilizado, inicialmente, para caracterizar uma população em relação ao comportamento de consumo de bens materiais; depois, ficou em desuso por anos e voltou a ser discutida nos anos 60, quando Lyndon Johnson, então presidente dos Estados Unidos, declarou que o bem-estar da população não deveria ser medido pelo balanço de bens materiais que essas possuíam, mas sim por meio da QV proporcionada a essas pessoas (CARR; THOMPSON; KIRWAN JR, 1996; FLECK et al, 1999).

A partir dos anos 1990, começa a ser estabelecido entre os pesquisadores da área um consenso referente a duas características importantes do conceito de QV; são elas a subjetividade, que trata de considerar a percepção da pessoa a respeito do seu estado médico e dos aspectos da sua vida não relacionados à saúde; e a multidimensionalidade, que aponta as diferentes dimensões que compõem o constructo (SEIDL; ZANNON, 2004).

3.1.1 Qualidade De Vida Relacionada À Saúde

As diferentes dimensões que envolvem a saúde e a relação destas com aspectos da vida, tanto positivos quanto negativos, permitem distintas formas de avaliação; isso pode levar a, por exemplo, indivíduos com a mesma morbidade manifestando diferentes níveis de saúde e de bem-estar. Impulsionado por essas questões da multidimensionalidade da QV, surgiu o conceito de Qualidade de Vida

Relacionada à Saúde (QVRS) (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993). O termo QVRS foi introduzido na literatura a respeito de medidas do estado de saúde. Por exemplo, no ano de 1982, Kaplan e Bush usaram o termo QVRS na discussão sobre o termo “anos de vida ajustados à idade” (QALYs) – que é a medida do valor de um ano com saúde total. A expressão QVRS foi adotada em trabalhos subseqüentes de influência, como o de Torrance (1987) e, a partir daí, se disseminou (KARIMI; BRAZIER, 2016).

A definição de um conceito para a QVRS também tem sido polêmica: pelo menos cinco conceitos diferentes podem ser encontrados na literatura (KARIMI, BRAZIER, 2016). O primeiro liga a QVRS de maneira direta à QV: “QV é um conceito abrangente que incorpora todos os fatores que impactam a vida de um indivíduo. “A QVRS inclui apenas os fatores que fazem parte da saúde do sujeito”. Isso quer dizer que aspectos não relacionados à saúde, a exemplo das circunstâncias econômicas e políticas, não estão incluídas na QVRS (TORRANCE, 1987). A segunda definição de QVRS dá ênfase aos aspectos da QV que são afetados pela saúde: “QVRS diz respeito aos aspectos do bem-estar auto-percebido que estão relacionados à presença de doença ou de terapêutica” (EBRAHIM, 1995). Essa segunda definição é, por vezes, considerada como restrita, onde a QVRS é usada para identificar o subconjunto das maneiras importantes pelas quais a saúde ou o cuidado em saúde impacta no bem-estar (PEASGOOD; BRAZIER; MUKURIA; ROWEN, 2014). Um terceiro conceito de QVRS foca no valor da saúde e, assim, a QVRS depende de valores atribuídos a diferentes estados de saúde. Esses valores são usados, por exemplo, para calcular QALYs e medir as vantagens de tecnologias em saúde; Os valores usados para mensurar o QALY estão em uma escala que varia de zero a um, onde um é igual a saúde total e zero é igual a morte. Valores abaixo de um devem levar a uma reflexão sobre o por quê de haver prejuízo na QV por causa de problemas de saúde (GOLD et al, 1996).

A mensuração da QVRS é multidimensional e engloba diversos aspectos da vida do indivíduo em diferentes níveis: físico, emocional, ambiental, social e interpessoal; além disso, incorpora emoções positivas e negativas. Também registra a variabilidade ao longo do tempo, já que fatores como a idade, o estágio atual da vida e o da doença podem significar diferenças importantes (WHO, 1995). Barcones-Molero e colaboradores (2018) citaram o conceito de Minayo e Buss (2000) para a QVRS, que afirma que esta depende, em última análise, do indivíduo, incluindo

valores, crenças, histórico pessoal, perspectivas e mecanismos de enfrentamento do sujeito para as diferentes condições. Segundo Minayo e Buss, é um conceito relativo e possui três estruturas de referência: o tempo histórico, o contexto CULTURAL e a classe social (MINAYO; BUSS, 2000). O tempo histórico tem importância porque os parâmetros da QV evoluíram, ao longo da história, em cada sociedade; o contexto cultural determina a variação de parâmetros entre diferentes pessoas em decorrência das suas tradições culturais, em relação às quais os valores e necessidades são construídos; a relação da classe social a qual o sujeito pertence determina as expectativas em relação à sua vida e saúde (BARCONES-MOLERO et al, 2018). A quinta e mais atual definição pode ser entendida como “quanto uma pessoa é funcional em sua vida e como seu bem-estar é percebido em termos físicos, mentais e sociais; ‘funcionamento’ é referente à capacidade de um indivíduo realizar determinadas atividades e o bem-estar tem relação com os sentimentos subjetivos do sujeito (HAYS; REEVE, 2010).

3.1.2 QV Relacionada À Saúde Bucal

A condição bucal, enquanto parte integrante da saúde geral, influencia e é influenciada por diferentes fatores, representando um dos problemas de saúde pública mais desafiador, dada sua multidimensionalidade e o seu grande impacto individual e social (AFONSO; SILVA, 2015). O uso isolado do exame clínico na determinação da condição oral tem se mostrado incompleto, tornando-se fundamental pesar a importância que as alterações bucais representam no bem-estar dos indivíduos e, por conseguinte, na qualidade de vida relacionada à saúde oral (ALLEN, 2003; LOCKER, 1997; SLADE; SPENCER, 1994).

O termo “Qualidade de vida relacionada à saúde oral” tem um conceito vago, havendo para ele várias definições, propostas por diferentes autores; em resumo, a QVRSO pode ser explicada como o impacto que a condição oral causa nas atividades funcionais diárias (BAIJU et al, 2017). A avaliação subjetiva da QVRSO reflete o conforto dos indivíduos aos comer, dormir e estabelecer interações sociais, sua auto-estima e sua satisfação em relação à sua saúde oral (DHHS, 2016).

A QVRSO vem sendo cada vez mais reconhecida na prática odontológica pelo fato de que são os pacientes que estão sendo tratados, e não apenas sua condição bucal – tal visão tem base na abordagem biopsicossocial centrada no

paciente. Além disso, a avaliação da QVRSO tem mostrado um grande potencial no que tange à pesquisa odontológica, incluindo pesquisa básica, testes clínicos e levantamentos epidemiológicos (BAIJU et al, 2017). Al Shamrany (2006) observou que, através da avaliação da QVRSO, há maior facilidade de comunicação do problema causado pela falta de saúde bucal a políticos e formuladores de políticas públicas; ou seja, os formuladores de políticas compreendem melhor a magnitude da condição bucal quando ela é expressa como impacto na QV dos pacientes do que quando é demonstrada por meio de índices clínicos normativos.

Isso, por sua vez, ajuda a elaborar estratégias para programas de assistência odontológica, estabelecer prioridades institucionais, optar por determinadas políticas e maneiras de financiamento (BAIJU et al, 2017). Analisando experiências subjetivas dos sujeitos para determinar o impacto das condições de saúde bucal no bem-estar e autoestima, é possível melhorar as intervenções clínicas e, assim, a QV. (BUSET et al, 2016).

3.2 USO DE QUESTIONÁRIOS NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Atualmente, reconhece-se que não é possível descrever a totalidade do impacto causado pelas enfermidades no seu portador através, unicamente, de medidas objetivas de saúde; a necessidade de se apreender objetivamente aspectos subjetivos de diferentes temas ligados ao processo saúde-doença-cuidado tem motivado o desenvolvimento e a adaptação de instrumentos que, validados, permitem uma maior fidedignidade de resultados, de modo que possam ser subsidiadas intervenções mais efetivas (BORGES; MOREIRA; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2012).

Nas pesquisas em saúde, o uso de questionários é uma alternativa ao exame clínico, pois exige menos tempo e recursos na sua aplicação; além disso, não necessita de examinadores especializados e permite a produção expressiva de dados sobre o indivíduo em apenas uma aplicação (LEVIN; BECHOR; SANDLER; SAMORODNITZKY-NAVEH, 2011; DIETRICH et al, 2007; JOSHIPURA; PITIPHAT; DOUGLASS, 2002). Estes aspectos tornam atrativo o uso desta técnica na realização de pesquisas epidemiológicas com ênfase na vigilância em saúde em maior escala (JOSHIPURA; PITIPHAT; DOUGLASS, 2002).

O uso de questionários de avaliação é um importante recurso também nos programas educativos na área da saúde. Através deles há a possibilidade de mensurações dos efeitos do processo de ensino e aprendizagem e, assim, dar oportunidade a mudanças de atitude. É também uma forma de conhecer as necessidades dos indivíduos e as condições de base para a implementação do processo educativo (YEHLE; SANDS; RHYNDERS; NEWTON, 2009; OSBORNE; ELSWORTH; WHITFIELD, 2007; GAZMARARIAN; WILLIAMS; PEEL; BAKER, 2003; GUILLEMIN, 1995).

A utilidade do uso de questionários aparece também na avaliação da adesão dos pacientes aos tratamentos, de maneira especial naqueles pacientes com diagnóstico recente de doenças crônicas. Nesses casos, a adesão efetiva pode conduzir a uma melhor resposta ao tratamento, otimizando o prognóstico e a qualidade de vida em longo prazo. Vários questionários já foram desenvolvidos e validados para avaliar a aderência e monitorar a resposta ao tratamento (SILVA et al, 2019).

3.2.1 Questionário CADE-Q

O Questionário de Educação para a Doença Arterial Coronariana (CADE-Q) foi desenvolvido e validado psicometricamente para ser um instrumento válido e confiável na informação dos profissionais brasileiros sobre o nível de conhecimento de seus pacientes a respeito da doença cardiovascular (GHISI et al, 2010); foi, então, validado para a língua inglesa (GHISI; OH; THOMAS; BENETTI, 2013). Ainda que as duas versões, em português e em inglês, tenham mostrado bom desempenho, validade e confiabilidade, a ferramenta demonstrou falta de avaliação detalhada de todos os componentes centrais da reabilitação cardíaca; desse modo, uma segunda versão, denominada CADE-Q-II, foi desenvolvida e validada na língua inglesa (GHISI et al, 2015). Entretanto, tanto a primeira quanto a segunda versão do CADE-Q necessitam de um tempo aproximado de 20 minutos para serem respondidas, problema que originou a necessidade de um ferramenta curta e rápida para a avaliação do conhecimento do paciente sobre DAC. Esse instrumento (CADE-Q SV) foi validado em inglês (GHISI; SANDISON; OH, 2016) e identificado com a sigla SV, que significa *short version*; ele leva cerca de 10 minutos para ser respondido.

O CADE-Q SV tem por objetivo avaliar o conhecimento de pacientes cardiovasculares sobre sua condição. É um constructo com vinte questões do tipo ‘verdadeiro-falso-não sei’, divididas em cinco domínios, que são: ‘condição clínica’, ‘fatores de risco’, ‘exercício físico’, ‘nutrição’ e ‘risco psicossocial’. A pontuação máxima possível atingida no CADE-Q SV é vinte, sendo quatro pontos em cada domínio, visto que cada item respondido corretamente tem valor igual a um ponto. Ambas alternativas, incorreta e ‘não sei’, não apresentam pontuação (GHISI; SANDISON; OH, 2016). Desse modo, quanto maior a pontuação obtida no CADE-Q SV, maior o conhecimento do sujeito em relação à doença coronariana.

3.2.2 Questionário OHIP-14

O Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP) é um índice muito utilizado internacionalmente na avaliação da QVRSO, por apresentar boas qualidades psicométricas e também por possibilitar mensurar a autopercepção das consequências específicas das condições bucais (ALLEN, 2003; SLADE, 1997; SLADE; SPENCER, 1994). O primeiro instrumento desenvolvido para avaliar especificamente a QVRSO foi o OHIP-49 (Oral Health Impact Profile). Sua versão original é composta por 49 itens que abordam sete dimensões: 1. Limitação funcional, 2. Dor física, 3. Desconforto psicológico, 4. Incapacidade física, 5. Incapacidade psicológica, 6. Incapacidade social e 7. Desvantagem (SLADE; SPENCER, 1994). As dimensões baseiam-se no modelo de saúde oral de Locker, criado por ele como uma adaptação, voltada para a condição oral, do “*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*” (ICIDH) (WHO, 1976), que considera que as doenças provocam deficiências e limitações funcionais e, conseqüentemente, o indivíduo pode ficar incapacitado ou com uma desvantagem na sociedade; O OHIP permite, assim, que em uma única aplicação sejam obtidas informações referentes à extensão, gravidade e prevalência dos impactos negativos na QVRSO do indivíduo (LOCKER, 1997).

O próprio Slade ainda derivou, reduziu e validou uma versão curta do instrumento, denominada OHIP-14, que apresenta somente duas questões em cada dimensão. Há uma hierarquia entre as dimensões: limitação funcional, dor física e desconforto psicológico estão ligadas a questões intrínsecas do indivíduo, a nível

orgânico, e expressam impacto na comunicação, no paladar, na experiência da dor, tensões e preocupações; as dimensões relacionadas às incapacidades físicas, psicológicas e sociais relacionam-se a características comportamentais individuais, podendo estar ligadas à vergonha, alimentação, relaxamento, irritação e prejuízo nas atividades cotidianas; por fim, a dimensão ‘desvantagem social’ refere-se ao maior grau de impacto, representando as consequências sociais dos problemas da cavidade oral, mostrando associação com fatores como ausências no trabalho e a sensação de piora da vida. Desse modo, o impacto pode ser compreendido de acordo com as dimensões mais afetadas: um problema que traga desconforto e dor, no geral, causa menor impacto na qualidade de vida do que um que acarreta incapacidades funcionais e desvantagens sociais (SLADE, 1997).

Os itens são apresentados para que o respondente indique, em uma escala tipo Likert de cinco pontos, qual a frequência com que experimentam cada uma das situações apresentadas, num período de referência de doze meses. As categorias de respostas da escala e seus respectivos pontos são: ‘nunca= 0’; ‘raramente=1’; ‘às vezes=2’; ‘repetidamente=3’; e ‘sempre=4’. São obtidos os escores geral e por dimensões, devendo ser relacionadas as respostas codificadas com o peso específico de cada item, proposto por Slade (1997); A pontuação máxima que cada dimensão pode atingir é 4, podendo a pontuação geral máxima chegar a 28. Portanto, quanto maior o escore, menor é a QVRSO (SLADE, 1997).

O método mais frequentemente utilizado na obtenção da pontuação final do OHIP-14 é o método aditivo, visto que permite mensurar a gravidade do impacto; dessa forma, maiores pontuações indicam uma pior QVRSO (SLADE, 1997). O método de contagem simples apresentou desempenho inferior ao aditivo, pois impactos raros podem ser relatados, de maneira errada, no ponto de corte, favorecendo a ocorrência de falso-positivos (MONTERO-MARTIN et al, 2009; SLADE, 1997).

3.2.3 Questionário SF-36

O SF-36 - *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* é um constructo multidimensional dividido em duas partes, uma avaliando o estado de saúde e, outra, avaliando o impacto da doença no cotidiano da vida do indivíduo. Esse instrumento tem oito domínios relacionados à saúde: Aspectos Sociais,

Capacidade Funcional, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Saúde Mental, Aspectos Emocionais, Dor e Aspectos Físicos. Cada domínio possui escore de 0 a 100, sendo que maiores valores representam melhor QVRS. (CICONELLI et al, 1999). A pontuação desses domínios também pode ser combinada para criar duas pontuações de resumo de ordem superior: O resumo do componente físico e o resumo do componente mental. O resumo do componente físico é calculado ponderando positivamente os quatro domínios físicos (capacidade funcional, estado geral de saúde, dor e aspectos físicos) e negativamente os domínios psicológicos (vitalidade, saúde mental, aspectos emocionais e sociais). Já o resumo do componente mental é criado ponderando positivamente os domínios psicológicos e negativamente os físicos (MATCHAM; NORTON; STEER; HOTOPF, 2016). Em cada domínio, as pontuações são codificadas, somadas e transformadas em uma escala de zero, que significa a pior condição possível, a cem, que é a melhor condição possível (BARCONES-MOLERO, 2018).

3.3 DOENÇAS CARDIOVASCULARES E QUALIDADE DE VIDA

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) – como o diabetes tipo II, o câncer e as DCV – são a principal causa de morte mundial (VOS *et al*, 2012). Os avanços tecnológicos, o excesso de pressão psicológica, o tempo diminuído ou a ausência de tempo de lazer, as atividades ocupacionais excessivas, os salários baixos e o acesso dificultado a cuidados médicos são considerados fatores de risco em potencial para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (HWANG; TSAI; CHEN, 2006).

Os mecanismos envolvidos na etiologia da DAC são complexos e envolvem a interação de diversos fatores de risco (GONG; CEHM; PENG; WEI, 2015). A DAC tem como característica a insuficiência na irrigação sanguínea do coração pelas artérias coronárias, por conta da obstrução do fluxo sanguíneo por placas ateroscleróticas (WHO, 2016). Os fatores de risco aparecem em duas formas: podem ser não modificáveis, como a hereditariedade, a idade e o sexo; e modificáveis, que correspondem à maioria dos fatores de risco, englobando a hiperlipidemia, a hipertensão arterial sistêmica, o sedentarismo, o tabagismo, o diabetes mellitus, a obesidade e o estresse emocional (CARVALHO et al, 2015;

HERMANS et al, 2014). O termo “modificável” quer dizer que estes fatores de risco são passíveis de intervenções tanto individuais quanto coletivas (MUNIZ et al, 2012) e, desse modo, permitem um planejamento preventivo (HERMANS et al, 2014). Com um número cada vez maior de indivíduos vivendo com doença cardíaca sintomática, percebe-se que nunca foi tão importante quanto agora a necessidade de haver acesso a serviços de saúde eficazes para pacientes cardiopatas; programas de Reabilitação Cardíaca (RC) são indicados como parte essencial do tratamento de portadores de DAC (SMITH et al, 2011; PERK et al, 2012).

Hábitos modificáveis relacionados ao estilo de vida, como dieta, exercício físico e tabagismo, por exemplo, são essenciais na etiologia das DCNT e, por esse motivo, são a primeira escolha de tratamento na prevenção cardiovascular (LIDIN; EKBLOM-BAK; RYDELL; HELLENIUS, 2018). O risco cardiovascular (RCV) é, no geral, o produto de vários fatores de risco e as intervenções preventivas das DCV devem ser baseadas nesse RCV total: quanto maior o risco, mais ações prioritárias devem ser direcionadas; há forte evidência do papel de mudanças no estilo de vida na prevenção e no tratamento das DCV e as diretrizes enfatizam a importância de intervenções no estilo de vida como primeiro tratamento (PIEPOLI et al, 2016). De acordo com a WHO (2016), hábitos de vida saudáveis combinados a tratamento médico ideal poderiam prevenir 75% das DCV em todo o mundo. O conhecimento disponível acerca da associação entre o estilo de vida e a ocorrência de DCV aumentou significativamente durante os últimos dez anos; e diretrizes, tanto nacionais quanto internacionais, enfocam a importância da mudança de hábitos como uma base para a prevenção e para o tratamento das DCV (PIEPOLI et al, 2016; LIDIN; EKBLOM-BAK; KARLSSON; HELLENIUS, 2018).

Dentre as diferentes abordagens possíveis no tratamento da aterosclerose coronariana, a contenção dos fatores de risco deve ser o principal foco (FOLSOM et al, 2001), uma vez que, através dessa forma de manejo, há a possibilidade de retardar o início da doença e também estabilizar os sintomas quando esta já está instalada (SANTOS; PEGORARO; SANDRINI; MACUCO, 2008).

A respeito do impacto das DCV na QV, é estabelecida na literatura a influência de doenças crônicas na QV (LEONARDI et al, 2012; MIELCK et al, 2014; VILHENA et al, 2014). Uma DCV que exemplifica a relação entre elas e a QV é a síndrome coronariana aguda (SCA); o manejo da SCA tem sido voltado para a redução da mortalidade e da morbidade a elas relacionadas, sem levar em

consideração a QVRS do indivíduo portador. Porém, com a elevação da taxa de sobrevivência dos pacientes com SCA, a atenção à QVRS tem sido priorizada na gestão da doença (KIM et al, 2005). Um estudo de 2017, realizado por Kweon e colaboradores teve objetivo de avaliar, em portadores de DCV, o nível de QVRS e a satisfação com a vida, além de sua atual consciência a respeito do programa de RC; os resultados mostraram que, entre outros fatores, a idade avançada, o menor nível educacional, a renda mais baixa, o trabalho mais árduo e maior duração da doença se associaram a escores mais baixos de QVRS (KWEON et al, 2017). Estudos em pacientes cardiopatas já demonstraram que a idade é um fator preditivo da QVRS (VEENSTRA; PETTERSEN; ROLLAG; STAVERN, 2005). Outra variável relacionada à QVRS do cardiopata é o gênero; pesquisas que investigaram a QVRS em pacientes coronarianos observaram que o gênero feminino mostrou piores escores do que o masculino no componente físico (SOTO et al, 2005). Van Jaarsveld e colaboradores (2002) afirmaram que as mulheres constituem um grupo mais vulnerável, com mais limitações físicas e sociais do que os homens. O já citado estudo de Kweon et al (2016) também mostrou menor pontuação para as mulheres com DCV no componente emocional.

3.4 DOENÇA PERIODONTAL E QUALIDADE DE VIDA

A Associação Dental Americana (*American Dental Association – ADA*) aprovou em 2014 a resolução 97H-2014, que define a saúde bucal como um estado de bem-estar funcional, estrutural, estético, psicológico e psicossocial, essencial para a saúde geral e qualidade de vida do indivíduo (WILLIAMS, 2015). A periodontite e a cárie são as principais causas de perda dentária, afetando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos nos âmbitos de capacidade funcional, auto-estima e relações sociais (DURHAM et al, 2013). A periodontite é conceituada como uma “doença inflamatória multifatorial crônica associada com biofilme disbiótico e caracterizada pela destruição progressiva do aparato de inserção dental” (STEFFENS; MARCANTONIO, 2018). É definida clinicamente por perda de inserção clínica e classificada de acordo com seu estágio e grau. Os estágios variam de I a IV, crescendo em gravidade; os graus vão da A a C e determinam a progressão da doença, sendo A a periodontite de progressão lenta, B

a de progressão moderada e C a de progressão rápida (TONETTI; GREEWELL; KORNMAN, 2018; PAPAPANOU et al, 2018).

A Doença Periodontal (DP) é uma condição inflamatória ocasionada pelo acúmulo de biofilme bacteriano na margem gengival. É um problema de saúde pública que atinge mais da metade da população mundial nos estágios leve e moderado, e cerca de 5% a 20% na sua forma severa (KASSEBAUM et al, 2014). Além disso, tem potenciais associações com diferentes condições sistêmicas, dentre elas a diabetes, a artrite reumatóide, a osteoporose, algumas doenças neurológicas, cardiovasculares e respiratórias (HOLMSTRUP et al, 2017). A periodontite severa é a sexta doença mais prevalente mundialmente, acometendo 10,8% da população entre 15 e 99 anos, ou seja, cerca de 743 milhões de pessoas (FRENCKEN et al, 2017). O último levantamento nacional de saúde bucal realizado aqui no Brasil (SB Brasil 2010) mostrou 15,3% de prevalência de periodontite nas suas formas moderada e grave (VETTORE; MARQUES; PERES, 2013).

A periodontite é considerada uma doença crônica não transmissível (DCNT) e compartilha fatores de risco com a maioria das DCNT como o diabetes, câncer, doenças respiratórias crônicas e doenças cardíacas (FDI 2013; JIN, 2013). O uso de tabaco, a má nutrição, a obesidade e o sedentarismo têm associação com o aumento do risco de periodontite (CHAPPLE et al, 2017). Anos atrás, estudos que investigavam o impacto da periodontite e de outras doenças e condições bucais eram baseados no uso de parâmetros clínicos isolados; nenhum estudo incorporava indicadores sociais para contabilizar as consequências das doenças bucais, o que levou à proposição do uso de indicadores chamados sócio-dentais, os quais incorporavam as consequências funcionais, psicológicas e sociais em relação à condição oral dos indivíduos, não somente sinais e sintomas de diferentes doenças (COHEN; JAGO, 1976). Como efeito, esta mudança de conceito levou a alterações no manejo de sinais e sintomas, dando voz aos pacientes e considerando suas experiências subjetivas e interpretações próprias das suas condições (AL-HARTHI; CULLINAN; LEICHTER; THOMSON, 2013).

Não há, até o presente momento, uma definição universal para a qualidade de vida relacionada à saúde oral; há, porém, um consenso que sustenta que a QVRSO é uma construção subjetiva e melhor relatada sobre a saúde oral, a partir de uma perspectiva do paciente. É, também, multidimensional – tem diferentes domínios (AL-HARTHI; CULLINAN; LEICHTER; THOMSON, 2013). A literatura dos últimos

anos tem mostrado o desenvolvimento e a validação de diferentes instrumentos de QVRSO para captação de aspectos não clínicos das alterações bucais; estas ferramentas multidimensionais avaliam o impacto da doença no bem-estar e na QV e, para tanto, compreendem domínios físicos, sociais e psicológicos (SLADE, 1997).

Existem vários estudos clínicos a respeito do impacto da periodontite na QVRSO, sendo difícil o compilamento dos dados devido às diferentes abordagens utilizadas, tanto na definição do estado periodontal quanto na mensuração da QVRSO (REISINE; FERTIG; WEBER; LEDER, 1989; NEEDLEMAN; McGRATCH; FLOYD; BIDDLE, 2004; CUNHA-CRUZ; HUJOEL; KRESSIN, 2007; LOPES; GUSMÃO; ALVES; CIMOES, 2009; ANDERSSON; HAKEBERG; KARLBERG; OSTBERG, 2010). A maioria dos estudos observacionais demonstrou associação entre presença de periodontite e alteração na QVRSO (LOPEZ; BAEUM, 2007; LAWRENCE; THOMSON; BROADBENT; POULTON, 2008; BERNABE; MARCENES, 2010). Influência significativa na QVRSO percebida pelos pacientes tem sido associada a diferentes patologias bucais, a exemplo da cárie, perdas dentárias, maloclusão e mobilidade dentária (BORTOLUZZI et al, 2012; UKRA et al, 2013). Desse modo, a relação entre QVRSO e DP pode ter como causa o efeito de outras doenças ou alterações bucais que possam existir concomitantemente, como a doença cárie ou a perda incremental de dentes (AL-HARTHI; CULLINAN; LEICHTER; THOMSON, 2013).

Uma consideração a respeito da QVRSO é em relação aos instrumentos utilizados para sua avaliação. Ferramentas específicas para a doença podem ser mais vantajosas que as genéricas (como o SF-36): enquanto uma escala genérica indaga sobre fadiga ou desconforto corporal, uma escala específica de QVRSO questiona sobre dor oral. Outra vantagem do uso de ferramentas específicas da doença em relação às genéricas é que estas últimas geralmente apresentam “efeitos no piso”, pois muitos dos sintomas detectados podem não ter relevância entre as amostras de pacientes que buscam assistência odontológica (SISCHO; BRODER, 2011).

3.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde (ES) é uma importante ferramenta de trabalho quando utilizada como meio de comunicação e problematização da realidade. A partir das práticas de educação em saúde, é possível desenvolver a troca de conhecimento, onde o saber profissional e o bom senso unem-se em prol do bem comum. Com isso, tem-se a construção de indivíduos mais críticos e conscientes (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011). É definida como “combinações de experiências de aprendizagem desenhadas com o objetivo de facilitar ações voluntárias que conduzem à saúde” – é uma combinação enquanto abordagem dos diversos determinantes do comportamento humano; desenhadas no sentido de constituírem atividades sistematicamente planejadas e que sejam vivenciadas sem coerção, com plena compreensão dos objetivos implícitos e explícitos nas ações educativas (CANDEIAS, 1997).

A ES vem sendo analisada de maneira que seu significado possa abranger os princípios e valores inovadores do sistema de saúde, a exemplo do conceito ampliado de saúde e a integralidade da assistência a fim de possibilitar cuidado integral e humanizado às pessoas (MIRANDA; BARROSO, 2004). Permite, assim, a mudança de hábitos relacionados à saúde, levando o indivíduo à conquista da sua autonomia através de ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde-doença (BRASIL, 2004).

O conceito de ES está associado ao de promoção de saúde (PS): ambos tem relação com processos que compreendem a participação de toda a população no contexto da sua vida, não apenas de pessoas com risco de adoecer. Desse modo, ES e PS são experiências indissociáveis, que envolvem todos os indivíduos em seus métodos (MACHADO et al, 2007). As estratégias educativas são caracterizadas pelos processos de ensino onde profissionais de saúde visam ensinar aos pacientes o autocuidado e, além disso, que estes se tornem multiplicadores deste conhecimento na sua comunidade (REVELES; TAKAHASHI, 2007). A ES é uma estratégia muito eficiente na prevenção das DCV já que o desenvolvimento de ações de educação leva a alterações nos hábitos cotidianos, favorecendo o diagnóstico precoce e diminuindo incapacidades do indivíduo e os custos do sistema de saúde (LIMA; COSTA, 2005). A pesquisa realizada por Ferretti e colaboradores (2014)

mostrou que idosos cardiopatas identificaram ser importante possuir conhecimentos para que possam assumir posturas preventivas e evitar novos eventos.

A prática da ES é uma maneira importante de realizar a ligação entre os desejos e expectativas da população em busca de uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais eficientes; o conceito de ES deve ser entendido nem como ciência nem como arte, mas sim como disciplina de ação entre as esperanças da população e as políticas de saúde do governo (MARTINS et al, 2007). A ES é um processo que leva a alterações de comportamentos relacionados à saúde, processo esse que deve ser individual e coletivo, a fim de promover a circulação de informações e motivação positiva para hábitos que mantenham a saúde e previnam doenças (MIRANDA et al, 2000).

Dada a importância da adoção de hábitos saudáveis e da manutenção de padrões mínimos de autocuidado para prevenção das doenças crônicas no geral, mas especialmente das DCV e das doenças bucais – alvos deste estudo -, é evidente a importância de instrumentos que mensurem o nível de entendimento dos sujeitos a respeito das suas condições de saúde, assim como de programas educacionais e investimentos que busquem trazer mais qualidade à saúde da população. Além disso, a educação em saúde envolve também a autopercepção que os indivíduos têm sobre sua própria condição, visto que a maneira pela qual se reconhecem afeta sua rotina de auto-cuidado e, conseqüente, os desfechos de saúde que podem enfrentar.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa faz parte de um estudo clínico denominado “*Autorrelato, coping e qualidade de vida em pacientes com periodontite, hipersensibilidade dentinária e doenças crônicas sistêmicas*”, realizado no Hospital Universitário dos Campos Gerais, autorizado previamente pela Diretoria Acadêmica e pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (Anexo A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, sob o protocolo número 3028211.

Trata-se de estudo transversal, com amostra de conveniência composta por cardiopatas sob assistência ambulatorial regular em um hospital universitário do estado do Paraná, no Brasil. A pesquisa foi realizada através do exame clínico odontológico, investigação da história de saúde via prontuário e aplicação de três diferentes questionários, a saber: CADE-Q em sua versão curta, SV – ‘*short version*’ (Anexo B), SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) (Anexo C) e OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile*) (Anexo D). Estes visam avaliar, respectivamente: o entendimento sobre doença arterial coronariana, o nível de qualidade de vida geral e o impacto que a saúde bucal tem na qualidade de vida, que interpretamos neste estudo como a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

4.1 DETERMINAÇÃO AMOSTRAL

A amostra foi composta por 118 usuários do serviço médico ambulatorial do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais da Universidade Estadual de Ponta Grossa (HURCG-UEPG), de ambos os sexos, maiores de 18 anos e com diagnóstico clínico de doença cardiovascular. Pelo fato de a amostra não ter sido obtida exclusivamente de um programa de reabilitação cardíaca e sim de múltiplos ambulatorios de especialidades médicas a nível terciário de saúde, há uma seara de comorbidades presentes, podendo caracterizar estes pacientes como portadores de multimorbidades.

4.1.1 Critérios De Inclusão

Ambos os sexos, idade superior a 18 anos, possuir no mínimo 6 dentes em boca, estar sob acompanhamento médico devido a doenças crônicas sistêmicas, ter diagnóstico clínico de doença cardiovascular e estar sem mudança de medicação há pelo menos 2 meses.

4.1.2 Critérios De Exclusão

Indivíduos que não concordaram em participar do estudo, com quadro de exacerbação de alguma doença crônica, com condições sistêmicas que limitassem o exame clínico, que não pudessem responder aos questionários (limitação psicológica ou rebaixamento do nível de consciência), que realizam quimioterapia ou radioterapia, lactantes, gestantes, voluntários submetidos a tratamento periodontal nos últimos três meses ou em uso de aparelho ortodôntico.

4.1.3 Maneira De Abordagem

Os participantes foram contatados durante seu tempo de espera para a consulta agendada com especialidades médicas, caracterizando uma amostra não probabilística. Eles não tiveram ônus de qualquer aspecto por participarem do estudo e foram posteriormente encaminhados para terapia odontológica sem custos a ser realizada na pós-graduação em Odontologia da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Após terem sido devidamente informados sobre os procedimentos e objetivos deste estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.2 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO INTRA E INTEREXAMINADOR

4.2.1 Treinamento

Prévio à coleta de dados foi realizado treinamento teórico visando estabelecer e os critérios a serem utilizados no exame clínico; além disso, o objetivo também

compreendeu conhecer de maneira mais abrangente os questionários a serem aplicados (Anexos B, C e D) e os instrumentos criados pela equipe para registro, que são a ficha de anamnese e o periograma (Apêndices B e C).

Dois examinadores foram treinadores por meio de fotografias para determinar os critérios de avaliação clínica dos parâmetros supuração marginal (SM), índice de placa visível (IPV) e sangramento à sondagem (SS). O treinamento para a mensuração dos parâmetros profundidade clínica de sondagem (PCS) e perda clínicos de inserção (PCI) foi realizado em manequim periodontal (Carapira Indústria e Comércio de Produtos Odontológicos Ltda, Rio do Outro São Goncalo, Rio de Janeiro, Brasil), utilizando sonda periodontal Carolina do Norte CP-15 (GolgranInd Com Instr Odontológicos, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) de ponta esférica com diâmetro de 0,5 mm; a força aplicada foi padronizada em 0,25 N (25 g) a uma pressão de 127 N/cm²(LARSEN; BARENDREGT; SLOT; VAN DER VELDEN; VAN DER WEIJDEN, 2009), aferidos em balança analítica modelo AY220 da marca Shimadzu(Shimadzu Brasil Com Ltda, Barurei, São Paulo, Brasil).

4.2.2 Calibração Intra-Interexaminador

Visando manter a padronização das avaliações no decorrer da pesquisa, foi realizada calibração intra e interexaminador, Em 10% da amostra, antes e durante a coleta dos dados, foi realizada calibração da avaliação dos parâmetros clínicos periodontais recessão gengival (RG), profundidade clínica de sondagem (PCS) e perda clínica de inserção (PCI). Esse processo deu-se em três momentos – antes do início dos exames, depois de 100 atendimentos e depois de 200 atendimentos – e consistiu em duas avaliações intervaladas por cerca de 40 minutos entre uma e outra. A análise de concordância inter-intraexaminador foi avaliada por meio do coeficiente de correlação intra-classe e do índice *Kappa* ponderado.

4.3 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados aconteceu no ambulatório de Odontologia do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais - Wallace Thadeu de Mello e Silva (HURCG), em Ponta Grossa-PR.

4.3.1 Anamnese

A coleta de dados a respeito da condição de saúde geral dos voluntários foi feita por acesso via prontuário médico. Os voluntários realizaram o preenchimento da ficha clínica com dados sociodemográficos e questões específicas sobre a saúde bucal (Apêndice B). Estas questões investigaram a ocorrência de hábitos deletérios como o tabagismo e o etilismo; o perfil e os hábitos de higiene oral, o uso de escova, dentífrico, fio dental e enxaguante; a que tipos de terapias odontológicas o paciente já foi submetido, a frequência de visitas ao dentista, a ocorrência de sensibilidade dentária, hábitos nutricionais, má posição dentária, contatos prematuros e excessos marginais de restaurações, bem como a presença de erosão, abfração e/ou atrição.

4.3.2 Exame Clínico Periodontal

A avaliação bucal foi realizada por meio do exame clínico periodontal (Apêndice C). Os profissionais examinadores, dois cirurgiões-dentistas, foram treinados e calibrados para repetição intra e interexaminador antes do início das avaliações clínicas e estavam “cegos” a respeito da condição sistêmica dos voluntários. Os examinadores foram calibrados para avaliar os seguintes parâmetros: supuração marginal, índice de placa visível, profundidade de sondagem, sangramento à sondagem, recessão gengival e perda clínica de inserção. O primeiro parâmetro avaliado foi a supuração marginal por meio de pressão digital, com registro de presença e ausência. Foi verificada, então, a existência de biofilme dental através do índice de placa visível (IPV) com registro de presença ou ausência (AINAMO; BAY, 1975). Utilizando-se de uma sonda periodontal calibrada por pressão (PDT Sensor Probe, CP-12, DenMat CA, USA) e de uma sonda exploradora padrão (Hu-Friedy nº5, HU-FRIEDY MANUFACTURING CO. INC, USA), foram examinados os parâmetros profundidade de sondagem (PS), expressa em milímetros; recessão gengival (RG); perda clínica de inserção (PCI) e sangramento à sondagem (SS), registrando a presença ou ausência após 30 segundos (VAN DER WEIJDEN; TIMMERMAN; NIJBOER; REIJERSE; VAN DER VELDEN, 1994). A extensão da perda de inserção foi obtida com o uso da sonda periodontal calibrada por pressão e medida em milímetros; o sangramento à sondagem e a presença ou

ausência de cálculo também foram registrados. Os códigos relacionados são apresentados no quadro 4-1.

Quadro 4-1: Códigos das características clínicas associadas ao *Community Periodontal Index* (CPI).

CÓDIGO	CARACTERÍSTICA CLÍNICA
0	Gengiva saudável com profundidade de sondagem normal.
1	Inflamação gengival leve com sangramento à sondagem, mas profundidade de sondagem normal.
2	Inflamação moderada na gengiva, com sangramento à sondagem e cálculo presente, com profundidade de sondagem normal.
3	4-5 mm de profundidade de sondagem.
4	6 mm ou mais de profundidade de sondagem.

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos – 5 a ed. Faculdade de Odontologia . Universidade de São Paulo (FOUSP) 2017. ISBN 978-85-7040-008-6

Nota: informações organizadas pela autora

4.3.3 Avaliação Do Grau De Entendimento Sobre Doença Arterial Coronariana

O Questionário de Educação para Doença Arterial Coronariana em sua forma curta (CADE-Q *Short Version*) é um instrumento com vinte questões do tipo ‘verdadeiro-falso-não sei’. São divididas em cinco domínios, relacionados à condição clínica, aos fatores de risco, à prática de exercício físico, à nutrição e ao risco psicossocial. A pontuação máxima possível atingida no CADE-Q SV é 20, sendo 4 pontos em cada domínio, visto que cada item respondido corretamente tem valor igual a 1 ponto. Ambas alternativas, incorreta e ‘não sei’, não apresentam pontuação (GHISI; SANDISON; OH, 2016). Assim, quanto maior a pontuação, maior o nível de entendimento a respeito da DAC. Esse nível de conhecimento pode ser mensurado de maneira global ou específica para cada dimensão, possibilitando o estabelecimento de diversas relações entre cada domínio e a ocorrência de eventos cardiovasculares, de comorbidades associadas e a qualidade de vida experimentada pelo paciente.

4.3.4 Avaliação Genérica Da Qualidade De Vida

Para avaliar a QV foi utilizada a versão validada para a língua portuguesa do SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*) (CICONELLI;

FERRAZ; SANTOS; MEINÃO; QUARESMA, 1999). Este é um instrumento adequado para autoadministração, aplicação através do computador ou por telefone (WARE; GANDEK, 1994).

É uma escala de saúde curta que engloba trinta e seis itens divididos em oito domínios, que representam as áreas mais frequentemente observadas nas avaliações em saúde; cada domínio pode ter um número de questões que varia entre 2 e 10. Na versão validada no Brasil, esses domínios são: capacidade funcional (CF), aspectos sociais (AS), aspectos emocionais (AE), aspectos físicos (AF), vitalidade (VIT), saúde mental (SM), dor e estado geral de saúde (EGS). Os oito domínios do SF-36 podem ser resumidos em duas categorias, que são o componente físico e o componente mental. Os domínios CF, AF, Dor e EGS compõem o componente físico, enquanto SM, AE, AS e VIT correspondem ao componente mental (SERVELHERE; FERNANDES; RAMINA; BORGES, 2011).

A respeito dos aspectos analisados em cada domínio do SF-36, tem-se que o domínio CF avalia as limitações relacionadas ao estado de saúde, que envolvem desde atividades cotidianas até vigorosas; o AF analisa limitações na forma de trabalho e o papel que estas causam dificultando o trabalho e a vida diária do indivíduo; o domínio Dor tem duas questões, uma sobre a intensidade da dor experimentada e outra a respeito do quanto essa dor interfere na vida diária; o EGS é referente à percepção do indivíduo sobre sua saúde, podendo variar entre excelente e muito ruim. Já no componente físico, o domínio SM possui cinco itens que abrangem as quatro dimensões-chave da saúde mental (ansiedade, depressão, alterações de comportamento e bem-estar psicológico); o AE analisa o grau de dificuldade que a pessoa apresenta ao trabalhar ou realizar atividades cotidianas devido à sua condição emocional; o AS avalia a integração social dos pacientes e se existe sobre ela influência do estado de saúde; o domínio VIT tem quatro questões que consideram os níveis de energia e fadiga; e, por fim, há um item comparativo entre o estado de saúde geral atual e a percepção que o indivíduo tem do seu estado há um ano (ALONSO et al, 2004).

O SF-36 analisa aspectos positivos e negativos da saúde e é capaz de discriminar entre diferentes estágios de gravidade da doença, além de não se limitar à retrospecção por longos períodos, visto que é baseado no período das últimas quatro semanas (SERVELHERE; FERNANDES; RAMINA; BORGES, 2011).

4.3.5 Avaliação Da Qualidade De Vida Relacionada À Saúde Oral

A QVRSO foi avaliada por meio da aplicação do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). É um questionário composto por sete domínios: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; deficiência física; deficiência psicológica; deficiência social; e desvantagem. Cada domínio é composto por dois itens, totalizando quatorze perguntas, das quais as respostas são obtidas por meio de uma escala do tipo Likert com cinco pontos, a saber: “nunca” (codificação 0); “raramente” (codificação 1); “às vezes” (codificação 2); “frequentemente” (codificação 3); e “sempre” (codificação 4). As perguntas se referem ao período dos últimos seis meses. O método aditivo foi usado para calcular a pontuação do OHIP-14, ou seja, os códigos para cada uma das 14 respostas, como discriminados acima, são somados; desse modo, a pontuação do OHIP-14 varia entre 0 e 56, sendo valores mais altos ligados a melhores níveis de QVRS; em resumo, há uma relação direta entre a pontuação do OHIP e o nível de QVRS. De acordo com Oliveira e Nadanovski (2005), o método aditivo apresenta um melhor desempenho do que o de contagem simples e, em termos de discriminação entre os grupos é semelhante ao método padronizado ponderado.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

À medida que foram coletados os dados foram inseridos e tabulados em planilha eletrônica e os cálculos estatísticos realizados por meio do *software* SPSS 20 (SPSS INC., Chicago, IL, EUA).

A caracterização sociodemográfica foi determinada para o grupo geral e estratificada por idade, gênero, escolaridade, renda mensal, e atividade/inatividade no trabalho. A caracterização clínica para DCV foi estratificada por presença de hipertensão arterial, história de tabagismo, índice de massa corporal (IMC).

Os dados coletados pelo CADE-Q SV foram convertidos em escores conforme recomendação dos autores (GHISI et al, 2016). Num primeiro momento, foram somados em cada um de seus cinco domínios e, depois, somando diretamente esses domínios para obtenção de um escore total que vai de 0 (pior

nível de conhecimento sobre DAC) a 20 (melhor nível de conhecimento sobre DAC). Para cada domínio, bem como para o total, calculou-se média e desvio padrão relacionado a cada variável dos aspectos sociodemográficos e clínicos.

As respostas ao SF-36 e ao OHIP-14, bem como os dados obtidos no exame clínico periodontal, também foram convertidos em escores e pontuadas para cada uma das suas dimensões, das quais foram calculadas média e desvio padrão tanto para a amostra geral quanto para cada uma das variáveis sociodemográficas e clínicas. Além da estatística descritiva foi calculada a relação entre as médias dos escores e essas variáveis sociodemográficas e clínicas utilizando o teste *t de Student* (por se tratarem de dados com distribuição normal, estabelecida pelo uso do teste *Shapiro-Wilk*) e ANOVA One Way, quando as variáveis apresentavam mais que duas categorias. Para realizar a associação entre médias dos instrumentos utilizados, foi utilizada a correlação de Pearson. Em todos os testes, o nível de significância foi 0,05.

5 RESULTADOS

Como um dos resultados desta pesquisa, foi produzido um artigo científico de título “*Relação entre saúde bucal, entendimento sobre doença arterial coronariana e qualidade de vida em cardiopatas*”, já submetido a um periódico com comprovação de submissão constando como apêndice D deste trabalho.

5.1 CONCORDÂNCIA INTRA-INTEREXAMINADOR

O coeficiente Kappa mostrou os índices de concordância apresentados na tabela 5-1 para as calibrações intraexaminador e interexaminadores, obtidos com exames feitos em duplicata com intervalos de 40 minutos entre o primeiro e o segundo. A calibração foi realizada sobre o exame de 432 sítios, 72 dentes, realizado em dois momentos diferentes – antes do início das coletas e após o atendimento de 126 pacientes.

TABELA 5-1. Concordância intra e interexaminador para os parâmetros periodontais RG, PCS e PCI.

	Examinador 1	Examinador 2	Examinador 1 “versus” Examinador 2
Momento 1			
RG	1,00 (1,00 – 1,00)	0,90 (0,94 – 0,96)	0,61 (0,73 – 0,83)
PCS	0,92 (0,96 – 0,98)	0,92 (0,92 – 0,95)	0,89 (0,87 – 0,93)
PCI	0,91 (0,96 – 0,98)	0,87 (0,93 – 0,96)	0,79 (0,79 – 0,87)
Momento 2			
RG	0,98 (0,99 – 0,99)	0,82 (0,90 – 0,94)	0,51 (0,52 – 0,65)
PCS	0,99 (0,99 – 0,99)	0,93 (0,92 – 0,95)	0,93 (0,87 – 0,91)
PCI	0,93 (0,96 – 0,98)	0,94 (0,93 – 0,96)	0,78 (0,75 – 0,83)

RG = recessão gengival; **PCS** = profundidade clínica de sondagem; **PCI** = perda clínica de inserção.

Teste Kappa ponderado (IC 95%) Interpretação Valor Coeficiente Kappa:

<0 - Não existe concordância / 0 a 0,20 – Concordância mínima / 0,21 a 0,40 - Concordância razoável / 0,41 a 0,60 - Concordância moderada / 0,61 a 0,80 - Concordância substancial / 0,81 a 1,0 - Concordância Perfeita (Fonte: Landis e Koch, 1977).

5.2 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A amostra estimada era n=124; porém, como foi realizada coleta do CADE-Q SV posteriormente à realização do exame clínico bucal e do preenchimento dos

questionários SF-36 e OHIP-14, houve uma perda de 6 sujeitos, totalizando uma amostra final de $n=118$ pacientes portadores de doença cardiovascular. A população mostrou pacientes entre 18 a 77 anos, com uma média de idade de $51 \pm 12,74$. Também foi possível constatar que 61% da população do estudo eram mulheres, 54% eram idosos - ou seja, tinham 60 anos ou mais – e 66% se encontrava em um relacionamento estável. Em relação ao nível educacional, 59% da amostra tinha 12 anos de estudo ou menos e, a respeito da renda familiar mensal, predominou a baixa renda: 90,7% declarou receber entre 1 e 3 salários mínimos por mês.

5.3 ASPECTOS CLÍNICOS

A respeito dos aspectos clínicos, foi observado que metade da amostra ($n=59$) é hipertensa e que somente 20% estão com índice de massa corporal dentro do indicado (36% apresentou sobrepeso e 44%, obesidade). Sobre o hábito do tabagismo, 66% declararam não fumar, enquanto 25% tiveram história positiva para o hábito e somente 9% fuma atualmente.

Os dados obtidos a respeito das características clínicas periodontais são apresentados na tabela 5-2, onde se encontram mínimo, máximo, média e desvio padrão para a porcentagem de sítios com a característica – exceto em relação ao número de dentes, que significa a porcentagem média de dentes ausentes

Os homens mostraram média melhor à das mulheres no que diz respeito à porcentagem de sítios com sangramento à sondagem (SS), onde tiveram 42% dos sítios com SS, enquanto elas tiveram 51%. As categorias de renda, estado civil e índice de massa corporal não mostraram diferenças significativas em associação com nenhum dos parâmetros bucais avaliados. Os hipertensos tiveram um percentual significativamente maior de sítios com SS (hipertensos 53% / normotensos 42%).

A idade pareceu exercer grande influência na caracterização dos aspectos clínicos bucais; idosos tiveram maior percentual de dentes ausentes (44%, enquanto indivíduos com menos de 60 anos apresentaram 17%), maior quantidade de sítios com PCI entre 3 e 4 mm (9%, em comparação com 3,5% dos mais jovens) e com PCI >5 mm (19% dos sítios em idosos e 4% em indivíduos com menos de 60 anos).

Tabela 5-2. Representação dos parâmetros clínicos bucais avaliados, com mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Parâmetros clínicos bucais (% de sítios)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Dentes ausentes	0	78,5	31,9	26,5
Biofilme	12,5	100	66,7	25,5
Sangramento à Sondagem	4,2	100	47,9	23,3
Supuração	0	59,5	3,5	9,4
Profundidade clínica de sondagem				
PCS=1-3mm	21,2	100	85,6	16,6
PCS=4-5mm	0	66,6	12,8	13,9
PCS?6mm	0	40,9	1,4	4,3
Recessão gengival				
RG=0mm	0	100	82,6	22,2
RG=1-3mm	0	83,3	12,5	14,4
RG?4mm	0	61,1	4,7	11,3
Perda clínica de inserção				
PCI=0mm	0	100	70,7	24,2
PCI=1-2mm	0	66,6	10,7	12,3
PCI=3-4mm	0	28,7	6,4	6,8
PCI?5mm	0	85	12	18,9

mm= milímetros / DP=desvio-padrão.

A respeito da recessão gengival (RG), idosos tiveram 8% de sítios com RG>4mm, enquanto sujeitos mais jovens não alcançaram a média de 1%. Ainda a respeito das diferenças observadas na dicotomização da idade, idosos tiveram menor porcentagem de sítios com SS (42%) quando comparados aos mais jovens (54%); isso, porém, pode ser explicado pelo menor número de dentes em boca, o que diminui a possibilidade de ocorrência de SS. Os parâmetros clínicos mais relacionados à saúde periodontal - ou seja, RG igual a zero ou mais baixas, PCI igual a zero ou mais baixas, PCS entre 1 a 3mm – foram associados aos sujeitos mais jovens, que mostraram médias mais altas. Houve diferença estatisticamente significativa entre grupos na categoria tabagismo em relação à porcentagem de dentes ausentes, sendo que o grupo que apresentou maior percentual foi o de ex-fumantes, enquanto que o que apresentou a menor porcentagem foram os não-tabagistas.

A escolaridade apontou diferenças nos parâmetros dentes ausentes, onde indivíduos com mais de 12 anos de estudo mostraram média de 17% de dentes ausentes, enquanto os com menor nível educacional mostraram 44%. Outro aspecto

que pareceu sofrer influencia da educação foi a quantidade de biofilme – os dados mostraram que indivíduos com mais de 12 anos de estudo tiveram uma maior porcentagem de sítios com biofilme (71%) do que aqueles com menos de 12 anos de estudo (60%).

5.4 GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE DOENÇA CORONARIANA

A tabela 5-3 mostra o grau de conhecimento sobre doenças cardíacas obtido com o CADEQ-SV de acordo com a idade, gênero e qualidade de vida, mostrando não haver diferença significativa nos domínios.

Tabela 5-3. Grau de conhecimento sobre cardiopatias obtido com o CADEQ SV (Questionário para educação do paciente coronariano) de acordo com a idade, gênero e qualidade de vida.

Domínios	Idade (anos)		<i>p</i>	Gênero		<i>p</i>	Qualidade de vida (SF-36)		<i>p</i>
	>59 n = 64 (54%)	≤60 n = 54 (46%)		Fem. n = 72 (61%)	Masc. n = 46 (39%)		≤49 n = 46 (39%)	>49 n = 72 (61%)	
CADEQ-SV (Média e DP)									
Exercício	1,75±1,0	1,48±1,1	0,17	1,61±1,0	1,65±1,1	0,83	1,71±1,0	1,56±1,1	0,46
Clínico	1,59±1,1	1,48±0,9	0,55	1,48±0,9	1,63±1,1	0,45	1,60±1,1	1,50±1,0	0,57
Fatores de risco	1,98±0,9	1,81±1,0	0,34	1,84±1,0	2,00±0,9	0,40	1,84±0,9	1,94±1,0	0,59
Dieta	1,68±0,8	1,81±0,9	0,43	1,76±0,8	1,71±0,9	0,77	1,80±0,8	1,70±0,9	0,56
Risco psicossocial	1,67±0,9	1,66±1,0	0,97	1,72±1,0	1,58±0,9	0,46	1,54±1,0	1,75±0,9	0,26
CADEQ total	8,68±2,3	8,25±2,6	0,34	8,43±2,3	8,58±2,6	0,73	8,52±2,4	8,47±2,4	0,91

Teste t de *student* para amostras não pareadas

5.5 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

A tabela 5-4 apresenta os dados das dimensões do SF-36 de acordo com idade, OHIP-14, escolaridade e renda familiar. A média total do SF-36 mostrou diferença significativa entre as categorias da renda familiar, sendo que os indivíduos com renda maior que 3 salários mínimos tiveram maior QV (* $p \leq 0,01$); a renda também influenciou no domínio “aspectos sociais”, em que indivíduos com renda maior que 3 salários mínimos tiveram pontuações maiores (* $p = 0,02$).

Tabela 5-4. Qualidade de vida geral (SF-36) em pacientes cardiopatas de acordo com a idade, impacto da saúde bucal na qualidade vida (OHIP-14), escolaridade e renda familiar.

Domínios	Idade (anos)		<i>p</i>	OHIP-14		<i>p</i>	Escolaridade (anos)		<i>p</i>	Renda Familiar (salário mínimo)		<i>p</i>
	>59	≤60		≤15	>15		≤12	>12		≤3	>3	
SF-36 (Média e DP)	n = 64 (54%)	n = 54 (46%)		n = 105 (89%)	n = 13 (11%)		n = 70 (59%)	n = 48 (41%)		n = 107 (91%)	n = 11 (9%)	
Capacidade funcional	49,4±34	62,1±34	0,04*	56,6±34	43,8±32	0,21	48,5±33	65,0±34	0,01*	53,3±35	73,1±27	0,07
Aspectos físicos	31,6±42	53,2±45	≤0,01*	42,8±44	30,7±44	0,36	37,1±43	47,±46	0,20	39,7±45	59,1±41	0,17
Dor	52,8±27	60,8±27	0,12	59,9±26	28,9±19	≤0,01*	53,8±27	60,4±27	0,20	56,2±28	58,8±21	0,77
Estado geral de saúde	63,5±25	60,1±22	0,44	64,5±22	41,6±26	≤0,01*	60,7±25	63,8±22	0,49	62,0±24	61,7±18	0,06
Vitalidade	54,1±24	51,9±26	0,64	55,9±24	30,3±23	≤0,01*	53,9±23	57,±27	0,68	52,0±25	64,1±19	0,13
Aspectos sociais	68,5±30	74,0±29	0,32	74,5±28	43,2±28	≤0,01*	68,7±29	74,4±29	0,30	69,0±30	90,9±12	0,02*
Aspectos emocionais	46,8±45	57,4±48	0,22	54,9±46	25,6±38	0,03*	48,0±45	56,9±48	0,31	49,22±47	75,7±36	0,07
Saúde mental	62,7±23	61,8±23	0,83	64,8±22	42,4±20	≤0,01*	62,5±22	62,0±23	0,89	61,4±23	70,5±13	0,21
SF-36 total	52,8±22	60,2±23	0,84	58,7±21	35,8±24	≤0,01*	54,1±22	59,1±23	0,24	54,8±23	69,2±11	0,04*

(*) diferenças significativas; teste t de *student* para amostras não pareadas.

5.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

A QVRSO (OHIP-14) mostrou valores baixos (a pontuação do instrumento vai de 0 a 56) que indicam pouca influência das condições bucais na qualidade vida. Os dados considerando a idade, gênero e qualidade de vida geral são apresentados na tabela 5-5.

5.7 PARÂMETROS PERIODONTAIS

As condições bucais são apresentadas na tabela 5-6, sendo os pacientes divididos de acordo com o CADEQ SV, OHIP-14 e SF-36. Foram observadas diferenças significativas entre os indivíduos com SF-36≤49 em comparação os de

SF>49 considerando número de dentes ($p=0,02$) e sangramento à sondagem ($p<0,01$).

Tabela 5-5. Impacto da saúde bucal na qualidade vida (OHIP-14) em pacientes cardiopatas de acordo com a idade, gênero, escolaridade e qualidade de vida geral (SF-36).

Domínios OHIP-14 (Média e DP)	Idade (anos)		p	Gênero		p	Escolaridade (anos)		p	Qualidade de vida (SF-36)		p
	>59	≤60		Fem.	Masc.		≤12	>12		≤49	>49	
	n = 64 (54%)	n = 54 (46%)		n = 72 (61%)	n = 46 (39%)		n = 70 (59%)	n = 48 (41%)		n = 46 (39%)	n = 72 (61%)	
Limitação funcional	0,64±0,9	0,61±0,9	0,86	0,67±0,9	0,55±0,9	0,48	0,76±1,0	0,42±0,6	0,04*	0,92±1,0	0,43±0,8	<0,01*
Dor física	1,46±1,0	1,15±1,0	0,11	1,36±1,1	1,26±1,0	0,61	1,47±1,0	1,10±1,0	0,05	1,78±1,0	1,02±0,9	<0,01*
Desconforto Psicológico	1,64±1,3	1,59±1,3	0,82	1,68±1,4	1,52±1,2	0,52	1,57±1,3	1,22±1,4	0,30	2,16±1,3	1,27±1,2	<0,01*
Deficiência física	0,89±1,0	0,95±1,2	0,79	1,04±1,2	0,72±1,0	0,13	0,98±1,2	0,83±1,1	0,47	1,30±1,2	0,68±1,0	<0,01*
Deficiência psicológica	1,28±1,1	1,05±1,1	0,25	1,29±1,1	1,00±1,1	0,15	1,30±1,1	1,01±1,1	0,16	1,65±1,1	0,88±1,0	<0,01*
Deficiência social	0,73±1,0	0,57±1,0	0,39	0,71±1,1	0,57±0,8	0,47	0,75±1,1	0,53±0,8	0,25	0,98±1,2	0,45±0,8	<0,01*
Desvantagem	0,68±1,0	0,61±1,1	0,69	0,77±1,2	0,46±0,8	0,13	0,73±1,1	0,53±1,0	0,30	1,09±1,3	0,36±0,7	<0,01*
OHIP- Total	7,30±5,7	6,61±6,0	0,52	7,54±6,0	6,10±5,5	0,19	7,57±6,1	6,12±5,3	0,18	9,91±6,1	5,11±4,5	<0,01*

(*) diferenças significativas; teste t de *student* para amostras não pareadas.

5.8 ASSOCIAÇÕES ENTRE INSTRUMENTOS

Correlação (tabela 5-7) entre os instrumentos utilizados para mensurar qualidade de vida (SF-36), impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) e questionário para educação do paciente coronariano (CADEQ sv) mostrou correlação entre SF-36 e OHIP-14 ($r=-0,47$, $p<0,01$).

Tabela 5-6. Parâmetros clínicos bucais (Media%±DP) dos indivíduos cardiopatas de acordo com CADEQ SV (Questionário para educação do paciente coronariano), OHIP-14 (Impacto da saúde bucal na qualidade de vida) e SF36 (Short form– 36).

PARÂMETROS BUCAIS (%)	CADEQ SV		p	OHIP-14		p	SF-36		p
	≤8 n = 69 (58%)	>8 n =49 (42%)		≤15 n =105 (89%)	>15 n =13 (11%)		≤49 n =46 (39%)	>49 n =72 (61%)	
n. dentes ausentes	31±27	33±26	0,76	32±26	34±31	0,82	39±26	28±26	0,02*
Biofilme	67±26	67±25	0,98	68±25	60±29	0,33	70±24	67±26	0,27
Sangramento à sondagem	49±24	46±23	0,61	48±23	47±22	0,84	40±23	53±22	<0,01*
Supuração	4±11	3±6	0,85	4±10	3±7	0,95	4±10	3±9,17	0,83
Profundidade Clínica de Sondagem									
1-3mm	85±16	87±18	0,58	86±17	86±16	0,88	88±14	84±18	0,21
4-5mm	13±12	12±16	0,68	13±14	13±14	0,95	11±13	14±14	0,29
>6mm	2±5	1±2	0,42	2±5	1±2	0,70	1±2	2±5	0,17
Recessão Gengival									
0mm	83±23	82±21	0,65	83±21	81±30	0,76	82±21	83±23	0,72
1-3mm	13±15	12±18	0,91	13±14	11±15	0,74	14±13	12±15	0,54
>4mm	4±10	6±13	0,31	4±10	8±18	0,32	5±11	5±12	0,93
Perda Clínica de Inserção									
0mm	71±24	71±24	0,95	71±23	70±23	0,90	72±23	70±25	0,70
1-2mm	11±11	10±14	0,55	11±12	10±11	0,80	9±12	12±13	0,37
3-4 mm	6±8	6±7	0,89	7±7	8±8	0,70	7±8	6±6	0,27
>5mm	12±20	13±18	0,79	18±2	25±7	0,65	11±16	12±21	0,76

(*) diferenças significativas; teste t de *student* para amostras não pareadas.

Tabela 5-7. Correlação entre os instrumentos utilizados para mensurar qualidade de vida (SF-36), impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) e questionário para educação do paciente coronariano(CADE-Q SV).

Instrumentos	CADEQ sv		OHIP-14		SF-36	
	r	p	r	p	r	p
CADEQ sv	---	---	-0,04	0,62	0,01	0,95
OHIP-14	-0,04	0,62	---	---	-0,47	<0,01*
SF-36	0,01	0,95	-0,47	<0,01*	---	---

(*) Correlação significativa; Teste de Pearson

6 DISCUSSÃO

Os nossos resultados mostraram que não há diferença entre o grau de conhecimento sobre doenças cardiovasculares considerando o gênero, a idade e a qualidade de vida geral. Isso difere da literatura, que aponta diferenças no grau de conhecimento de acordo com a idade, a escolaridade e a renda familiar (GHISI et al, 2018). O grau de conhecimento seguiu o mesmo padrão referido em outros estudos com o CADEQ SV, mostrando médias baixas, o que expõe a carência de medidas e estratégias de ensino na educação de pacientes cardíacos (GHISI et al, 2018; GRACE et al, 2016; ROSA; LAMARI, 2017).

A média geral do OHIP-14 em nossa pesquisa foi menor que o observado na literatura (USTAOĞLU; GÖLLERBULUT; GÜMÜŞ; ANKARALI, 2019; MENDEZ; MELCHORSANGST; STADLER; OPPERMANN; GOMES, 2017), o que significa que nesses indivíduos o impacto causado pela saúde bucal na qualidade de vida (QV) é menor. Essa diferença de valores entre os escores totais encontrados em diferentes estudos (USTAOĞLU; GÖLLERBULUT; GÜMÜŞ; ANKARALI, 2019; MENDEZ; MELCHORSANGST; STADLER; OPPERMANN; GOMES, 2017), pode ser associada à população, ao tamanho da amostra e/ou aos métodos utilizados. A respeito da influência da idade, - embora isso não tenha sido observado nesta pesquisa -, o que a literatura aponta é que, no geral, o envelhecimento é associado a uma pior percepção bucal (BERNABÉ; MARCENES, 2010; GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013). Sabe-se que o nível educacional do indivíduo também tem impacto na QV (GUERRA; GRECO; LEITE; FERREIRA; PAULA, 2014); nossos resultados mostraram que indivíduos com menos de 12 anos de estudo tiveram menores valores no domínio “limitação funcional” do OHIP-14 e também nas dimensões “capacidade funcional” e “dor” do SF-36. O grau de escolaridade é um fator muito importante na QV de pacientes cardiopatas, associada, inclusive, à ocorrência de reinternações e mortalidade (ROSA; LAMARI, 2017). A melhor QV é associada às situações econômicas mais favoráveis (GABARDO; MOYSÉS; MOYSÉS, 2013); a amostra desta pesquisa segue a mesma tendência.

Nos nossos resultados, a relação entre os parâmetros clínicos bucais e os dados da QV teve significância somente no que diz respeito ao número de dentes de sítios com sangramento à sondagem. Pacientes com maiores escores no SF-36 (melhor qualidade de vida geral) tiveram maior número de dentes e maior percentual

de sítios com sangramento à sondagem. Uma vez que indivíduos com pior qualidade de vida possuíam menor número de dentes, por consequência o número de sítios com sangramento também era reduzido, visto que, os dentes remanescentes se encontravam em melhores condições.

O SF-36 é, frequentemente, interpretado como uma medida de qualidade de vida relacionada à saúde, pelo fato de a saúde e a QV possuírem definições inconsistentes, porém sobrepostas de maneira ampla (LoMARTIRE et al, 2020). Já o instrumento OHIP-14 foi desenvolvido para avaliar desconfortos, disfunções e incapacidades atribuídos a alterações bucais e fornecer um perfil de impacto da doença na qualidade de vida (SLADE, 1997). O OHIP-14 é considerado um indicador válido e reprodutível para obter sentimentos e percepções dos respondentes em relação à própria condição bucal (SILVEIRA; PINHO; BRITO, 2019).

O questionário SF-36 mostrou diferenças significativas nos domínios “capacidade funcional” e “aspectos físicos” de acordo com a idade dos indivíduos, sendo que aqueles com menos de 60 anos alcançaram valores maiores. O domínio “capacidade funcional” visa medir o grau de limitação na execução de tarefas físicas rotineiras, enquanto o “aspectos físicos” tem o propósito de mensurar a limitação do indivíduo em relação ao trabalho no que diz respeito ao uso do tempo, à quantidade de trabalho que se pode executar e à dificuldade na realização das tarefas (FERREIRA; SANTANA, 2003). Desse modo, nossos resultados foram semelhantes ao que é visto em outros trabalhos – que o avançar da idade limita a execução de tarefas rotineiras, aumenta o tempo para execução destas, diminui a quantidade de trabalho passível de ser feita em determinado tempo e aumenta a dificuldade na sua realização (FERREIRA; SANTANA, 2003). Além disso, o domínio “aspectos emocionais” teve diferença significativa entre grupos na categoria tabagismo, sendo que indivíduos que fumam apresentaram menor QV que os que não fumam; embora não seja possível determinar relações de causalidade em estudo transversal, pode ser que os pacientes que pararam de fumar tenham dificuldades devido à restrição do hábito, o que pode se refletir na dimensão emocional, na qual os resultados observados foram significativos (SALES; OLIVEIRA; MATTOS; VIANA; PEREIRA, 2009).

Nossos resultados mostraram uma relação significativa entre SF-36 e OHIP-14, esse achado foi semelhante ao encontrado em outros estudos (PEREIRA et al,

2017; ZUCOLOTO; MAROCO; CAMPOS, 2016). Isso significa que SF-36, menor o impacto da saúde bucal na QV obtida por meio do OHIP-14. Sobre as pesquisas em saúde bucal e qualidade de vida, há uma valorização do uso associado de instrumentos subjetivos – no caso, o OHIP-14 – e da avaliação clínica normativa; os instrumentos subjetivos são úteis, válidos e reprodutíveis na identificação das necessidades autopercebidas (LOCKER; QUIÑONEZ, 2011; NGUYEN; WITTER; BRONKHORST; GERRITSEN; CREUGERS, 2011).

Como limitação do estudo, pode-se apontar o fato de a amostra não ter sido obtida exclusivamente de um programa de reabilitação cardíaca e sim de múltiplos ambulatorios de especialidades médicas a nível terciário de saúde, fazendo com que haja uma seara de comorbidades presentes, caracterizando estes pacientes como portadores de multimorbidades, o que pode levar ao surgimento de vieses nas inferências. Adicionalmente, a amostra por conveniência foi obtida de uma única instituição de assistência à saúde. Além disso, o delineamento transversal impede a análise de comportamento das variáveis ao longo do tempo e a determinação de inter-relações de causalidade. Porém, apesar destas limitações estudos desta natureza são válidos para o planejamento das estratégias de atendimento de indivíduos com cardiopatias, uma vez que, a condição bucal pode ter uma influência direta na condição sistêmica do paciente.

7 CONCLUSÃO

Concluímos que o grau de conhecimento sobre as doenças cardiovasculares não varia entre gênero, idade e entre indivíduos cardiopatas com diferentes percepções de qualidade de vida. As condições bucais não diferem entre os indivíduos com maior e menor grau de conhecimento sobre as doenças cardiovasculares, assim como melhor ou pior qualidade de vida.

Ficou evidente que a qualidade de vida geral está associada ao grau de impacto da saúde bucal na qualidade de vida, sendo que indivíduos com menor qualidade de vida percebem um maior impacto da condição bucal.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, A. C.; SILVA, I. Qualidade de vida relacionada com saúde oral e variáveis associadas: revisão integrativa. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 16, n. 32, p. 311-330, 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300004. Acesso em: 01 dez. 2020
- AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **Int Dent J**, vol. 25, pp.229-35, 1975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1058834/>. Acesso em: 01 dez. 2020
- AL-HARTHI, L. S.; CULLINAN, M. P.; LEICHTER, J. W.; THOMSON.W. M. The impact of periodontitis on oral health-related quality of life: a review of the evidence from observational studies. **Australian Dental Journal**, vol 58, pp 274–277, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23981206/>. Acesso em: 01 dez. 2020
- ALLEN, P. F. Assessment of oral health related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**. vol 1, pp 1-8, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC201012/>. Acesso em: 01 dez. 2020
- ALONSO, J. et al. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. **Qual Life Res**, vol 13, pp 283-98, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15085901/>. Acesso em: 01 dez. 2020
- AL SHAMRANY, M. Oral health- related quality of life: a broader perspective. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 12, n. 6, p.894-901, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17333837/>. Acesso em: 01 dez. 2020
- AN, G.K. et al. Association of radiographically diagnosed apical periodontitis and cardiovascular disease: a hospital records-based study. **J Endod**, vol 42, n. 6, p. 916-20, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27091354/>. Acesso em: 01 dez. 2020
- ANDERSON, L. et al. Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Coronary Heart Disease: Cochrane Systematic Review and Meta-Analysis. **J Am CollCardiol**. vol 67, n. 1, p. 1-12, jan, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109715071193?via%3Dihub>. Acesso em: 01 dez. 2020
- ANDERSSON, P.; HAKEBERG, M.; KARLBERG, G.; OSTBERG, A. L. Clinical correlates of oral impacts on daily performances. **Int J Dent Hyg**, v. 8, pp 219–226, 2010. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1601-5037.2010.00456.x>. Acesso em: 01 dez. 2020
- BAIJU, R. M. et al. Oral Health and Quality of Life. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. v. 11, n. 6, pp ZE21-ZE26, junho, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5535498/>. Acesso em: 01 dez. 2020

BARCONES-MOLERO, M. F. et al. Influencia de la obesidad y la ganancia de peso sobre la calidad de vida según el SF-36 en individuos de la cohorte dinámica Seguimiento Universidad de Navarra. **Rev Clin Esp**. v. 218, n. 8, 2018. Disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.rce.2018.05.005>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BECK, C. L. C.; BUDÓ, M. L. D.; GONZALES, R. M. B. A qualidade de vida na concepção de um grupo de professores de enfermagem elementos de reflexão. **Rev Esc Enfermagem USP**, v. 33, n. 4, pp 348-54, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341999000400004. Acesso em: 01 dez. 2020

BENSENOR, I. M.; GOULART, A. C.; SANTOS, I. S.; LOTUFO, P. A. Prevalence of cardiovascular risk factors worldwide and in Brazil. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 29, n. 1, pp 18-24, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2019000100429&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 01 dez. 2020

BERNABE, E.; MARCENES, W. Periodontal disease and quality of life in British adults. **J Clin Periodontol**, v. 37, pp 968–972, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20880054/>. Acesso em: 01 dez. 2020

BORGES, J.W.P.; MOREIRA, T.M.M.; RODRIGUES, M.T.P.; OLIVEIRA, C.J. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 487-494, abril, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000200030>. Acesso em: 01 dez. 2020

BORTOLUZZI, M. C. et al. Tooth loss, chewing ability and quality of life. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 3, p 393–397, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636836/>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004: Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 06 dez. 2020.

BROWN, J. P. et al. Patient education in the management of coronary heart disease. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 12, 2011. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008895.pub3/full?cookiesEnabled>. Acesso em: 01 dez. 2020.

BUSET, S. L. et al. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. **J Clin Periodontol**, v. 43, p 333–344, 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jcpe.12517>. Acesso em: 01 dez. 2020.

CAFIERO, C. et al. Periodontal Care as a Fundamental Step for an Active and Healthy Ageing. **The Scientific World Journal**, v. 2013, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2013/127905>. Acesso em: 01 dez. 2020.

CAMELIER, A. A. Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde em Pacientes com DPOC: estudo de base populacional com o SF-12 na cidade de São

Paulo-SP. 2004. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, **Universidade Federal de São Paulo**, 2004. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/20321>. Acesso em: 06 dez. 2020.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saude Publica**, v. 31, n. 2, p 209-213, 1997.

CARR, A. J.; THOMPSON, P. W.; KIRWAN, J. R. Quality of life measures. **Br J Rheumatol**, v. 35, n. 3, p 275-81, 1996.

CARRA, M. C. et al. Self-report assessment of severe periodontitis: Periodontal screening score development. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 45, n. 7, p 818–31, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29611224/>. Acesso em: 01 dez. 2020.

CARVALHO, C. A. et al. The association between cardiovascular risk factors and anthropometric obesity indicators in university students in São Luís in the State of Maranhão, Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 479-90, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.02342014>. Acesso em: 01 dez. 2020.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1547-54, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700090. Acesso em: 01 dez. 2020.

CHAPPLE, I. L. et al. Interaction of lifestyle, behaviour or systemic diseases with dental caries and periodontal diseases: consensus report of group 2 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 44, n. 18, p. 39–51, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.12685>. Acesso em: 01 dez. 2020.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-50, 1999.

COHEN, L. K.; JAGO, J.D. Toward the formulation of sociodental indicators. **Int J Health Serv**, v. 6, p. 681–698, 1976.

CUNHA-CRUZ, J.; HUJOEL P. P.; KRESSIN, N.R. Oral health-related quality of life of periodontal patients. **J Periodontal Res**, v. 42, p. 169–176, 2007.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Oral Health Strategic Framework, 2014–2017. **Public Health Reports**, v. 131, n. 2, p. 242–257, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/003335491613100208>. Acesso em: 01 dez. 2020.

DIETRICH, T. et al. Prediction of periodontal disease from multiple self-reported items in a German practice-based sample. **J Periodontol**, v. 78, n. 7, p. 1421-8, 2007. Disponível em:

<https://aap.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1902/jop.2007.060212>. Acesso em: 01 dez. 2020.

DURHAM, J. et al. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. **Journal of dentistry**, v. 41, p. 370–376, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300571213000262?via%3Di> hub. Acesso em: 01 dez. 2020.

EBRAHIM, S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. **Social Science and Medicine**, v. 41, p. 1383–94, 1995.

FDI WORLD DENTAL FEDERATION. FDI policy statement on oral health and the social determinants of health. **International Dental Journal**, v. 63 p.. 287– 288, 2013. Disponível em: <https://www.fdiworldddental.org/resources/policy-statements-and-resolutions/oral-health-and-the-social-determinants-of-health>. Acesso em: 02 dez. 2020.

FERRANS, C. E. Development of a conceptual model of quality of life. **SchInq Nurs Pract**, v. 10, n. 3, p. 293-304, 1996.

FERREIRA, P. L.; SANTANA, P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 15-30, 2003. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/270451267>. Acesso em: 02 dez. 2020

FERRETTI, F. et al. Impacto de programa de educação em saúde no conhecimento , de idosos sobre doenças cardiovasculares. **Rev. salud pública**, v. 16, n. 6, p. 807-820, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsap/2014.v16n6/807-820/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

FINEGOLD, J. A.; ASARIA, P.; FRANCIS, D. P. Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organization and United Nations. **Int J Cardiol**, v. 168, n. 2, p. 934-45 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.10.046>. Acesso em: 01 dez. 2020.

FLECK, M. P. A., et al . Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, Mar. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 07 mar. 2020.

FRENCKEN, J. E. et al. Global epidemiology of dental caries and severe periodontitis - a comprehensive review. **J ClinPeriodontol**, v. 44, n. 18, p. 94-105, 2017. Disponível em: doi: 10.1111/jcpe.12677. Acesso em: 01 dez. 2020.

GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 6, p.439–45, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n6/439-445/pt/> . Acesso em: 02 dez. 2020.

GARCIA, P. P. N. S.; CORONA, S. A. M.; VALSECKI Jr, A. Educação e motivação: I. Impacto de um programa preventivo com ênfase na educação de hábitos de higiene

oral. **Rev. Odontol. UNESP**. vol 27, n. 2, p.393-403, 1998. Disponível em: <https://www.revodontolunesp.com.br/article/588017897f8c9d0a098b479f/pdf/rou-27-2-393.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GAZMARARIAN, J. A.; WILLIAMS, M.V.; PEEL, J.; BAKER, D. W. Health literacy and knowledge of chronic disease. **Patient Educ Couns**, v. 51, n. 3, p. 267-75, 2003. Disponível em: Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14630383/>. 02 dez. 2020.

GHISI, G. L. et al. Construction and validation of the CADE-Q for patient education in cardiac rehabilitation programs. **Arq Bras Cardiol**, v. 94, n. 6, p. 813-22, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20464275/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GHISI, G. L.; OH, P.; THOMAS, S.; BENETTI, M. Development and validation of an English version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q). **Eur J Prev Cardiol**, v. 20, n. 2, p. 291-300, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20464275/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GHISI, GL. et al. Development and psychometric validation of the second version of the Coronary Artery Disease Education Questionnaire (CADE-Q II). **Patient EducCouns**. vol 98, núm 3, p. 378-83, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399114004923>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GHISI, G. L.; SANDISON, N.; OH, P. Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. **Patient Educ Couns**, v. 99, n. 3, p. 443-7, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26610390/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GHISI, G. L. et al. Validação da Versão Brasileira do Questionário Curto para Avaliar Conhecimento de Pacientes com Doenças Cardiovasculares (CADE-Q SV). **Arq Bras Cardiol**, v. 111, n. 6, p. 841-849, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/abc/v111n6/pt_0066-782X-abc-20180169.pdf. Acesso em: 02 dez. 2020.

GOLD, M. R. et al. Identifying and valuing outcomes. In: Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC, editors. **Cost-effectiveness in health and medicine**. Oxford: Oxford University Press. 1996.

GOMES, M.S. et al. Can apical periodontitis modify systemic levels of inflammatory markers? a systematic review and meta-analysis. **J Endod**. v. 39, p. 1205–17, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24041380/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GONG, R.; CEHM, M. H.; PENG, L.S.; WEI, S. L. Common genes in coronary artery disease from Europe, Asia and North America regardless of race and lifestyle. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v. 19, n. 6, p. 1092-100, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25855937/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GRACE, S. L. et al. Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings: an International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation Consensus

Statement. **Prog Cardiovasc Dis**, v. 59, n. 3, p. 303-22, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27542575/>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GUERRA, M. J. C.; GRECO, R. M.; LEITE, I. S. C.; FERREIRA, E. F.; PAULA, M. V. Q. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4777-86, 2014, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204777&lng=en. <https://doi.org/10.1590/1413812320141912.21352013>. Acesso em: 02 dez. 2020.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol**, v. 24, n. 2, p. 61-3, 1995.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D.L. Measuring health-related quality of life. **Ann Intern Med**, v. 118, n. 8, p. 622-629, 1993.

HAYS, R. D.; REEVE, B. B. Measurement and Modeling of Health-Related Quality of Life. In: Killewo J, Heggenhougen HK, Quah SR, editors. **Epidemiology and Demography in Public Health. San Diego: Academic Press**, p. 195–205, 2010. Disponível em: https://escholarship.org/content/qt70x7m955/qt70x7m955_noSplash_9b64e23432241ff97780c48308397c96.pdf?t=q2whex. Acesso em: 02 dez. 2020.

HERMANS, M. P. et al. Cardiovascular risk factors: Belgian target achievement. **ActaCardiol**, v. 69, n. 5, p. 473- 81, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/AC.69.5.3044873>. Acesso em: 02 dez. 2020.

HOLMSTRUP, P. et al. Comorbidity of periodontal disease: two sides of the same coin? An introduction for the clinician. **J Oral Microbiol**, v. 9, n. 1, 2017. Disponível em: doi: 10.1080/20002297.2017.1332710. Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28748036/>. 02 dez. 2020.

HWANG, L. C.; TSAI, C. H.; CHEN, T. H. Overweight and obesity-related metabolic disorders in hosital employees. **Journal of the Formosan Medical Association, Taipei**, v. 105, p. 56-63, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664609601091?via%3Dihub>. Acesso em: 02 dez. 2020.

INCHINGOLO, F. et al. Influence of endodontic treatment on systemic oxidative stress. **Int J Med Sci**, v. 11, p. 1–6. 2014, Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3880985/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

JIN, L. J. The global call for oral health and general health. **International Dental Journal**, v. 63, p. 281–282, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24716236/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

JOSHIPURA, K. J.; PITIPHAT, W.; DOUGLASS, C. W. Validation of self-reported periodontal measures among health professionals. **J Public Health Dent**, v. 62, n. 2, p. 115-21, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11989207/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

KAPLAN, R. M.; BUSH, J. W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. **Health Psychology**, v. 1, p. 61–80, 1982.

KARIMI, M.; BRAZIER, J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? **Pharmacoeconomics**, v. 34, n. 7, p. 645-649, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26892973/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

KASSEBAUM, N.J. *et al.* Global Burden of Severe Tooth Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of dental research**, v. 93, n. 7, p. 20-8, 2014. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034514537828>. Acesso em: 05 dez. 2020.

KAYANIYIL, S. *et al.* Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. **Patient Educ Couns**, v. 75, p. 99-107, , 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18952393/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

KIM, J, *et al.* Health-related quality of life after interventional or conservative strategy in patients with unstable angina or non-ST-segment elevation myocardial infarction: one-year results of the third Randomized Intervention Trial of unstable Angina (RITA3). **J Am Coll Cardiol**, v. 45, p. 221-8, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15653019/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

KWEON, S. *et al.* Quality of Life and Awareness of Cardiac Rehabilitation Program in People With Cardiovascular Diseases. **Ann Rehabil Med**, v. 41, n. 2, p. 248-256, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426264/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LARSEN, C.; BARENDREGT, D. S.; SLOT, D. E.; VAN DER VELDEN, U.; VAN DER WEIJDEN, F. Probing pressure, a highly under value dunit of measure in periodontal probing: a systematic review on its effect on probing pocket depth. **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 4, p.315–22, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19426178/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LAWRENCE, H.P.; THOMSON, W. M.; BROADBENT, J. M.; POULTON, R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 36, p. 305–316, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18650957/>. Acesso em 05 dez. 2020.

LEONARDI, M. *et al.* Relationships between disability, quality of life and prevalence of nonmotor symptoms in parkinson's disease. **Parkinsonism & related disorders**, v. 18, n. 1, pp 35–39, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353802011002598>. Acesso em 05 dez. 2020.

LEVIN, L.; BECHOR, R.; SANDLER, V.; SAMORODNITZKY-NAVEH, G. Association of self-perceived periodontal status with oral hygiene, probing depth and alveolar bone level among young adults. **N Y State Dent J**, v. 77, n. 1, p. 29-32, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21417164/>. Acesso em 05 dez. 2020.

LIDIN, M.; EKBLOM-BAK, E.; RYDELL, K. M.; HELLENIUS, M. L. Long-term effects of a Swedish lifestyle intervention program on lifestyle habits and quality of life in

people with increased cardiovascular risk. **Scandinavian journal of public health**. v. 46, n. 6, p. 613-622, ago. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29226798/>. Acesso em 05 dez. 2020.

LIMA, K. A.; COSTA, F. N. A. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. **Rev AlimNutr**, v. 16, n. 1, p. 33-8, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/49599695_EDUCACAO_EM_SAUDE_E_PESQUISA_QUALITATIVA_RELACOES_POSSIVEIS. Acesso em 05 dez. 2020.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and quality of life. Em: G. D. Slade (Ed.), **Measuring oral health and quality of life**.p 11-23, 1997. Disponível em: <http://www.adelaide.edu.au/arc poh/downloads/publications/reports/miscellaneous/measuring-oralhealth-and-quality-of-life.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2020.

LOCKER, D.; QUIÑONEZ, C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? Community **Dent Oral Epidemiol**, v. 39, n. 1, pp. 3-11, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/49642260_To_what_extent_do_oral_disorders_compromise_the_quality_of_life. Acesso em: 05 dez. 2020.

LOCKHART, P.B. *et al.* Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 125, p. 2520–44, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22514251/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LoMARTIREet al. Psychometric properties of Short Form-36 Health Survey, Euro Qol 5-dimensions, and Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with chronic pain. **PainJournal**, v. 161, n. 1, p. 83-95, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31568237/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LOPES, M. W.; GUSMAO, E.S.; ALVES, S. H.; CIMOES, R. The impact of chronic periodontitis on quality of life in Brazilian subjects. **ActaStomatologicaCroatica**, v. 43, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439623/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

LOPEZ, R.; BAEUM, V. Oral health impact of periodontal diseases in adolescents. **J Dent Res**, v. 86, p. 1105–1109, 2007. Disponível em: . Acesso em: 05 dez. 2020.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009. Acesso em: 05 dez. 2020.

MANSUR, A.P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arq Bras Cardiol**, v. 99, n. 2, p. 755-61, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012005000061>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MARTINS, J. J. *et al.* Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 443 – 456, 2007. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MATCHAM, F.; NORTON, S.; STEER, S.; HOTOPF, M. Usefulness of the SF-36 health survey in screening for depressive and anxiety disorders in rheumatoid arthritis. **BMC Musculoskelet Disord**, v. 17, p. 224, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27215696/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MATTILA, K.J. *et al.* Association between dental health and acute myocardial infarction. **BMJ**, v. 298, p. 779–81, 1989.

MENDEZ, M.; MELCHORSANGST, P. D.; STADLER, A. F.; OPPERMAN, R. V.; GOMES, S. Impacts of supragingival and subgingival periodontal treatments on oral health-related quality of life. **Int J DentHyg**, vol 15, n. 2, p. 135-41, 2017. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/26799625> . Acesso em: 05 dez. 2020.

MIELCK, A.; VOGELMANN, M.; LEIDL, R. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. **Health and quality of life outcomes BioMed Central**, v. 12, n. 1, 2014, pp 58. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24761773/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12. n. 4, p. 631-635. 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400008. Acesso em: 05 dez. 2020.

MIRANDA, J. *et al.* Promoção de saúde bucal em odontologia: uma questão de conhecimento e motivação. **Rev. do CROMG**, v. 6, n. 3, p. 154-157, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100032&lang=pt . Acesso em: 05 dez. 2020.

MONTERO-MARTÍN, J. *et al.* Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 14 , n. 1, p. 44-50, jan, 2009. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v14i1/medoralv14i1p44.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MUNIZ, L. C. *et al.* Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534-42, 2012.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000021>. Acesso em: 05 dez. 2020.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>. Acesso em: 05 dez. 2020.

NAZIR, M. Prevalence of periodontal disease, its association with system diseases and prevention. **Int J Health SciEduc**, v. 11, n. 2, p. 72-80, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5426403/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

NEEDLEMAN, I.; MCGRATH, C.; FLOYD, P.; BIDDLE, A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. **J ClinPeriodontol**, v.31, p. 454–457, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27215696/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

NGUYEN, T. C.; WITTER, D. J.; BRONKHORST, E. M.; GERRITSEN, A. E.; CREUGERS, N. H. J. Chewing ability and dental functional status. **Int J Prosthodont**, v. 24, n. 5, p. 428-36, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21909483/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, n. 4, p. 307-14, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16008638/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos – 5 a ed. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP), 2017.

OSBORNE, R. H.; ELSWORTH, G. R.; WHITFIELD, K. The Health Impact Questionnaire (heiQ): An outcomes and evaluation measure for patient education and selfmanagement interventions for people with chronic conditions. **Patient Educ Couns**, v. 66, n. 2, p. 192-201, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17320338/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

PAPAPANOU, P. N. *et al.* Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. **J Clin Periodontol**, v. 45, n. 20, p. 162-70, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12946>. Acesso em: 06 dez. 2020.

PAZ, L. F. A.; MEDEIROS, C. A.; ALVES, S. M. M.; BEZERRA, S. M. M. S.; OLIVEIRA JR, W.; SILVA, M. B. A. Quality of life related to health for heart failure patients. **Rev Bras Enferm**, v. 72, n. 2, p. 140-6, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0368>. Acesso em: 05 dez. 2020.

PEASGOOD, T.; BRAZIER, J.; MUKURIA, C.; ROWEN, D. A conceptual comparison of well-being measures used in the UK. Policy Research Unit in Economic Evaluation of Health and Care Interventions. **Universities of Sheffield & York. EEPRU**, 2014. Research Report 026.

PEREIRA, R. *et al.* Qualidade de vida oral e sistêmica na Síndrome de Sjögren Primária. **Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofa**, v. 58, n. 2, p. 97-104, 2017. Disponível em: http://administracao.spemd.pt/app/assets/images/files_img/1_19_5975c467b5f91.pdf. Acesso em: 05 dez. 2020.

PERK, J. *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). **Eur Heart J**, v. 33, p. 1635-70, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22555213/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

PETERSEN, P. E.; OGAWA, H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. **Periodontol 2000**, v. 60, n. 1, p. 15-39, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22909104/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

PIEPOLI, M F. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts): Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). **Eur Heart J**, v. 37, n. 29, p. 2315–81, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27222591/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

REISINE, S.T.; FERTIG, J.; WEBER, J.; LEDER, S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 17, p. 7–10, 1989. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2645088/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

REVELES, A. G.; TAKAHASHI, R. T. Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Ver Esc Enferm**, v. 41, n. 2, p. 245-50, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 dez. 2020.

ROSA, A. C. M.; LAMARI, N. M. Caracterização de pacientes reinternados no setor de cardiologia. **ArqCiênc Saúde**, v. 24, n. 3, p. 79-83, 2017. doi: 10.17696/2318-3691.24.3.2017.640. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320219229_CHARACTERIZACAO_DE_PACIENTES_REINTERNADOS_NO_SETOR_DE_CARDIOLOGIA. Acesso em: 05 dez. 2020.

ROTH, G. A. *et al.* Demographic and epidemiologic drivers of global cardiovascular mortality. **N Engl J Med**, v. 372, n. 14, p. 1333-41, 2015. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1406656>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SALES, M. P. U.; OLIVEIRA, M. I.; MATTOS, I. M.; VIANA, C. M. S.; PEREIRA, E. D. B. Impacto da cessação tabágica na qualidade de vida dos pacientes. **J. bras. Pneumol**, v. 35, n. 5, p. 436-41, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009000500008>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SANTOS, M. G.; PEGORARO, M.; SANDRINI, F.; MACUCO, E. C. Fatores de Risco no Desenvolvimento da Aterosclerose na Infância e Adolescência. **Arq Bras Cardiol**, v. 90, n. 4, p. 301-308, 2008,. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-482961>. Acesso em: 05 dez. 2020.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200027&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 dez. 2020.

SERVELHERE, K. R.; FERNANDES, Y. B.; RAMINA, R.; BORGES, G. Aplicação da escala SF-36 em pacientes operados de tumores da base do crânio. **Arq Bras Neurocir**, v. 30, núm 2, 2011, pp 69-75. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312307> . Acesso em: 05 dez. 2020.

SILVA, V. B. M. et al . Detecção precoce da má adesão ao tratamento em doenças reumáticas pediátricas: questionário de adesão em reumatologia pediátrica - estudo

piloto. **Rev. paul. Pediatr**, v. 37, n. 2, p. 149-155, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2019;37;2;00015>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SILVEIRA, M. F.; PINHO, L.; BRITO, M. F. S. F. Validity and Reliability of the Oral Health Impact Profile Instrument (OHIP-14) in Adolescents. **Pandeia**, v. 29, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e2921>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SISCHO, L.; BRODER, H. Oral health-related quality of life: What, why, how, and future implications. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0022034511399918>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dentistry and Oral Health Epidemiology**, v. 11, pp 3-11, 1994.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, v. 25, p. 284-90, 1997.

SMITH, S. C. J. et al. AHA/ACCF secondary prevention and risk reduction therapy for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2011 update: a guideline from the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation. **J Am Coll Cardiol**. v. 58, p. 2432-46, 2011. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/cir.0b013e318235eb4d>. Acesso em: 06 dez. 2020.

SOTO, M. et al. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. **Qual Life Res**, v. 14, p. 759-68, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16022068/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

STEFFENS, J. P.; MARCANTONIO, R. A. C. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. **Rev. odontol**, v. 47, n. 4, p. 189-197, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.04704>. Acesso em: 05 dez. 2020.

STEVENS, B. et al. Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 111, n. 1, p. 29-36, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180104>. Acesso em: 05 dez. 2020.

THIRUVENKADAM, G. et al. Oral health-related quality of life of children seeking orthodontic treatment based on child oral health impact profile: A cross-sectional study. **Contemporary clinical dentistry**, v. 6, n. 3, p. 396, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26321842/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

TONETTI, M. S.; GREENWELL, H.; KORNMAN, K. S. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. **J Clin Periodontol**, v. 45, n. 20, p. 149-61, 2018. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpe.12945>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29926952/>. Acesso em: 05 dez. 2020.

TONETTI, M. S.; CHAPPLE, I. L. C.; JEPSEN, S.; SANZ, M. Primary and secondary prevention of periodontal and peri-implant diseases – Introduction to, and objectives of the 11th European Workshop on Periodontology consensus conference. **J Clin**

Periodontal. Vol 42, n. 16, 2015. S1-S4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25683242/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

TORRANCE, G. W. Utility approach to measuring health-related quality of life. **Journal of Chronic Diseases**, p. 593–600, 1987.

TROGDON, J. G. et al. Costs of chronic diseases at the State Level: The Chronic Disease Cost Calculator. **Prev Chronic Dis**, v. 12, n. 140, 2015. Disponível em: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2015/15_0131.htm. Acesso em: 06 dez. 2020.

UKRA, A. et al. Impact of malocclusion on quality of life among New Zealand adolescents. **The New Zealand Dental Journal**, v. 109, p. 18–23, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23923152/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

USTAOĞLU, G.; GÖLLERBULUT, D.; GÜMÜŞ, K. Ç.; ANKARALI, H. Evaluation of the effects of different forms of periodontal diseases on quality of life with OHIP-14 and SF-36 questionnaires: A cross-sectional study. **International Journal of Dental Hygiene**. p. 1-7, 2019. Disponível em: doi:10.1111/ijdh.12409. Acesso em: 06 dez. 2020.

VAN DER WEIJDEN, G. A.; TIMMERMAN, M. F.; NIJBOER, A.; REIJERSE, E.; VAN DER VELDEN, U. Comparison of different approaches to assess bleeding on probing as indicators of gingivitis. **J Clin Periodontol**, v. 21, n. 9, p. 589-94, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7806674/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

VAN JAARSVELD, C. H. et al. Gender-specific changes in quality of life following cardiovascular disease: a prospective study. **J Clin Epidemiol**, v. 55, p. 1105-12, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12507674/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

VEENSTRA, M.; PETTERSEN, K. I.; ROLLAG, A.; STAVEM, K. Association of changes in health-related quality of life in coronary heart disease with coronary procedures and sociodemographic characteristics. **Health Qual Life Outcomes**, v. 2, p. 56, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC524503/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

VETTORE, M. V.; MARQUES, R. A. A.; PERES, M. A. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrasil 2010: abordagem multinível. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 3, p. 29-39, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004422>. Acesso em: 06 dez. 2020.

VILHENA, E. et al. Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic portuguese patients. **Health and quality of life outcomes**, v. 12, n. 1, p. 3, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24405802/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

VOS, T. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2163-96, 2012. Disponível em: doi:10.1016/S0140-6736(12)61729-2. Acesso em: 06 dez. 2020.

WARE, J.E.; GANDEK, B. The SF-36 Health Survey: development and use in Mental Health Research and the IQOLA Project. **Int J Ment Health**. v. 23, n. 2, p. 49-73,

1994. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.1994.11449283>. Acesso em: 06 dez. 2020.

WARNER, R.L. *et al.* Matrix metalloproteinases in acute inflammation: induction of MMP-3 and MMP-9 in fibroblasts and epithelial cells following exposure to pro-inflammatory mediators in vitro. **Exp Mol Pathol**, v. 76, p. 189–95, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15126100/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

WILLIAMS, J. CSA defines oral health through cross-organizational effort. **American Dental Association News**, 2015. Disponível em: <http://www.ada.org/en/publications/ada-news/2015-archive/January/csa-defines-oralhealth-through-cross-organizational-effort>. Acesso em: 06 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. 1976. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 06 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOLQOL): position paper from the WHO. **SocSci Med**. v. 41, p. 1403-9, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8560308/>. Acesso em: 06 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Whoqol: Measuring Quality of life. 1997. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Acesso em: 06 dez. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cardiovascular diseases (CVDs) 2016. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases>. Acesso em: 06 dez. 2020.

YEHLE, K. S.; SANDS, L. P.; RHYNDERS, P. A.; NEWTON, G. D. The effect of shared medical visits on knowledge and self-care in patients with heart failure: a pilot study. **Heart Lung**, v. 38, n. 1, p. 25-33, 2009. Disponível em: [https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563\(08\)00057-5/pdf](https://www.heartandlung.org/article/S0147-9563(08)00057-5/pdf). Acesso em: 06 dez. 2020.

ZUCOLOTO, M. L.; MAROCO, J.; CAMPOS, J. A. D. B. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 16, p. 55, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12903-016-021>. Acesso em: 06 dez. 2020.

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisador Responsável: Fábio André dos Santos

Pesquisadores Participantes: Guilherme Arcaro, Ana Claudia Dalmolin, Luana Taques Daniela Huller, Lauro Taques, Lourdes Zeballos.

Prezado senhor (a), você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“AUTORRELATO DA SAÚDE PERIODONTAL, COPING E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS SISTÊMICAS”** que tem por objetivo analisar o autorrelato da saúde bucal, estratégias de enfrentamento frente a situações estressantes e qualidade de vida em pacientes com doenças crônicas sistêmicas, que apresentem doença periodontal. É importante avaliar fatores que interferem em condições orais comuns, como a doença periodontal e a sensibilidade dentinária. Conhecer o impacto negativo dessas condições na qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas é necessário, para melhor planejar e alocar recursos para pesquisa, treinamento profissional e assistência odontológica.

Você responderá aos questionários: Self-Reported Periodontal Measure, COPE Breve, SF-36 e receberá exame clínico. Toda a pesquisa será realizada no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – Wallace Thadeu de Mello e Silva (HURCG) e prédios da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Durante este período você será acompanhado pelos pesquisadores para o esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados como a pesquisa. Após obtenção dos dados, você será encaminhado (a) para tratamento odontológico especializado na Universidade Estadual de Ponta Grossa ou no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais.

Espera-se analisar se existe associação entre o autorrelato da saúde bucal e estratégias de enfrentamento com a perda óssea na região dentária e a sensibilidade dentinária, analisando o impacto negativo dessas situações na qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas sistêmicas. O estudo será desenvolvido com materiais amplamente utilizados, trazendo segurança para sua saúde física e psicológica. Além disso, serão utilizados equipamentos de proteção individual pelo operador e por você, seguindo todos os critérios de biossegurança para eliminar a possibilidade de qualquer contaminação. Todos os voluntários que aceitarem participar da pesquisa receberão exame clínico odontológico, e posterior encaminhamento para o tratamento de suas necessidades odontológicas.

Você terá a garantia de que receberá esclarecimento a qualquer dúvida, acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa. Os pesquisadores responsáveis assumem o compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a vontade do indivíduo em continuar participando dele.

Você terá a liberdade de se recusar a participar da pesquisa ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo, ou represálias de qualquer natureza. Os pesquisadores se comprometem a resguardar todas as informações individuais, tratando-as com impessoalidade e não revelando a identidade do sujeito que as originou.

Assinatura do(a) voluntário(a)

Você não deverá ter efetivamente qualquer despesa, pois o estudo será realizado nos períodos normais durante o tratamentoodontológico.

Qualquer informação relacionada à autorização da realização da pesquisa poderá ser esclarecida na **Comissão de ética em Pesquisa da UEPG**: Universidade Estadual de Ponta Grossa - Av. Carlos Cavalcanti, 4748 – Uvaranas, Bloco M - Sala 100 - Campus Universitário. CEP: 84030-900 - Ponta Grossa – PR. Página internet: www.uepg.br/coep. E- mails: coep@uepg.br (Coordenação) ou seccoep@uepg.br (Secretaria) . Telefones para contato: **Fone: (42) 3220-3108 ou FAX: (42)3220-3102**

Consentimento pós-informação

Eu, _____, RG _____,

Endereço _____,

(idade em anos) _____, regularmente cadastrado no Hospital Regional Dos Campos Gerais

em Ponta Grossa/PR, certifico que tendo lido as informações acima e suficientemente esclarecido de todos os itens, pelos pesquisadores clínicos responsáveis: Fábio André dos Santos; Guilherme; Ana Claudia Dalmolin; Daniela Huller; Luana Taques; Lauro Taques Neto; Lourdes Zeballos, estou consciente de meus direitos, responsabilidades, dos riscos e benefícios em participar da pesquisa; concordo plenamente com a realização do experimento. Assim, eu concordo com os termos do trabalho de pesquisa, exposto acima e autorizo a realização de todos os procedimentos necessários para o estudo.

Certifico também ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

PontaGrossa, _____ de _____ de 20.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisador
Responsável

1ª via da instituição, 2ª via do sujeito da pesquisa. Em caso de qualquer dúvida:

Entrar em contato com os pesquisadores: Márcia
Thaís Pochapski (42) 99906-3344

Fábio André dos Santos (42) 9800-7454

Lauro Taques Neto (42) 9954-5733

Lourdes Zeballos (42) 9994-63198

APÊNDICE B

FICHA DE ANAMNESE

DADOS PESSOAIS		
Nome Completo:	Sexo:	Estado civil:
Data de nascimento:	Idade:	
Ocupação:		
Telef.:	Celular:	Endereço:
Estado:	Cidade:	CEP:
HABITOS		
() sim Fumante? () não Se sim, há quanto tempo? Quantos cigarros/dia? () ex-fumante Ex-fumante há quanto tempo?		
Etilista? () sim () não () ex Há quanto tempo:		
HABITOS DE HIGIENE ORAL		
Quando foi sua última visita ao dentista?		
Frequência de visitas ao dentista? () 1x/ano () 2x/ano () 2-3 anos () Quando sentador () nunca		
Escovação de dentes () 1 vez/dia () 2 vez/dia 3 vez/dia () nenhuma ()		
Usa pasta de dente? Sim () Não ()		
Usa pasta com clareador? Sim () Não ()		
Usa pasta com dessensibilizante? Sim () Não ()		
Usa fio dental? Sim () Não () Se usa fio dental, qual a frequência? () 1 vez/Semana () Dia sim, dia não () Diário () Outros		
Usa enxaguatório oral? Sim () Não ()		
Movimentos durante escovação: () horizontal () vertical () circular () todos os 3.		
Tipo de escovação: () suave () média () forte		
Realizou clareamento dental nos últimos 3 meses? () sim () não		
Realizou tratamento periodontal nos últimos 3 meses? () sim () não		
Realizou tratamento ortodôntico nos últimos 3 meses? () sim () não		

HISTORIA ODONTOLOGICA	
Apresenta sensibilidade nos dentes?	☐ sim ☐ não
Se sim, há quantotempo?	☐ menos 0,5 ano ☐ 0,5 a 1 ano ☐ 1-5 anos ☐ mais de 5 anos ☐ Não sei
Ocorrênciadasensibilidade?	☐ ocasional ☐ sempre
Duração da dor após estímulos de sensibilidade nas atividades diárias:	☐ suave ☐ moderado ☐ severa
Já realizou tratamento para sensibilidadenosdentes?	☐ sim ☐ não
Sensibilidade quando:	☐ gelado ☐ quente ☐ doce ☐ escovação ☐ suco de fruta ☐ Enxaguar ☐ Escovação interproximal ☐ azedo ☐ mastigar ☐ outros
Refluxo, azia eouácido?	☐ Muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
Gomademascar?	☐ Muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
Vomitorecorrente?	☐ Muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
Frutasfrescas?	☐ Muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
Bebidas energéticas/isotônicas?	☐ Muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
Refrigerantes?	☐ Muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca
Ronca?	☐ Muitas vezes ☐ às vezes ☐ raramente ☐ nunca

APÊNDICE C

PERIOGRAMA

[illegible]

APÊNDICE D

COMPROVAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO

“Relação entre saúde bucal, entendimento sobre doença arterial coronariana e qualidade de vida em cardiopatas”

14/03/2020

ScholarOne Manuscripts



Cadernos Saúde Coletiva

Início

Autor

Confirmação da submissão

imprimir

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Cadernos Saúde Coletiva

ID do manuscrito

CADSC-2020-0088

Título

Relação entre saúde bucal, entendimento sobre doença arterial coronariana e qualidade de vida em cardiopatas

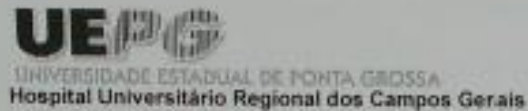
Autores

TAQUES, LUANA
Taques Neto, Lauro
Lopez, Lourdes
Arcaro, Guilherme
Müller, Erildo
Santos, Fábio
Pochapski, Márcia

Data da submissão

14-mar-2020

ANEXO A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO HURCG



Ponta Grossa, 20 de Setembro de 2018

Termo de Aceite

A Diretoria Acadêmica e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Humano do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – Wallace Thadcu de Mello e Silva, autorizam o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado **"AUTORRELATO COPING E QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM PERIODONTITES HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA E DOENÇAS CRÔNICAS SISTÊMICAS."**, da pesquisador Prof. Dr. Fábio André Dos Santos.

Prof.ª Msc Luciane Patricia Andreani Cabral
Diretora Acadêmica

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE EDUCAÇÃO SOBRE DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

CADE-Q SV

Instruções: Nas páginas a seguir, você será solicitado a responder até 20 questões verdadeiras/falsas relacionadas ao seu conhecimento sobre vários aspectos da doença cardíaca. Por favor, responda cada questão marcando Verdadeiro ou Falso. Sinta-se livre para marcar “Eu não sei” se você não tem certeza de uma resposta.

	Afirmação	Verdadeiro	Falso	Eu não sei
1	A Doença Arterial Coronariana é uma doença das artérias do coração que acontece apenas em pessoas idosas que tem colesterol alto ou fumam.	☐	☐	☐
2	Exemplos de fatores de risco para doença cardíaca que podem ser alterados são: pressão arterial, colesterol, tabagismo e tabagismo passivo, circunferência da cintura e reação ao estresse.	☐	☐	☐
3	“Angina” é a dor ou desconforto no peito, no repouso ou durante atividade física, que pode ser sentida no braço, coluna e/ou pescoço.	☐	☐	☐
4	Os benefícios do treinamento de resistência (levantamento de pesos ou uso de faixas elásticas) incluem: aumentar a força, melhorar a habilidade de realizar atividades do dia a dia, melhorar os níveis de açúcar no sangue e aumentar a massa muscular.	☐	☐	☐
5	Comer mais carne e produtos lácteos é uma boa maneira de adicionar mais fibra a uma dieta.	☐	☐	☐
6	Medicações antiplaquetárias como aspirina (AAS) são importantes porque elas diminuem a “rigidez” das plaquetas no sangue e assim o sangue flui mais facilmente pelas artérias coronárias e stents coronarianos anteriores.	☐	☐	☐
7	A única estratégia efetiva para controlar o estresse é evitar pessoas que causam sentimentos desagradáveis.	☐	☐	☐
8	Um exercício de aquecimento aumenta lentamente a frequência cardíaca e pode reduzir o risco de desenvolver angina.	☐	☐	☐
9	Alimentos industrializados e processados geralmente tem alto teor de sódio.	☐	☐	☐
10	A depressão é comum após um ataque cardíaco. A depressão pode reduzir o nível de energia das pessoas para a reabilitação e aumenta o risco de outro ataque cardíaco.	☐	☐	☐
11	As medições estatinas limitam a quantidade de colesterol que o corpo absorve do alimento. Estatinas incluem atorvastatina (Lipitor™), rosuvastatina (Crestor™), orsimvastatina (Zocor™).	☐	☐	☐
12	Para controlar a pressão arterial, uma pessoa precisa diminuir a quantidade de sódio na dieta para menos do que 2000 mg por dia, exercitar, tomar regularmente a medicação antihipertensiva (se prescrita) e aprender técnicas de relaxamento.	☐	☐	☐
13	Se uma pessoa tiver desconforto no peito durante a caminhada em uma sessão de exercício, ele ou ela deve aumentar a velocidade para ver se o desconforto vai embora.	☐	☐	☐

14	As Gorduras trans são óleos vegetais parcialmente hidrogenados (por exemplo gordura vegetal) e são insalubres (não são saudáveis).	☐	☐	☐
15	A apnéia do sono que não é tratada aumenta o risco de outro ataque cardíaco, mas não aumenta o risco de morte.	☐	☐	☐
16	Para controlar o colesterol, é preciso tornar-se vegetariano e evitar ovos.	☐	☐	☐
17	Alguém sabe se ele ou ela está exercitando no nível correto quando a frequência cardíaca está na zona alvo, o nível de esforço não é maior do que “ um pouco difícil”, e ele ou ela pode se exercitar e falar ao mesmo tempo.	☐	☐	☐
18	A Diabetes não pode ser prevenida com exercício e alimentação saudável.	☐	☐	☐
19	O estresse é um grande fator de risco para ataque cardíaco e é tão importante quanto hipertensão e diabetes.	☐	☐	☐
20	Uma dieta que pode ajudar a baixar a pressão arterial é rica em: vegetais e frutas, grãos integrais, leite desnatado, nozes e sementes.	☐	☐	☐

ANEXO C

QUESTIONÁRIO SF - 36

Função exercida no trabalho: _____

Há quanto tempo exerce essa função: _____

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

4-

Atividades	Sim, dificuldade muito	Sim, dificuldade um pouco	Não, não dificuldade de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, marque uma resposta que mais se aproxime com a maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito Nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6

g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO D

QUESTIONÁRIO PERFIL DE IMPACTO DA SAÚDE BUCAL (OHIP-14)

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes:

	Nunca	Raramente	Às vezes	Repetidamente	Sempre
Você teve problemas para falar alguma palavra?	0	1	2	3	4
Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	0	1	2	3	4
Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	0	1	2	3	4
Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?	0	1	2	3	4
Você ficou preocupado(a)?	0	1	2	3	4
Você se sentiu estressado(a)?	0	1	2	3	4
Sua alimentação ficou prejudicada?	0	1	2	3	4
Você teve que parar suas refeições?	0	1	2	3	4
Você encontrou dificuldade para relaxar?	0	1	2	3	4
Você se sentiu envergonhado(a)?	0	1	2	3	4
Você ficou irritada com outras pessoas?	0	1	2	3	4
Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	0	1	2	3	4
Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	0	1	2	3	4
Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	0	1	2	3	4