

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS

JEANNY FRANCIELA KOS MOLETA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

PONTA GROSSA

2017

JEANNY FRANCIELA KOS MOLETA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências Biomédicas, na Universidade Estadual de Ponta Grossa, Área de Fisiologia e Fisiopatologia.

Orientador: Prof. Dr. Gilson Cesar Nobre Franco

Co-orientador: Prof. Dra. Juliana Regina Dias Lemos

PONTA GROSSA

2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

M719 Moleta, Jeanny Franciela Kos
Avaliação do impacto da saúde bucal
sobre a qualidade de vida em pacientes com
doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)/
Jeanny Franciela Kos Moleta. Ponta Grossa,
2017.
48f.

Dissertação (Mestrado em Ciências
Biomédicas - Área de Concentração:
Fisiologia e Fisiopatologia), Universidade
Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Gilson Cesar
Nobre Franco.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Juliana Regina
Dias Lemos.

1.Qualidade de vida. 2.Impacto da saúde
bucal. 3.DPOC. I.Franco, Gilson Cesar
Nobre. II. Lemos, Juliana Regina Dias.
III. Universidade Estadual de Ponta
Grossa. Mestrado em Ciências Biomédicas.
IV. T.

CDD: 616.24



Universidade Estadual
de Ponta Grossa

Programa de
Pós Graduação
em Ciências Biomédicas



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NÍVEL DE MESTRADO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FISIOLÓGIA E FISIOPATOLOGIA, NÚMERO DA ATA 03/2017, DA MESTRANDA JEANNY FRANCIELA KOS MOLETA REALIZADO NO DIA 10 DE MARÇO DE 2017, NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA.

Aos dez dias de março de dois mil e dezessete, às 13hs30min no auditório da Pós-Graduação de Biologia Evolutiva, Bloco M, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) em seção pública sob a presidência do **Professor Dr. Gilson Cesar Nobre Franco** reuniu-se a Banca Examinadora de defesa da Dissertação de Mestrado em Ciências Biomédicas da mestranda **Jeanny Franciela Kos Moleta** na linha de pesquisa; Fisiopatologia do Metabolismo e do Sistema Imune, constituída pelos demais Doutores (membros titulares): **Professor Dr. Edmar Miyoshi (UEPG/PR)** e **Professora Dra. Lea Rosa Chioca Ferro (Faculdades Ponta Grossa/Pr)**. Iniciados os trabalhos, a presidência deu conhecimento aos membros da banca e a candidata das normas que regem a defesa da dissertação de Mestrado e definiu - se a ordem a ser seguida pelos examinadores para arguição. O título da dissertação avaliada foi: **“Avaliação do Impacto da saúde Bucal Sobre a Qualidade de Vida em Pacientes Com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).”** Encerrado a defesa, e após reunião, a banca comunicou o resultado final da avaliação da dissertação como - APROVADO considerado requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em - Ciências Biomédicas. A aluna deverá entregar, no prazo estipulado no item 8 da IN 01/2015, referente a defesa de dissertação do programa com as modificações sugeridas pelos membros da banca examinadora. Para a obtenção do título de mestre, o aluno terá até 6 meses, após a data da defesa da sua dissertação, para apresentar ao colegiado a carta de submissão do seu artigo em revista indexada no estrato mínimo B3 dentre os periódicos indicados pela área de Ciências Biológicas II vigente. Nada mais havendo a ser tratado, lavrou-se a presente ata que vai assinada pelos membros da Banca Examinadora.

Observações (se necessário): _____

Alteração de título: sim ☐ não ☒

Novo título: _____

Gilson Cesar Nobre Franco 1- (DEBIO - UEPG)- Presidente

Edmar Miyoshi 2- (DEFAR - UEPG) – Titular

Lea Rosa Chioca Ferro 3- (Faculdades Ponta Grossa- Pr) – Titular

Ponta Grossa, 10 de março de 2017.

Dedico este trabalho ao meu Pai, o qual Deus não permitiu mais estar aqui fisicamente para aliviar minhas derrotas e compartilhar minhas vitórias.

A minha mãe, minha irmã Jenni e ao meu sobrinho (afilhado) Gabriel, por me acalmar nas horas de desespero.

Ao meu marido e ao meu bebê (Guilherme), por me inspirarem a ser uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador Prof Dr. Gilson Cesar Nobre Franco, pela confiança, pela oportunidade de trabalhar ao seu lado, por toda contribuição e orientação ao longo de todo o mestrado.

A Prof. Dra. Juliana Regina Dias Lemos pela contribuição na pesquisa.

Ao Prof. Dr. Sinvaldo Baglie pelo auxílio ao longo do projeto.

Ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais e todos os funcionários, que possibilitaram que este trabalho fosse desenvolvido, setor de imagem, serviço de fisioterapia, almoxarifado, direção técnica, assistencial, acadêmica e geral.

Aos pacientes, fontes inspiradoras de dúvidas e anseios por um melhor tratamento.

Ao Dr. Rangel Olsen de Carvalho pelo auxílio na elaboração do estudo.

Às colegas de mestrado, Lauryellen Padilha e Dyenily Sloboda pela contribuição na elaboração deste projeto.

A minha amiga Paula Motta dos Santos, que sonha tantos sonhos comigo e muitos deles realizamos juntas, por todo apoio e dedicação para a concretização deste mestrado.

A Deus, fonte inesgotável de força e sabedoria.

RESUMO

MOLETA, JEANNY FRANCIELA KOS. **Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)**. 2017. 48 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2017.

A organização mundial da saúde (OMS) destaca que a qualidade de vida (QV) é subjetiva, multidimensional e incluiu aspectos positivos e negativos. Considerando os aspectos multidimensionais da QV podemos destacar a influência da saúde bucal neste contexto, em que pesquisas vêm demonstrando que a condição bucal pode afetar a QV em pacientes portadores de doenças crônicas. O presente estudo objetivou avaliar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes diagnosticados com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Com relação à metodologia, a seleção de pacientes foi feita no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais - HURCG (Ponta Grossa – PR). O estudo é caracterizado como um “Estudo Clínico Transversal” com dois grupos (1- Pacientes portadores de DPOC e 2- Controle, pacientes não portadores de DPOC), com 100 voluntários em cada grupo. Foram aplicados os seguintes questionários nos dois grupos: OHIP-14 e SF-36. Em formulário próprio elaborado para a pesquisa foram obtidos: hábito de fumar, dados demográficos de escolaridade e hábitos odontológicos. A condição socioeconômica foi avaliada seguindo Critérios de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. De acordo com a distribuição dos dados foram aplicados os testes estatísticos apropriados. O valor de significância adotado foi de 5%. Com relação aos resultados tivemos a participação de 50 mulheres e 50 homens em cada grupo, a média de idade foi de aproximadamente 62 anos (com cerca de 60% da população com idade superior a 60 anos) e a média do número de dentes foi de 5,85 dentes. A confiabilidade interna dos questionários foi avaliada através do alfa Cronbach (α), todos os α tiveram resultados superiores a 0,74. O Grupo DPOC obteve maior impacto da saúde bucal na QV na soma total do OHIP-14 e nos domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e invalidez. Em todos os domínios do SF-36 o grupo DPOC obteve valores mais baixos, indicando pior QV geral. Em conclusão pacientes com DPOC tem um maior impacto da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) comparado à uma população sem a DPOC, e também apresentam uma QV geral mais baixa.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Impacto da saúde bucal. DPOC.

ABSTRACT

MOLETA, JEANNY FRANCIELA KOS. Evaluation of the impact of oral health on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2017. 48 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2017.

The World Health Organization (WHO) emphasizes that quality of life (QoL) is subjective, multidimensional, and includes both positive and negative aspects. Considering the multidimensional aspects of QoL, we can highlight the influence of oral health in this context, in which research has shown that the oral condition can affect QoL in patients with chronic diseases. The present study aimed to evaluate the impact of oral health on quality of life in patients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Regarding the methodology, the selection of patients was made at the Hospital Universitário Regional de Campos Gerais - HURCG (Ponta Grossa - PR). The study is characterized as a "Cross-Sectional Clinical Study" with two groups (1- Patients with COPD and 2- Control, patients without COPD), with 100 volunteers were defined in each group. The following questionnaires were applied in both groups: OHIP-14 and SF-36. In the form developed for the research were obtained: smoking, demographic data of schooling and dental habits. The socioeconomic condition was evaluated following the Brazilian Economic Classification Criteria of the Brazilian Association of Research Companies. According to the data distribution, the appropriate statistical tests were applied. The significance level was 5%. Regarding the results, we had the participation of 50 women and 50 men in each group, mean age was approximately 62 years (with about 60% of the population over 60 years) and the mean number of teeth was 5,85 teeth. The internal reliability of the questionnaires was evaluated using the alpha Cronbach (α), all α had results higher than 0.74. The COPD group had a greater impact of oral health on QoL in the total sum of OHIP-14 and in the domains: functional limitation, physical pain, psychological discomfort, psychological incapacity and disability. In all SF-36 domains, the COPD group had lower values, indicating a worse overall QoL. In conclusion, patients with COPD have a higher impact on oral health quality of life (HRQoL) compared to a population without COPD, and also have a lower overall QoL.

Keywords: Quality of life. Impact of oral health. COPD.

LISTA DE SIGLAS

AS	Aspectos Sociais
CAT	COPD Assessment Test
CF	Capacidade Funcional
CVF	Capacidade Vital Forçada
DF	Dor Física
DP	Desconforto Psicológico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EGS	Estado Geral de Saúde
GOLD	Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease
IF	Incapacidade Física
IP	Incapacidade Psicológica
IS	Incapacidade Social
I	Invalidez
LAE	Limitação por Aspectos Emocionais
LAF	Limitação por Aspectos Físicos
LM	Limitação Funcional
MRCm	Escala De Dispneia Modificada – Medical Research Council
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
SM	Saúde Mental
VEF ₁	Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo
VIT	Vitalidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1	QUALIDADE DE VIDA.....	9
2.2	IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA.....	11
2.3	DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).....	14
3	OBJETIVOS.....	20
3.1	OBJETIVO GERAL.....	20
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	21
5	RESULTADOS.....	23
6	DISCUSSÃO.....	33
7	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS.....	38
	ANEXOS.....	42

1 INTRODUÇÃO

A população de pessoas idosas em todo mundo vem crescendo e com esse envelhecimento a preocupação com a qualidade de vida (QV) das pessoas cada vez mais se torna um problema de saúde pública (RODAKOWSKA, et al., 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca que a QV é composta por aspectos positivos e negativos, possui carácter multidimensional e é subjetiva, definindo-a como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

Dentro do carácter multidimensional da QV podemos considerar a influência da saúde bucal, com pesquisas demonstrando que a QV pode ser alterada pela condição bucal dos indivíduos, inclusive em pacientes portadores de doenças crônicas. A situação bucal pode afetar relacionamentos interpessoais e atividades de vida diária dos indivíduos através da alterações na função da boca como: alimentação e comunicação (LOCKER; GIBSON, 2005).

Dentre as doenças crônicas em que a saúde bucal poderia influenciar a QV podemos destacar a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que se caracteriza por limitação ao fluxo aéreo pulmonar. É uma doença com repercussões sistêmicas e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões. Esta doença é considerada de grande impacto na saúde, uma vez que acomete uma grande quantidade de pessoas em todo o mundo, inclusive no Brasil, estima-se que a doença acometa cerca de 5 a 6 milhões de pessoas (RABAHI, 2013). Projeta-se que em 2020 a DPOC passe a ser a terceira maior causa de mortalidade no mundo (RYCROFT, et al., 2012).

Tendo em vista a grande incidência da DPOC na população brasileira e também no mundo todo, o presente estudo objetiva avaliar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes diagnosticados com DPOC no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG (Ponta Grossa -PR), levando em consideração todos os aspectos, sejam eles, físicos ou emocionais, inerentes aos pacientes avaliados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA

Em todo o mundo a população de idosos vem crescendo e uma das preocupações com esse envelhecimento se refere à QV dessas pessoas, que se torna um problema de saúde pública (RODAKOWSKA, et al., 2014). Além disso, o interesse cada vez maior em se estudar a QV baseia-se na mudança de um modelo médico de cura de uma doença ou anos de vida estendidos, para um modelo biopsicossocial, holístico, em que a influência de fatores sociais, familiares, comunitários, influenciam nesse processo e estão inter-relacionados (MCDOUGALL, et al., 2016).

A QV é definida pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Neste sentido, a OMS destaca que a QV é subjetiva, multidimensional e inclui aspectos positivos e negativos (The WHOQOL Group, 1995).

Tendo este conceito um significado bastante amplo e com várias características a serem avaliadas, os instrumentos de mensuração da QV devem referir a perspectiva das pessoas e não se limitar a percepção de profissionais de saúde ou avaliadores. O uso de indicadores de QV tem grande importância clínica, com a finalidade de avaliar serviços de saúde, tratamentos, investigar determinantes de processos saúde-doença e nortear a utilização de recursos financeiros (SOUZA, et al., 2014; RIDYARD; INKSTER, 2014).

A aplicação de questionários é um meio bastante utilizado para se mensurar a QV, uma vez que pode ser traduzido em escalas e números que podem referir a realidade encontrada no avaliado (SOUZA, et al., 2014). Muitos são os questionários existentes no meio científico, alguns se referem a populações específicas, outros a determinadas doenças, e outros ainda podem ser aplicados em populações generalizadas.

O questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) é um dos instrumentos amplamente utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS), pois é um instrumento de fácil aplicabilidade e compreensão, validado no Brasil e é um indicador de estado de saúde global,

genérico, logo pode ser usado para diferentes populações, doenças e tratamentos. Engloba fatores positivos (bem estar) e negativos (doença) distribuídos em oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental), com score final variando de 0 – 100 por domínio, com valores próximos a zero indicando pior QV, e valores próximos a 100 melhor QV (LINNEBERG, et al., 2016; CICONELLI, et al., 1999; SILQUEIRA, 2005; CHANG, et al., 2014).

Capacidade funcional é um dos domínios do SF-36 e possui dez itens do questionário, este domínio avalia a presença e ou extensão de prejuízos à capacidade física com níveis de resposta que variam de: sem limitação, pouca limitação, muita limitação. Os domínios aspectos físicos (composto por quatro itens) e aspectos emocionais (composto por três itens no questionário) avaliam, cada um dentro de seu âmbito, as limitações no tipo e quantidade de trabalho e quanto elas dificultam atividades de vida diária ou o trabalho dos pacientes avaliados (LINNEBERG, et al., 2016; CICONELLI, et al., 1999; SILQUEIRA, 2005).

Dor é um domínio composto por dois itens, em que se avalia além da presença da dor, sua intensidade e a interferência sobre as atividades de vida. Estado geral da saúde, possui cinco itens, todos relacionados à saúde, com questões relativas a percepção que o paciente possui acerca da sua doença e perspectivas futuras (SILQUEIRA, 2005).

O domínio vitalidade, com quatro itens, relaciona-se com o grau de energia e fadiga encontrados nos pacientes. Aspectos sociais é outro domínio com dois itens em que o paciente refere o quanto sua saúde interfere nas atividades sociais, sendo possível quantificar quanta influência há nesse aspecto. Finalizando os domínios temos a saúde mental com cinco itens no questionário, relacionados a estados de depressão, nervosismo, desânimo, felicidade, tranquilidade e quantificando o quanto do tempo permanecem nesses estados (CICONELLI, et al., 1999; SILQUEIRA, 2005).

Pode-se notar que esse é um instrumento bastante amplo de avaliação da QV, devido ao caráter multidimensional desse conceito outros instrumentos são encontrados no meio científico com a finalidade de avaliar aspectos mais específicos que compõe a QV como a saúde bucal.

2.2 IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

A cavidade bucal durante bastante tempo foi vista como uma parte anatômica isolada do restante do corpo e sua condição e alterações não influenciavam a vida geral do indivíduo, hoje essa visão está totalmente mudada pois as condições bucais podem influenciar a vida dos indivíduos diretamente, inclusive podem causar impacto na saúde geral (FREDDO, et al., 2008).

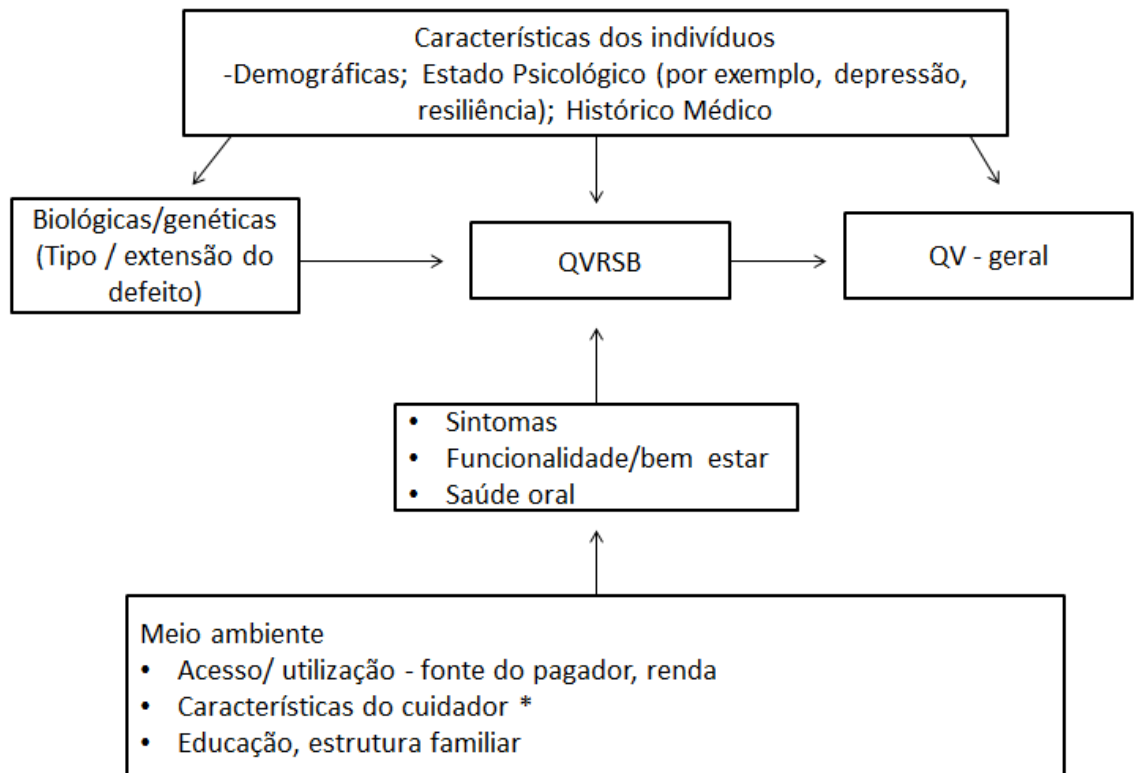
Considerando os aspectos multidimensionais da QV podemos destacar a influência da saúde bucal neste contexto, em que pesquisas vêm demonstrando que a condição bucal pode afetar (positivamente ou negativamente) a QV em pacientes portadores de doenças crônicas, uma vez que a mesma pode alterar a habilidade de comer, comunicar e socializar-se, e, portanto, afetar os relacionamentos interpessoais e atividades diárias dos indivíduos (LOCKER; GIBSON, 2005). Logo a saúde bucal pode afetar as pessoas tanto fisicamente quanto psicologicamente, influenciando como os indivíduos crescem, aproveitam a vida, falam, mastigam e interagem socialmente (ALPKILIÇ; AK; ZULFIKAR, 2009).

A prevalência de lesões orais na população mundial é bastante heterogênea, podendo variar, por exemplo, de 15% na região de Gizan (Arábia Saudita) a 51,1 % na Espanha, talvez a explicação para essa grande variabilidade seja a variedade de lesões orais, com grande número de doenças inofensivas como também tumores malignos e a presença de doenças raras (TARQUINIO, et al., 2013).

Cada vez mais o termo qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) vêm ganhando espaço. Nas últimas três décadas essa área teve um crescimento na literatura, sendo destacado que a saúde bucal é parte importante da saúde geral e bem estar dos indivíduos, reconhecido pela OMS, fazendo parte a bastante tempo do Programa de Saúde Oral Global (PETERSEN, 2003; SIERWALD, et al., 2011).

Alguns modelos vêm sendo postulados ao longo do tempo para demonstrar a relação que QVRSB tem com os vários aspectos envolvidos neste conceito, mostrando que o indivíduo sofre a ação de inúmeras variáveis e reconhece a importância de fatores ambientais, socioculturais, acesso a cuidados de saúde bucal e percepções individuais, como demonstrado na figura 1 (SISCHO; BRODER, 2011).

FIGURA 1 – MODELO TEÓRICO PARA QVRSB, ADAPTADO PELA AUTORA.



* Aplicável apenas para crianças

Fonte: Adaptado de SISCHO, L.; BRODER, H.L. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 11, p. 1264–1270, 2011.

Muitos são os instrumentos utilizados para avaliar o impacto que a saúde bucal tem na vida do indivíduo, a maioria trata-se de questionários, lembrando o caráter subjetivo do conceito, que uma avaliação clínica não consegue referir. Nestes questionários vários aspectos são avaliados, na figura 2 um exemplo de algumas dimensões avaliadas na QVRSB (SISCHO; BRODER, 2011).

FIGURA 2 – DIMENSÕES QUE COMPÕEM QVRSB, ADAPTADO PELA AUTORA.



Fonte: Adaptado de SISCHO, L.; BRODER, H.L. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 11, p. 1264–1270, 2011.

Um dos questionários utilizados para analisar o impacto que a saúde bucal tem na qualidade de vida é o OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-short Form), que é derivado de um outro mais longo que possui 49 questões, sendo validado no Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). O OHIP-14 mensura o impacto que as disfunções orais causam no bem-estar das pessoas, pois nem sempre um exame clínico é capaz de detectar o nível que possíveis alterações têm na vida dos pacientes (ALPKILIÇ; AK; ZULFIKAR, 2009). Segundo autores, este questionário é o que consegue satisfazer melhor os critérios principais para mensurar a QVRSB (RODAKOWSKA, et al., 2014).

O OHIP-14 mostra seus resultados através de 7 domínios (limitação funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez) e também através de uma soma total (ZUCOLOTO; MAROCO; CAMPOS, 2016). Cada domínio é composto por 2 itens do questionário, cada item pode ter a pontuação máxima de 4 pontos, logo o questionário alcança valores de 0 a 56, com valores mais altos indicando maior

impacto da saúde bucal na QV (SLADE; SPENCER, 1994; SLADE, 1997; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

O domínio limitação funcional trata de questões que avaliam a funcionalidade dos indivíduos, uma vez que esta diz respeito à habilidade que o indivíduo tem em desenvolver de forma autônoma atividades fundamentais na vida e nas suas relações sociais (CAMPO; MACIEL; GUERRA, 2008). No questionário as perguntas investigam dificuldade para falar e piora no sabor dos alimentos. No domínio dor física, os indivíduos são questionados com relação a presença de dor, quantidade relativa de tempo que ela se apresenta e também sobre a presença de incômodos relacionados a condição bucal.

O domínio incapacidade física é avaliado com questões relacionadas a prejuízo na alimentação e/ou necessidade de parar alguma refeição em função da condição bucal.

Com relação ao domínio desconforto psicológico as questões se referem ao quanto o paciente se preocupou e/ou se estressou por algum problema na cavidade bucal e as questões relacionadas ao domínio incapacidade psicológica se referem a dificuldade para relaxar e se sentir envergonhado pela condição bucal.

A incapacidade social foi avaliada através de questões sobre irritabilidade contra terceiros e/ou dificuldade em realizar atividades diárias em função da condição bucal. O domínio invalidez tem perguntas se que referem a quanto a vida ficou pior pela condição bucal e se o paciente ficou totalmente incapaz de realizar alguma atividade diária por problemas na boca.

O OHIP-14 vem sendo utilizado para mensurar o impacto da saúde bucal na QV em diversas populações, inclusive em portadores de doenças crônicas.

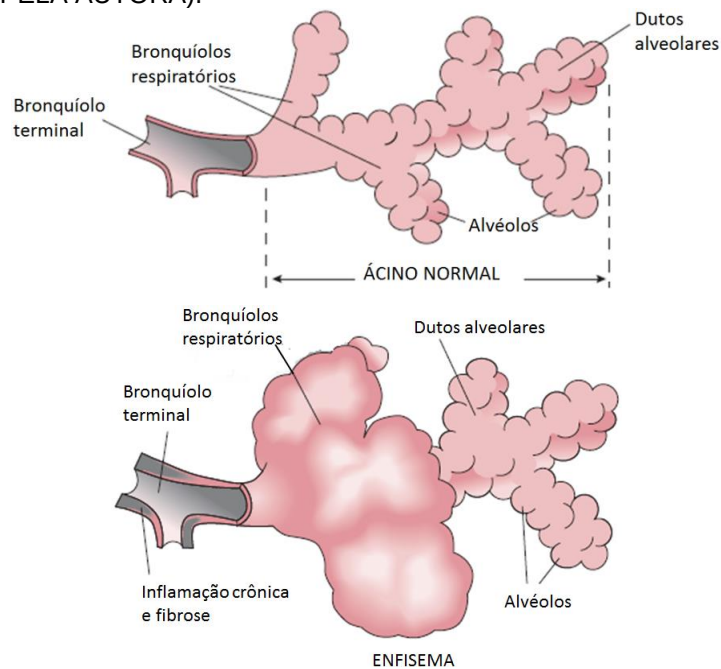
2.3 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma afecção pulmonar que caracteriza-se por limitação constante ao fluxo aéreo, usualmente progressiva, associada a uma resposta inflamatória crônica nas vias aéreas a partículas nocivas ou gases. A primeira vez que o termo DPOC foi proposto foi em Aspen, na nona conferência sobre enfisema, em 1965, e ao longo das décadas muitas foram as

descobertas e postulações feitas sobre essa doença (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2014; TANNUS-SILVA, et al., 2016).

A limitação crônica ao fluxo de ar é causada basicamente pelas características de duas doenças, a bronquiolite obstrutiva, que afeta as pequenas vias aéreas (ou a bronquite crônica quando afeta os brônquios) e o enfisema, que se caracteriza por destruição do parênquima pulmonar. A inflamação crônica presente na DPOC causa estreitamento das pequenas vias aéreas e destruição do parênquima, levando à perda de conexões alveolares, diminuindo o recolhimento elástico dos pulmões. Essas alterações diminuem a capacidade das vias aéreas permanecerem abertas durante a expiração (figura 3) (VON LEUPOLDT, et al., 2012).

FIGURA 3 – ÁCINO NORMAL E ÁCINO COM ÁREA DE ENFISEMA, INFLAMAÇÃO CRÔNICA E FIBROSE. (ADAPTADO PELA AUTORA).



Fonte: Adaptado de GROSSMAM, S.; PORTH, C. M. **Porth's Pathophysiology**; Concepts of altered health states. 9 ed. Wolters Kluwer Health, 2014.

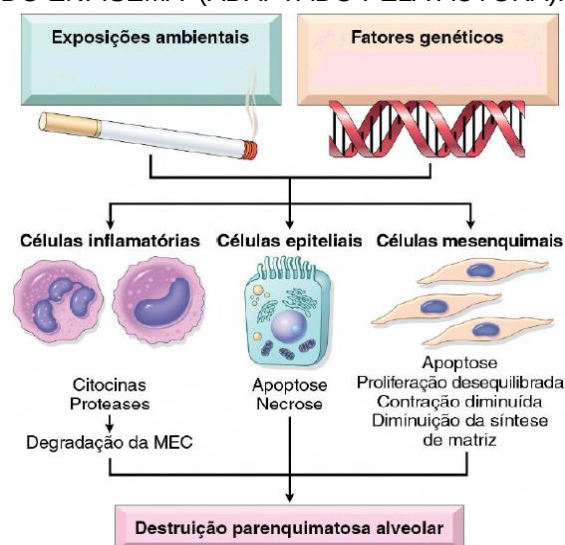
Na patogenia da bronquite crônica os agentes irritantes induzem à hipertrofia das glândulas secretoras de muco na traquéia e brônquios principais, levando a aumento acentuado das células caliciformes secretoras de muco na superfície epitelial dos brônquios menores e bronquíolos, levando a uma das características da doença que é a hipersecreção de muco. Esses irritantes levam a inflamação com aporte de linfócitos CD8+, macrófagos e neutrófilos. Infecções podem perpetuar a inflamação e exacerbar a doença com a piora dos sintomas, além disso, acredita-se

que os irritantes ambientais promovam a liberação de mediadores inflamatórios locais como a IL-13, uma citocina liberada por linfócitos T. No aspecto morfológico da doença, a mucosa das vias aéreas apresenta-se coberta por secreção mucopurulenta, hiperêmica e túrgida devido ao edema (GARY, 2016; KUMAR, et al., 2013).

Na bronquiolite também estão presentes a inflamação e fibrose, agora nas vias aéreas menores, como característica ocorre a metaplasia das células caliciformes, com a formação de plugs de muco, que em casos mais graves podem levar a obliteração completa do lúmen da via aérea, além disso alterações enfisematosas podem estar presentes em conjunto (KUMAR, et al., 2013).

No caso do enfisema pulmonar as substâncias irritantes induzem a inflamação com acúmulo de células (neutrófilos, macrófagos e linfócitos) no pulmão. São liberados elastases, citocinas e oxidantes que causam proteólise da matriz extracelular, e os produtos dessa degradação dão continuidade ao processo inflamatório. Na análise histológica é possível notar destruição das paredes alveolares com diminuição de capilares alveolares. Com isso ocorre a perda de tecido elástico, podendo ocorrer o colapso das vias aéreas durante a expiração, levando a obstrução crônica ao fluxo de ar. O tecido parenquimatoso do pulmão é destruído, restringindo a captação do oxigênio e a liberação do dióxido de carbono (figura 4). Com o avançar da doença a inflamação e fibrose também estarão presentes (GARY, 2016; KUMAR, et al., 2013).

FIGURA 4 – PATOGENIA DO ENFISEMA (ADAPTADO PELA AUTORA).



MEC: Matriz extracelular.

Fonte: Adaptado de KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; MITCHELL, R. N. Robbins. **Patologia básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

O diagnóstico da DPOC é baseado em achados clínicos em conjunto com o exame de espirometria, que trata-se de um exame capaz de mensurar a entrada e saída de ar dos pulmões durante respirações lentas ou manobras forçadas. Na espirometria a presença de um $VEF_1/CVF < 0.70$ pós-broncodilatador confirma a presença de limitação ao fluxo aéreo persistente e deste modo a DPOC. O VEF_1 (volume expiratório forçado no primeiro segundo) refere-se ao volume de ar eliminado no primeiro segundo da expiração. A CVF (capacidade vital forçada) representa o volume máximo de ar exalado com esforço máximo, realizada a partir de uma inspiração máxima (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA, 2002).

Com relação aos achados clínicos na sintomatologia da DPOC estão presentes a dispneia crônica, sibilância, tosse e produção de muco, sendo a dispneia a maior causa de incapacidade associada a doença (SALTNES, et al., 2015; DESLEE, et al., 2016).

Além dos sintomas da DPOC serem bastante deletérios, os pacientes podem passar por períodos de piora da doença, as chamadas exacerbações, que são caracterizadas por agravamento dos sintomas respiratórios com necessidade de mudança na medicação usual do paciente (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2014). Em muitos casos há necessidade frequente de hospitalização nos períodos de exacerbação reduzindo a expectativa de vida dos pacientes e sua qualidade (SALTNES, et al., 2015).

Os pacientes com diagnóstico de DPOC podem ser classificados com relação a severidade da doença, e ao longo dos anos muitas classificações foram propostas. Uma classificação bastante aceita nos dias de hoje e atual é a proposta que leva em consideração o grau de limitação ao fluxo aéreo, exacerbações, hospitalizações por exacerbações e intensidade da dispneia (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2014), como se segue:

- GOLD A – baixo risco, poucos sintomas: limitação ao fluxo aéreo leve ou moderada; e/ou 0-1 exacerbações por ano e sem hospitalizações por exacerbação; e uma pontuação de CAT (COPD Assessment Test) <10 ou grau de MRCm 0-1 (Medical Research Council modificada).
- GOLD B – baixo risco, muitos sintomas: limitação ao fluxo aéreo leve ou moderada; e/ou 0-1 exacerbações por ano e sem hospitalizações por exacerbação; e uma pontuação de CAT ≥ 10 ou um grau de MRCm ≥ 2 .

- GOLD C – alto risco, poucos sintomas: limitação ao fluxo aéreo grave ou muito grave; e/ou ≥ 2 exacerbações por ano com ≥ 1 hospitalização por exacerbação; e uma pontuação de CAT < 10 ou grau de MRCm 0-1.
- GOLD D – alto risco, muitos sintomas: limitação ao fluxo aéreo grave ou muito grave; e/ou ≥ 2 exacerbações por ano com ≥ 1 hospitalização por exacerbação; e uma pontuação de CAT ≥ 10 ou grau de MRCm ≥ 2 .

Os fatores de risco para a DPOC também são fatores de risco para a frequência e a gravidade das exacerbações. Estes incluem: tabagismo, exposição a vapores químicos, poluição, queima de madeira, envelhecimento, baixo nível socioeconômico e infecções respiratórias que levam ao declínio da função pulmonar (SALTNES, et al., 2015; PAVORD, et al., 2016; HENKE; BUDWEISER; JORRES, 2016; DESLEE, et al., 2016).

A grande incidência da DPOC é um dos fatores que faz com que ela seja bastante estudada. No Brasil a estimativa é de que a DPOC afete 5 a 6 milhões de pessoas, sendo responsável por cerca de 40.000 óbitos anuais (RABAH, 2013). Em acréscimo, projeta-se para 2020, que a DPOC poderá representar a terceira maior causa de mortalidade em todo o mundo (RYCROFT, et al., 2012; KOEHORST-TER, et al., 2016).

A DPOC causa grande impacto socioeconômico por se tratar de uma doença crônica, em que as estimativas de acometimento são somente de aumento dos casos, como também pelo caráter limitante da doença com sua progressão. Os indivíduos também tem prejuízos em seus aspectos sociais e psicológicos, embora não sejam explicadas claramente essas ligações, nota-se que esses fatores corroborem com o impacto negativo da doença (VON LEUPOLDT, et al., 2012).

Os indivíduos acometidos pela doença podem se beneficiar de programas de tratamento multidisciplinares como recomenda a Sociedade Americana Torácica e a Sociedade Europeia Respiratória. Devido ao caráter multifatorial da doença o tratamento com abordagem multidisciplinar combina vários aspectos como: prevenção da progressão da doença, alívio dos sintomas, melhoria do estado de saúde e qualidade de vida, tratamento das complicações, sempre respeitando as características individuais dos pacientes (VON LEUPOLDT, et al., 2012).

Sendo uma das características do tratamento da DPOC melhorar a qualidade de vida, justifica-se avaliar qual o nível de QV destes pacientes e o

impacto que a saúde bucal possui na QV, para que se possam traçar estratégias mais direcionadas e eficazes de tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes diagnosticados com DPOC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos pacientes participantes sob os aspectos de: escolaridade, hábito de fumar, condição socioeconômica, hábitos odontológicos;
- Classificar de acordo com o grau de severidade os pacientes diagnosticados com DPOC;
- Avaliar a qualidade de vida em pacientes com DPOC.

4 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, parecer número 1.064.149. Primeiramente, os pacientes foram informados sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I). A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Fisioterapia do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (Ponta Grossa/PR).

O estudo é caracterizado como um “Estudo Clínico Transversal” com dois grupos (1 - Pacientes portadores de DPOC e 2 - Controle, pacientes não portadores de DPOC). Para o cálculo amostral utilizou-se dados obtidos na literatura de um estudo metodologicamente semelhante, no qual os autores empregaram o mesmo questionário de avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) em uma população com Doença de Behçet (condição sistêmica de base imunológica) (MUMCU et al., 2006). Neste sentido obteve-se um mínimo de 80 voluntários para o questionário OHIP-14. Com base nestes resultados, optou-se pelo valor mínimo obtido com um acréscimo, por segurança, totalizando assim, 100 voluntários em cada grupo, assim divididos: 100 pacientes com DPOC e 100 pacientes sem DPOC. Os critérios utilizados para pareamento dos grupos foram: gênero, idade e número de dentes. O nível de significância adotado foi de 5% e poder de 90%.

A classificação dos diferentes estágios da DPOC seguiu o preconizado pela GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (2014) como se segue: A (baixo risco, poucos sintomas), B (baixo risco, muitos sintomas), C (alto risco, poucos sintomas) e D (alto risco, muitos sintomas) e foi realizada pelo médico pneumologista do hospital.

Dados demográficos e de escolaridade foram obtidos em formulário elaborado especificamente para a pesquisa contendo: nome, idade, sexo, endereço (local onde os pacientes residem), escolaridade (através do nível de estudo do paciente divididos em: (analfabeto/primário incompleto, primário completo/ginasial incompleto, ginasial completo/colegial incompleto, colegial completo/superior incompleto, superior completo), hábito de fumar. A condição socioeconômica seguiu os Critérios de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (GORDIA; QUADROS; CAMPOS, 2009), tendo o resultado

a obtenção de classes econômicas (A1, A2, B1, B2, C, D, E) (ANEXO II). Para minimizar possíveis erros de entendimento a cerca da escala, a leitura das questões e a anotação das respostas foi padronizada para todos os pacientes e testada/calibrada através de um estudo piloto, não sendo os resultados apresentados nesta dissertação.

Avaliação da qualidade de vida do paciente com DPOC foi feita através do Questionário Qualidade de vida – SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form Health Survey – SF - 36) (CICONELLI, et al., 1999) (ANEXO III). A Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em paciente com DPOC foi realizado através do questionário OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-short Form). (DINI; MCGRATH; BEDI, 2003; SLADE; SPENCER, 1994; SLADE, 1997) (ANEXO IV). No grupo sem a DPOC foram aplicados os mesmos questionários. A análise dos questionários foi realizada através das normativas próprias.

Com relação a estatística, os principais testes utilizados para análise foram: *t-student*, qui-quadrado, Mann-Whitney e coeficiente de correlação de Spearman, através do programa GraphPad Prism, versão 5.01.

O pareamento dos grupos foi feito através do test *t-student*. Mann-Whitney foi o teste estatístico usado para comparar os grupos com relação ao: OHIP-14, SF-36, GOLD e as características da população gênero, idade, classes econômicas e hábito de fumar.

Foi utilizada a correlação de Spearman para analisar: OHIP-14 e características odontológicas (escovações, número de dentes e visitas ao dentista).

Para avaliação da consistência interna dos questionários foi aplicado o coeficiente alfa de cronbach (α) utilizando o programa MedCalc (versão 16.8.4).

O estudo seguiu os seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 30 anos; ambos os sexos; clinicamente estáveis, sem história de infecções ou exacerbação dos sintomas respiratórios há pelo menos 3 semanas; sem mudança de medicamentos há pelo menos 2 meses anteriores ao estudo. Foram excluídos do estudo pacientes que possuíam hipertensão arterial não controlada; pacientes que estivessem em exacerbação de alguma outra doença crônica; gravidez ou lactação; indivíduos que não concordaram em participar da pesquisa e indivíduos que não entenderam as perguntas feitas no questionário.

5 RESULTADOS

Participaram da pesquisa duzentos indivíduos, 100 no grupo controle e 100 no grupo DPOC. Com relação aos aspectos de pareamento dos grupos (gênero, idade e número de dentes) tivemos a participação de 50 mulheres e 50 homens em cada grupo, a média de idade foi de aproximadamente 62 anos (com cerca de 60% da população com idade superior a 60 anos) e a média do número de dentes foi de 5,85 dentes (tabela 1).

TABELA 1 – PAREAMENTO DOS GRUPOS DPOC E CONTROLE POR GÊNERO, IDADE E NÚMERO DE DENTES

	CONTROLE	DPOC	Valor de p	Teste estatístico
Gênero (masculino)	50	50	1,000	Qui-quadrado
Gênero (feminino)	50	50	1,000	
Idade em anos ($\bar{X} \pm dp$)	62,19 (± 0,95)	62,30 (± 0,95)	0,935	T student
Número de dentes ($\bar{X} \pm dp$)	6,72 (± 8,36)	4,98 (± 7,09)	0,130	T student

Fonte: a autora.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão.

A grande maioria da população do estudo foi de pessoas analfabetas ou com nível primário incompleto (43% grupo controle, 60% grupo DPOC). Com relação a classificação sócio econômica nos dois grupos a maioria pertencia a classe C (44% grupo controle, 51% grupo DPOC), seguida da classe D (30% grupo controle, 31% grupo DPOC). O hábito de fumar foi mais observado no grupo DPOC com 66% dos participantes fumantes, com diferença estatística entre os grupos. Com relação aos hábitos odontológicos 73% da população do estudo fazia mais de um ano que não visitava o dentista. A grande maioria dos participantes escovava os dentes 3 vezes ao dia (55% no grupo controle, 46% no grupo DPOC), tabela 2.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

	CONTROLE	DPOC
Variáveis	n (%)	n (%)
Idade		
≤ 60 anos	40 (40%)	40 (40%)
> 60 anos	60 (60%)	60 (60%)
Gênero		
Fem	50 (50%)	50 (50%)
Masc	50 (50%)	50 (50%)
Escolaridade		
Analfabeto/ primário incompleto	43 (43%)	60 (60%)
Primário completo/ Ginásial incompleto	34 (34%)	33 (33%)
Ginásial completo/ Colegial incompleto	8 (8%)	1 (1%)
Colegial completo/ Superior incompleto	12 (12%)	5 (5%)
Superior completo	3 (3%)	1 (1%)
Classificação econômica		
A1	0 (0%)	0 (0%)
A2	0 (0%)	0 (0%)
B1	4 (4%)	4 (4%)
B2	22 (22%)	12 (12%)
C	44 (44%)	51 (51%)
D	30 (30%)	31 (31%)
E	0 (0%)	2 (2%)
Hábito de fumar		
Sim	20 (20%)	67 (67%)
Não	80 (80%)	33 (33%)
Última visita ao dentista		
< que 1 ano	27 (27%)	27 (27%)
> que 1 ano	73 (73%)	73 (73%)
Número de dentes		
≤ 10 dentes	77 (77%)	81 (81%)
11 – 19 dentes	11 (11%)	12 (12%)
≥ 20 dentes	12 (12%)	7 (7%)
Número de escovações por dia		
0	0 (0%)	10 (10%)
1	8 (8%)	10 (10%)
2	28 (28%)	26 (26%)
3	55 (55%)	46 (46%)
4	8 (8%)	8 (8%)
5	1 (1%)	0 (0%)

Fonte: a autora

A confiabilidade interna dos questionários foi testada através do alfa cronbach (α), com os resultados apresentados na tabela 3 para o OHIP-14 e na

tabela 4 para o SF-36, todos os α tiveram resultados superiores a 0,74. Esse coeficiente é comumente usado para testar a confiabilidade de instrumentos de pesquisa, sendo considerados satisfatórios valores acima de 0,70 (BLAND; ALTMAN, 1997).

TABELA 3 – COEFICIENTE ALFA CRONBACH PARA OS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO OHIP-14, APLICADOS AO GRUPO CONTROLE E DPOC

QUESTIONÁRIO OHIP – 14			
CONTROLE		DPOC	
Domínio	A	Domínio	A
OHIP-14 TOTAL	0.7530	OHIP-14 TOTAL	0.8306
LM	0.8080	LM	0.8903
DF	0.7941	DF	0.8724
DP	0.7994	DP	0.8592
IF	0.7994	IF	0.8687
IP	0.8315	IP	0.8811
IS	0.8750	IS	0.8715
I	0.8210	I	0.8627

Fonte: a autora.

α : coeficiente alfa de Cronbach; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

TABELA 4 – COEFICIENTE ALFA CRONBACH PARA OS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO SF-36, APLICADOS AO GRUPO CONTROLE E DPOC

QUESTIONÁRIO SF-36			
CONTROLE		DPOC	
Domínio	A	Domínio	A
CF	0.8982	CF	0.7446
LAF	0.8960	LAF	0.7692
DOR	0.9014	DOR	0.7933
EGS	0.9008	EGS	0.7859
VIT	0.8949	VIT	0.7451
AS	0.9047	AS	0.7456
LAE	0.9031	LAE	0.7943
SM	0.8900	SM	0.7606

Fonte: a autora.

α : coeficiente alfa de Cronbach; CF: capacidade funcional; LAF: limitação por aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitação por aspectos emocionais; SM: saúde mental.

Foi utilizada a comparação de médias, através do teste estatístico Mann-Whitney, entre o grupo controle e DPOC para analisar se houve diferença entre o impacto da saúde bucal na QV entre os grupos. O Grupo DPOC obteve maior impacto da saúde bucal na QV na soma total do OHIP-14 e nos domínios: limitação

funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e invalidez, tabela 5.

TABELA 5 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 ENTRE O GRUPO CONTROLE E O GRUPO DPOC

DOMÍNIOS	CONTROLE ($\bar{X} \pm dp$)	DPOC ($\bar{X} \pm dp$)	Valor de p
OHIP-14 TOTAL	5,27 ($\pm 6,28$)	9,4 ($\pm 9,11$)	0,0001*
LM	0,83 ($\pm 1,57$)	1,33 ($\pm 1,90$)	0,0229*
DF	1,7 ($\pm 1,83$)	2,72 ($\pm 2,26$)	0,0009*
DP	1,06 ($\pm 1,80$)	1,4 ($\pm 1,85$)	0,010*
IF	0,75 ($\pm 1,37$)	1,43 ($\pm 2,26$)	0,071
IP	0,63 ($\pm 1,26$)	1,54 ($\pm 2,03$)	0,0007*
IS	0,09 ($\pm 0,47$)	0,3 ($\pm 1,17$)	0,098
I	0,21 ($\pm 0,05$)	0,68 ($\pm 1,46$)	0,007*

Fonte: a autora. * $p < 0,05$. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

Comparando os resultados para o SF-36 entre o grupo controle e DPOC, em todos os domínios, (com exceção do domínio limitação por aspectos emocionais) o grupo DPOC obteve piores valores, indicando pior qualidade de vida do grupo DPOC, tabela 6.

TABELA 6 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 ENTRE O GRUPO CONTROLE E O GRUPO DPOC

DOMÍNIOS	CONTROLE ($\bar{X} \pm dp$)	DPOC ($\bar{X} \pm dp$)	Valor de p
CF	67,27 ($\pm 25,80$)	40,9 ($\pm 25,22$)	0,0001*
LAF	58,75 ($\pm 42,1$)	32,75 ($\pm 36,53$)	0,0001*
DOR	56,94 ($\pm 28,78$)	44,94 ($\pm 24,93$)	0,003*
EGS	49,24 ($\pm 20,04$)	36,8 ($\pm 16,67$)	0,0001*
VIT	69,76 ($\pm 22,23$)	51,25 ($\pm 23,80$)	0,0001*
AS	80,69 ($\pm 27,96$)	63,05 ($\pm 32,75$)	0,0001*
LAE	70,33 ($\pm 38,75$)	59,33 ($\pm 42,53$)	0,068
SM	67,4 ($\pm 24,68$)	56,2 ($\pm 22,37$)	0,0005*

Fonte: a autora. * $p < 0,05$. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; CF: capacidade funcional; LAF: limitação por aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitação por aspectos emocionais; SM: saúde mental.

Fazendo uma análise dentro do próprio grupo DPOC, foi dividido o Grupo DPOC entre GOLD AB x CD. Do grupo GOLD AB fazem parte os doentes com menor severidade da doença que possuem leve ou moderado grau de limitação ao fluxo aéreo, são indivíduos que não passam por hospitalizações por exacerbação da

doença. Já os indivíduos do GOLD CD possuem grave limitação ao fluxo de ar, e tem necessidade de pelo menos uma hospitalização por ano devido a exacerbações. O grupo GOLD AB obteve maior impacto da saúde bucal na QV, com os domínios incapacidade física, incapacidade psicológica e invalidez além da soma total do questionário, dados mostrados na tabela 7.

TABELA 7 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 ENTRE OS SUBGRUPOS DPOC: GOLD AB X GOLD CD

N	GOLD AB 36	GOLD CD 64	Valor de p
DOMÍNIOS	($\bar{X} \pm dp$)	($\bar{X} \pm dp$)	
OHIP-14 TOTAL	12 ($\pm 9,19$)	7,93 ($\pm 8,80$)	0,0099*
LM	1,63 ($\pm 2,14$)	1,15 ($\pm 1,75$)	0,2999
DF	2,97 ($\pm 2,06$)	2,57 ($\pm 2,36$)	0,2488
DP	1,66 ($\pm 1,94$)	1,25 ($\pm 1,80$)	0,2835
IF	2,33 ($\pm 2,68$)	0,92 ($\pm 1,81$)	0,0045*
IP	1,91 ($\pm 1,88$)	1,32 ($\pm 2,10$)	0,0490*
IS	0,38 ($\pm 1,04$)	0,25 ($\pm 1,24$)	0,1050
I	1,083 ($\pm 1,46$)	0,453 ($\pm 1,42$)	0,0012*

Fonte: a autora. * $p < 0,05$. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

Na tabela 8 temos a mesma análise realizada para o questionário SF-36, mostrando que no domínio capacidade funcional o subgrupo GOLD CD apresentou valores menores, indicando que os indivíduos com uma severidade maior da doença tem uma QV menor no que diz respeito a capacidade funcional.

TABELA 8 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 ENTRE OS SUBGRUPOS DPOC: GOLD AB X GOLD CD

N	GOLD AB 36	GOLD CD 64	Valor de p
DOMÍNIOS	($\bar{X} \pm dp$)	($\bar{X} \pm dp$)	
CF	49,72 ($\pm 24,28$)	35,93 ($\pm 24,54$)	0,0068*
LAF	37,5 ($\pm 38,49$)	30,07 ($\pm 35,40$)	0,3658
DOR	45,80 ($\pm 30,03$)	44,45 ($\pm 21,79$)	0,8882
EGS	40,97 ($\pm 17,93$)	34,45 ($\pm 15,58$)	0,1185
VIT	48,47 ($\pm 24,19$)	52,81 ($\pm 23,63$)	0,2692
AS	63,21 ($\pm 30,15$)	62,96 ($\pm 34,31$)	0,8669
LAE	56,47 ($\pm 42,78$)	60,95 ($\pm 42,65$)	0,7312
SM	50,55 ($\pm 21,76$)	59,37 ($\pm 22,24$)	0,0661

Fonte: a autora. * $p < 0,05$. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; CF: capacidade funcional; LAF: limitação por aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitação por aspectos emocionais; SM: saúde mental.

Além das comparações acima também foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparar os valores obtidos nos questionários com algumas características do grupo DPOC, sendo elas: gênero, idade, classe econômica e hábito de fumar, encontrando diferença estatística apenas na característica hábito de fumar no domínio desconforto psicológico, em que não fumantes apresentaram índices piores (tabelas 9, 10, 11 e 12).

TABELA 9 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC GÊNERO

GÊNERO			
	Fem	Masc	
N	50	50	Valor de p
	($\bar{X} \pm dp$)	($\bar{X} \pm dp$)	
OHIP-14 TOTAL	10,14 ($\pm 10,87$)	8,66 ($\pm 6,97$)	0,884
LM	1,36 ($\pm 2,03$)	1,3 ($\pm 1,78$)	0,912
DF	2,86 ($\pm 2,45$)	2,58 ($\pm 2,06$)	0,894
DP	1,44 ($\pm 2,09$)	1,36 ($\pm 1,61$)	0,611
IF	1,68 ($\pm 2,41$)	1,18 ($\pm 2,08$)	0,267
IP	1,56 ($\pm 2,28$)	1,52 ($\pm 1,77$)	0,688
IS	0,42 ($\pm 1,47$)	0,18 ($\pm 0,77$)	0,482
I	0,82 ($\pm 1,67$)	0,54 ($\pm 1,21$)	0,448

Fonte: a autora. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

TABELA 10 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC IDADE

IDADE			
	≤ 60 anos	> 60 anos	
N	40	60	Valor de p
	($\bar{X} \pm dp$)	($\bar{X} \pm dp$)	
OHIP-14 TOTAL	8,7 ($\pm 8,31$)	9,86 ($\pm 9,65$)	0,494
LM	1,55 ($\pm 2,09$)	1,18 ($\pm 1,77$)	0,484
DF	2,47 ($\pm 2,08$)	2,88 ($\pm 2,37$)	0,461
DP	1,02 ($\pm 1,60$)	1,65 ($\pm 1,98$)	0,085
IF	1,15 ($\pm 1,98$)	1,61 ($\pm 2,42$)	0,494
IP	1,65 ($\pm 2,09$)	1,46 ($\pm 2,01$)	0,564
IS	0,27 ($\pm 0,90$)	0,31 ($\pm 1,33$)	0,534
I	0,57 ($\pm 1,27$)	0,75 ($\pm 1,57$)	0,619

Fonte: a autora. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

TABELA 11 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC CLASSE ECONÔMICA

N	CLASSE ECONÔMICA		Valor de p
	E,D	C,B2,B1,A2,A1	
	33 ($\bar{X} \pm dp$)	67 ($\bar{X} \pm dp$)	
OHIP-14 TOTAL	9,03 ($\pm 9,36$)	9,58 ($\pm 9,05$)	0,492
LM	1,06 ($\pm 1,56$)	1,46 ($\pm 2,05$)	0,617
DF	2,60 ($\pm 2,74$)	2,77 ($\pm 1,99$)	0,355
DP	1,54 ($\pm 1,98$)	1,32 ($\pm 1,80$)	0,694
IF	1,36 ($\pm 2,04$)	1,46 ($\pm 2,37$)	0,888
IP	1,45 ($\pm 2,03$)	1,58 ($\pm 2,05$)	0,699
IS	0,21 ($\pm 1,05$)	0,34 ($\pm 1,23$)	0,367
I	0,78 ($\pm 1,53$)	0,62 ($\pm 1,43$)	0,632

Fonte: a autora. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

TABELA 12 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC HÁBITO DE FUMAR

N	HÁBITO DE FUMAR		Valor de p
	Não fumantes	Fumantes	
	33 ($\bar{X} \pm dp$)	67 ($\bar{X} \pm dp$)	
OHIP-14 TOTAL	10,57 ($\pm 10,29$)	8,82 ($\pm 8,49$)	0,374
LM	1,06 ($\pm 1,85$)	1,46 ($\pm 1,93$)	0,170
DF	3,33 ($\pm 2,43$)	2,41 ($\pm 2,12$)	0,057
DP	1,84 ($\pm 1,97$)	1,17 ($\pm 1,77$)	0,047*
IF	1,57 ($\pm 2,43$)	1,35 ($\pm 2,18$)	0,855
IP	1,54 ($\pm 1,93$)	1,53 ($\pm 2,09$)	0,945
IS	0,36 ($\pm 1,47$)	0,26 ($\pm 1,00$)	0,871
I	0,84 ($\pm 1,67$)	0,59 ($\pm 1,34$)	0,384

Fonte: a autora. * p< 0,05. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

Na tabela 13 são apresentadas as características da população DPOC gênero e o questionário SF-36. Nos domínios vitalidade e saúde mental as mulheres apresentaram valores piores, indicando pior qualidade de vida nestes domínios. Na divisão por idade no grupo DPOC (dados apresentados na tabela 14) os pacientes maiores que 60 anos apresentaram pior capacidade funcional. Na característica populacional do grupo DPOC classe econômica não houve diferença entre as classes (tabela 15). Na tabela 16 são apresentados os dados da característica

hábito de fumar na população DPOC e o questionário SF-36, em que o domínio estado geral de saúde foi pior no grupo de fumantes.

TABELA 13 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC GÊNERO

N	GÊNERO		Valor de p
	Fem	Masc	
	50 ($\bar{X} \pm dp$)	50 ($\bar{X} \pm dp$)	
CF	37 ($\pm 23,56$)	44,8 ($\pm 26,43$)	0,155
LAF	27,5 ($\pm 34,71$)	38 ($\pm 37,87$)	0,158
DOR	42,18 ($\pm 24,11$)	47,7 ($\pm 25,67$)	0,253
EGS	35,74 ($\pm 17,06$)	37,86 ($\pm 16,38$)	0,451
VIT	46,3 ($\pm 23,27$)	56,2 ($\pm 23,52$)	0,031*
AS	60,96 ($\pm 33,42$)	65,1 ($\pm 32,28$)	0,554
LAE	52,68 ($\pm 43,69$)	65,99 ($\pm 40,69$)	0,168
SM	50,56 ($\pm 20,64$)	61,84 ($\pm 22,80$)	0,012*

Fonte: a autora. * p< 0,05. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; CF: capacidade funcional; LAF: limitação por aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitação por aspectos emocionais; SM: saúde mental.

TABELA 14 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC IDADE

N	IDADE		Valor de p
	≤ 60 anos	> 60anos	
	40 ($\bar{X} \pm dp$)	60 ($\bar{X} \pm dp$)	
CF	51,12 ($\pm 21,61$)	34,08 ($\pm 25,30$)	0,0006*
LAF	38,75 ($\pm 37,95$)	28,75 ($\pm 35,30$)	0,162
DOR	45,67 ($\pm 25,26$)	44,45 ($\pm 24,91$)	0,807
EGS	37,22 ($\pm 13,95$)	36,51 ($\pm 18,37$)	0,753
VIT	53 ($\pm 21,35$)	50,08 ($\pm 25,42$)	0,634
AS	69,87 ($\pm 31,24$)	58,62 ($\pm 33,19$)	0,103
LAE	54,98 ($\pm 44,37$)	62,23 ($\pm 41,39$)	0,459
SM	54,5 ($\pm 20,51$)	57,33 ($\pm 23,63$)	0,485

Fonte: a autora. * p< 0,05. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; CF: capacidade funcional; LAF: limitação por aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitação por aspectos emocionais; SM: saúde mental.

TABELA 15 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC CLASSE ECONÔMICA

N	CLASSE ECONÔMICA		Valor de p
	E,D	C,B2,B1,A2,A1	
	33 ($\bar{X} \pm dp$)	67 ($\bar{X} \pm dp$)	
CF	42,87 ($\pm 25,00$)	39,92 ($\pm 25,45$)	0,561
LAF	36,36 ($\pm 38,57$)	30,97 ($\pm 35,64$)	0,514
DOR	47,96 ($\pm 25,69$)	43,44 ($\pm 24,60$)	0,383
EGS	39,09 ($\pm 16,90$)	35,67 ($\pm 16,57$)	0,181
VIT	53,78 ($\pm 24,46$)	50 ($\pm 23,56$)	0,480
AS	68,93 ($\pm 30,63$)	60,11 ($\pm 33,59$)	0,235
LAE	58,59 ($\pm 43,33$)	59,70 ($\pm 42,46$)	0,876
SM	56,24 ($\pm 19,07$)	56,17 ($\pm 23,96$)	0,982

Fonte: a autora. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; CF: capacidade funcional; LAF: limitação por aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitação por aspectos emocionais; SM: saúde mental.

TABELA 16 - COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 COM A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL DO GRUPO DPOC HÁBITO DE FUMAR

N	HÁBITO DE FUMAR		Valor de p
	Não fumantes	Fumantes	
	33 ($\bar{X} \pm dp$)	67 ($\bar{X} \pm dp$)	
CF	45,75 ($\pm 27,10$)	38,50 ($\pm 24,08$)	0,187
LAF	35,60 ($\pm 38,54$)	31,34 ($\pm 35,71$)	0,672
DOR	46 ($\pm 27,11$)	44,41 ($\pm 23,98$)	0,740
EGS	42,96 ($\pm 16,42$)	33,76 ($\pm 16,06$)	0,007*
VIT	55,15 ($\pm 22,75$)	49,32 ($\pm 24,24$)	0,232
AS	60,60 ($\pm 32,34$)	64,28 ($\pm 33,13$)	0,529
LAE	64,66 ($\pm 39,04$)	56,71 ($\pm 44,20$)	0,449
SM	56,48 ($\pm 19,64$)	56,05 ($\pm 23,74$)	0,967

Fonte: a autora. * $p < 0,05$. Teste estatístico: Mann-Whitney.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão; CF: capacidade funcional; LAF: limitação por aspectos físicos; EGS: estado geral de saúde; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; LAE: limitação por aspectos emocionais; SM: saúde mental.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de *Spearman* (r^2) para analisar algumas características odontológicas e o questionário OHIP-14. Não houve correlação entre as características odontológicas número de escovações por dia, número de dentes e visita ao dentista com os valores do OHIP-14 (tabela 17).

TABELA 17 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE QUESTIONÁRIO OHIP-14 E CARACTERÍSTICAS ODONTOLÓGICAS: ESCOVAÇÕES, NÚMERO DE DENTES E VISITAS AO DENTISTA.

DOMÍNIOS OHIP-14	ESCOVAÇÕES	NÚMERO DE DENTES	VISITA AO DENTISTA
	(r^2 / Valor de p)	(r^2 / Valor de p)	(r^2 / Valor de p)
OHIP- 14 TOTAL	-0,174 / 0,084	0,034 / 0,739	0,012 / 0,904
LM	-0,033 / 0,744	0,077 / 0,444	0,031 / 0,757
DF	-0,040 / 0,696	0,002 / 0,980	-0,040 / 0,686
DP	-0,160 / 0,111	0,037 / 0,707	-0,032 / 0,744
IF	-0,150 / 0,134	-0,167 / 0,096	-0,141 / 0,159
IP	-0,077 / 0,440	0,018 / 0,857	0,148 / 0,139
IS	-0,002 / 0,978	0,090 / 0,372	0,087 / 0,385
I	-0,143 / 0,155	-0,019 / 0,843	-0,020 / 0,843

Fonte: a autora. Teste estatístico: Correlação de Spearman.

r^2 : Coeficiente de correlação de Spearman; LM: limitação funcional; DF: dor física; DP: desconforto psicológico; IF: incapacidade física; IP: incapacidade psicológica; IS: incapacidade social; I: invalidez.

6 DISCUSSÃO

A DPOC é uma doença progressiva, heterogênea, e considerada um problema de saúde global. Seu tratamento visa alívio dos sintomas, diminuição do número de exacerbações e melhorar a qualidade de vida dos doentes (SANTOS, et al., 2016; KOEHORST-TER, et al., 2016).

Muitas são as pesquisas na literatura que relacionam a condição clínica da saúde da boca e possíveis associações com doenças sistêmicas crônicas, um exemplo disso é a doença periodontal que pode apresentar um papel na patogênese de diversas doenças, podendo-se destacar as cardiovasculares (Ex. Aterosclerose), endócrinas (Ex. Diabetes), gástricas (Ex. Gastrite), respiratórias (Ex. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e certas condições, tais como parto pré-maturo, pré-eclâmpsia e baixo peso ao nascimento (GULATI, et al., 2013; PETER, et al., 2013).

Algumas pesquisas vêm demonstrando que além da condição clínica da saúde da boca, a condição bucal (avaliada através da autopercepção) pode ter impacto na QV de alguns grupos de doenças. Um exemplo desta associação pode ser observado no trabalho de Alpkiliç Baskirt e colaboradores (2009), na qual a condição bucal promoveu um impacto negativo na qualidade de vida em pacientes portadores de hemofilia.

Destacando o nosso objeto de estudo pacientes com DPOC comparados ao grupo controle, os pacientes com DPOC também tiveram um impacto maior da saúde bucal na QV, corroborando com o achado de Alpkiliç Baskit e colaboradores (2009).

Uma pesquisa recente evidenciou a relação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) com a saúde mental em indivíduos com DPOC registrados em uma unidade ambulatorial em Oslo, Noruega. Em comparação com uma amostra representativa da Noruega os pacientes com DPOC tiveram uma QVRSB pior (SALTNES, et al., 2015).

Outra pesquisa realizada com pacientes com cirrose hepática teve o objetivo de avaliar a saúde oral percebida e o impacto da saúde bucal no bem estar geral e risco nutricional, concluindo que os pacientes com cirrose hepática tem maior impacto da saúde bucal na QV do que a população em geral, e os efeitos adversos sobre a saúde bucal pode levar à inadequada ingestão alimentar, influenciando

negativamente o bem-estar dos pacientes e o curso clínico da cirrose (GRONKJAER; VILSTRUP, 2015).

Analisando a QV geral, o grupo DPOC obteve piores scores de QV com exceção do domínio limitação por aspectos emocionais comparado ao grupo controle. No estudo realizado por Alpkiliç Baskirt e colaboradores (2009) também não houve diferença entre os grupos no domínio limitação por aspectos emocionais, também não houve diferença nos domínios vitalidade e saúde mental. Analisando os sintomas da DPOC, sendo um dos principais, a dispneia, e analisando também a própria evolução da doença, pode-se compreender o porque esses pacientes tem uma QV geral pior que a população sem a doença respiratória.

Analisando intragrupo a característica da severidade da doença entre pacientes com menos severidade (GOLD AB) e pacientes com severidade aumentada (GOLD CD), os indivíduos GOLD AB obtiveram maior impacto da saúde bucal na QV, talvez a explicação seja que indivíduos com a evolução da DPOC tenham um prejuízo maior para realizar atividades simples do dia a dia como tomar banho, pentear os cabelos, entre outros, e essas limitações chamam mais atenção que a condição bucal. Podendo auxiliar na explicação para esses achados, comparando o questionário SF-36 na análise intragrupo, o grupo CD apresentou pior QV geral no domínio capacidade funcional, demonstrando que estes indivíduos tem um prejuízo maior com o avançar da doença, pois esse domínio avalia as limitações para tarefas do dia a dia e a intensidade dessas limitações. Baron (2014), não encontrou em sua pesquisa relação entre severidade da doença (esclerose sistêmica) e o questionário OHIP-14, sugerindo que as medidas de avaliação da gravidade da doença estão desrespeitando as questões relacionadas com a saúde oral no momento da sua classificação.

Comparando os resultados obtidos no questionário OHIP-14 com algumas características do grupo DPOC como: gênero (feminino e masculino), idade ($\leq$ a 60 anos > que 60 anos) e classe econômica (E, D x C, B2, B1, A2, A1), não houve diferença entre essas características no nosso estudo. No estudo realizado por Saltnes et al (2015) não houve também diferença nos resultados divididos por gênero, porém com relação a idade o grupo mais jovem relatou pior QVRSB, sugerindo que os ideais da mídia talvez possam atingir mais os pacientes mais jovens. Em contrapartida um estudo realizado em pacientes com doença de Alzheimer, os indivíduos mais jovens possuíam OHIP menor (CICCIÙ, et al., 2013).

Com relação a população com DPOC e a característica hábito de fumar (não fumantes x fumantes), o único domínio do OHIP-14 que teve diferença entre não fumantes e fumantes foi o domínio desconforto psicológico, em que os não fumantes possuíam valores piores, demonstrando que talvez a característica fumar não tenha influencia nos piores scores obtidos no OHIP-14 do grupo DPOC em comparação ao grupo controle. Bergström e colaboradores (2013), em seu estudo sobre a saúde dental em pacientes não fumantes e fumantes (com e sem DPOC), a saúde dentária foi avaliada por placa, sangramento gengival, profundidade de bolsa periodontal e perda de dentes e esta se mostrou prejudicada nos fumantes em comparação com não fumantes, sem diferenças significativas entre fumantes com e sem DPOC.

Analizando as mesmas características da população gênero, idade, classe econômica e hábito de fumar do grupo DPOC com o questionário SF-36, classe econômica não teve relação com os resultados do SF-36, corroborando com uma pesquisa realizada com pacientes com câncer oral (BARRIOS, et al., 2015). Já com relação ao gênero as mulheres apresentaram valores piores nos domínios vitalidade e saúde mental. As mulheres após ajuste para a quantidade de tabagismo, têm um risco aumentado de 50% de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em comparação com os homens, a explicação para esse fato ainda é desconhecida (TAM, et al., 2016). Talvez devido a essa característica as mulheres com DPOC apresentem vitalidade reduzida em comparação aos homens.

Outro achado foi que os pacientes maiores que 60 anos apresentaram pior capacidade funcional. No estudo realizado por Zucoloto (2016) a idade foi um preditor significativo, ou seja, consideraram que com o aumento da idade a QV é reduzida, com relação a classe econômica e ao gênero não houve influência dessas características com a QV. Com relação ao hábito de fumar houve diferença estatística somente no domínio estado geral de saúde, em que os fumantes com DPOC apresentaram piores scores, corroborando com os achados de Bergström e colaboradores (2013).

As características odontológicas (número de escovações por dia, número de dentes e visita ao dentista) e o OHIP-14, foram analisadas através do coeficiente de correlação de Spearman e não houve correlação entre os dados. No estudo realizado por Saltnes e colaboradores (2015) o número de dentes também não teve relação com a QVRSB, eles discutem que provavelmente pela população do estudo ser em sua maioria idosos, eles podem ter uma aceitação maior da perda de dentes,

pois em sua juventude era mais comum perder os dentes mais cedo. Um limiar de 20 dentes é considerado um número adequado para se manter uma funcionalidade cabível da cavidade oral e a perda de dente é fortemente associada com uma QVRSB mais negativa (RODAKOWSKA, et al., 2014). Como no nosso estudo não houve correlação das características odontológicas e a QVRSB, muito provavelmente os indivíduos já se conformaram com a atual condição bucal e se adaptaram a viver com essas condições.

Tendo em vista as análises realizadas no trabalho e os pontos discutidos acima, podemos considerar que a saúde oral e sua percepção estão relacionadas com a QV geral de pacientes com DPOC, como foi demonstrado, esses pacientes tem um impacto maior da QVRSB comparado a uma população sem a doença, logo a implementação de serviços odontológicos a população com DPOC tende a melhorar a percepção que os indivíduos têm sobre a sua saúde bucal e com isso melhorar a qualidade de vida desses indivíduos, dando uma melhor condição de vida a indivíduos com uma doença progressiva, sem cura e bastante debilitante.

7 CONCLUSÃO

A percepção dos indivíduos com relação à QV tem facetas multidimensionais, fazendo parte de uma das dimensões a saúde bucal, neste sentido o objetivo deste estudo foi avaliar em indivíduos com DPOC, o impacto da saúde bucal na QV. Pacientes com DPOC têm um maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida e também possuem QV geral reduzida em comparação à uma população sem a doença pulmonar sendo que os indivíduos com menor severidade da doença possuem um maior impacto da QVRSB.

Com estes achados podemos considerar que pacientes com DPOC podem se beneficiar de um tratamento que englobe a atenção à saúde bucal, podendo com isso diminuir o impacto que a saúde bucal tem na QV, melhorando a QV geral desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- ALPKILIÇ BASKIRT, E.; AK, G.; ZULFIKAR, B. Oral and general health-related quality of life among young patients with haemophilia. **Haemophilia: the official journal of the World Federation of Hemophilia**, v. 15, n. 1, p. 193–8, 2009.
- BARON, M. et al. The Canadian systemic sclerosis oral health study: orofacial manifestations and oral health-related quality of life in systemic sclerosis compared with the general population. **Rheumatology (Oxford, England)**, v. 53, n. 8, p. 1386–94, 2014.
- BARRIOS, R. et al. Oral and general health-related quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group. **Health and quality of life outcomes**, v. 13, n. 1, p. 9, 2015.
- BERGSTRÖM, J. et al. Dental Health in Smokers with and without COPD. **Plos One**, v. 8, n. 3, 2013.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Cronbach's alpha. **BMJ**, v. 314, p. 314- 572, 1997.
- CAMPO, A.; MACIEL, C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. **Rev Assoc Med Bras**, v. 54, n. 4, p. 347-52, 2008.
- CHANG, S.-C. et al. Assessment of health-related quality of life in antiviral-treated Taiwanese chronic hepatitis C patients using SF-36 and CLDQ. **Health and quality of life outcomes**, v. 12, n. 1, p. 97, 2014.
- CICCIÙ, M. et al. Relationship between oral health and its impact on the quality life of Alzheimer's disease patients: A supportive care trial. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, v. 6, n. 9, p. 766–772, 2013.
- CICONELLI, R.M. et al. Brazilian-Portuguese version of the SF-36. A reliable and valid quality of life outcome measure. **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 3, p. 143-150, mai/jun. 1999.
- DESLEE, G. et al. Impact of current cough on health-related quality of life in patients with COPD. **Int J Chron Obst Pulmon Dis**, n. 11, p. 2091–2097, 2016.
- DINI, E.L.; MCGRATH, C.; BEDI, R. An evaluation of the oral health quality of life (OHQoL) instrument in a Brazilian population. **Community Dent Health**, v. 20, n. 1, p. 40-44, mar. 2003.
- FREDDO, S. L. et al. Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 1991–2000, 2008.
- GARY, P. A. Advances in understanding COPD [version 1; referees: 3 approved]. **F1000 Research**. v. 5, sep. 2016.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2014. Disponível em: <http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2015.

GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.; CAMPOS, W.D. Sociodemographic variables as determinant of the environment domain of quality of life of adolescents. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 6, p. 2261-2268, nov/dez. 2009.

GRONKJAER, L.; VILSTRUP, H. Oral health in patients with liver cirrhosis. **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**, v. 27, n. 7, p. 834-839, jul. 2015.

GROSSMAM, S.; PORTH, C. M. **Porth's Pathophysiology: Concepts of altered health states**. 9 ed. Wolters Kluwer Health, 2014.

GULATI, M. et al. Essentials of Periodontal Medicine in Preventive Medicine. **Int J Prev Med**. v. 4, n. 9, p. 988-994, sep. 2013.

HENKE, C.; BUDWEISER, S.; JORRES, R. A. Lung function and associations with multiple dimensions of dental health: a prospective observational cross-sectional study. **BMC research notes**, v. 9, p. 274, 2016.

KOEHORST-TER HUURNE, K. et al. Quality of life and adherence to inhaled corticosteroids and tiotropium in COPD are related. **International Journal of COPD**, v. 11, n. 1, p. 1679–1688, 2016.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; FAUSTO, N.; MITCHELL, R. N. Robbins. **Patologia básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

LINNEBERG, A. et al. Burden of allergic respiratory disease: a systematic review. **Clinical and molecular allergy : CMA**, v. 14, p. 12, 2016.

LOCKER, D.; GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 33, n. 4, p. 280-288, ago. 2005.

MCDUGALL, J. et al. Quality of Life and Self-Determination: Youth with Chronic Health Conditions Make the Connection. **Applied Research in Quality of Life**, v. 11, n. 2, p. 571–599, 2016.

MUMCU, G. et al. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. **Oral Dis**. v. 12, n. 2, p. 145-151, mar. 2006.

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. 307–314, 2005.

PAVORD, I.D. et al. Exacerbations of COPD. **International Journal of COPD**, v. 11, p. 21-30, 2016.

PETER, K.P. et al. Association between periodontal disease and chronic obstructive pulmonary disease: a reality or just a dogma? **J Periodontol**. v. 48, n. 12, p. 1717-1723, dez. 2013.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 31, p. 3–24, 2003.

RABAHI, M. F. Epidemiologia da DPOC: enfrentando desafios. **Pulmão RJ, Rio de Janeiro**, v. 22, n. 3, p. 4–8, 2013.

RIDYARD, E.; INKSTER, C. Measuring quality of life in oculoplastic patients. **International journal of ophthalmology**, v. 7, n. 1, p. 133–8, 2014.

RODAKOWSKA, E. et al. Quality of life measured by OHIP-14 and GOHAI in elderly people from Białystok, north-east Poland. **BMC Oral Health**, v. 14, n. 1, p. 106, 2014.

RYCROFT, C. E. et al. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. **Int J Chron Obstruct Pulmon Dis**, v. 7, p. 457–494, 2012.

SALTNES, S. S. et al. Oral health-related quality-of-life and mental health in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Acta odontologica Scandinavica**, v. 73, n. 1, p. 14–20, 2015.

SANTOS, S. et al. Treatment of patients with COPD and recurrent exacerbations: the role of infection and inflammation. **International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, v. 11, p. 515, 2016.

SIERWALD, I. et al. Validation of the response format of the Oral Health Impact Profile. **European Journal of Oral Sciences**, v. 119, n. 6, p. 489–496, 2011.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes hipertensos**. 2008, 117f. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SISCHO, L.; BRODER, H. L. Oral Health-related Quality of Life: What, Why, How, and Future Implications. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 11, p. 1264–1270, 2011.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 25, n. 4, p. 284–290, 1997.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). 2004. **J Pneumol**, v. 30, n. 5, p. 1-42, 2004.

SOUZA, J. G. S. et al. Tools used for evaluation of Brazilian children's quality of life. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 2, p. 272–278, 2014.

TAM, A. et al. Sex Differences in Airway Remodeling in a Mouse Model of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Am J Respir Crit Care Med**. v.193, n. 8, p. 825-34, apr. 2016.

TANNUS-SILVA, D. G. S. et al. Myocardial performance index correlates with the BODE index and affects quality of life in COPD patients. **International journal of chronic obstructive pulmonary disease**, v. 11, p. 2261–2268, 2016.

TARQUINIO, S. B. C. et al. Factors associated with prevalence of oral lesions and oral self-examination in young adults from a birth cohort in Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 155-164, jan. 2013.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, nov. 1995.

VON LEUPOLDT, A. et al. Behavioral medicine approaches to chronic obstructive pulmonary disease. **Ann Behav Med**, v. 44, n. 1, p. 52–65, 2012.

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, n. 1, p. 55, 2016.

ANEXOS

ANEXO I

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Consentimento formal de participação no Projeto de Pesquisa intitulado “**Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**”

Responsáveis: Prof Dra Juliana Regina Dias Lemos

Prof Dr. Gilson Cesar Nobre Franco

Eu _____,
 RG _____, Estado _____ civil _____,
 idade _____ anos, residente à _____,
 _____, nº _____,
 bairro _____ cidade _____, Telefone _____.

Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa “**Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)**”, que irá avaliar o impacto da saúde bucal nos pacientes com diagnóstico de DPOC e também identificará de que maneira a doença pode interferir nas minhas atividades diárias e na minha qualidade de vida. Para o alcance dos objetivos desta pesquisa serei submetido a um teste de espirométrico para avaliar o fluxo de ar nos pulmões e obter o diagnóstico de DPOC e após participar dos protocolos definidos dentro deste estudo, os quais envolvem a avaliação do índice de massa corporal a partir de medidas de peso e estatura, o oferecimento de respostas a perguntas relacionadas à escolaridade, hábitos de fumo, condição socioeconômica, grau de falta de ar em atividades da vida diária, avaliação da qualidade de vida geral e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Estou ciente ainda, que durante a realização dos protocolos poderei ser fotografado, sendo que minhas imagens serão utilizadas apenas para fins científicos.

O benefício que obterei com tal estudo inclui, de uma maneira geral, a determinação da minha limitação, desempenho em atividades diárias e implicações da doença pulmonar obstrutiva crônica na minha qualidade de vida, a fim de que durante o meu tratamento seja também oferecido um atendimento individualizado e neste eu possa sentir-me cada vez melhor. Serei orientado quanto ao uso dos medicamentos prescritos pelo médico.

Se no decorrer dos testes ou após a análise dos resultados for detectada qualquer intercorrência serei encaminhado a serviços especializados vinculados ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais para atender-me dentro das necessidades que estiver apresentando. Entendo que não há qualquer compensação financeira que possa vir a me beneficiar em função da minha participação neste estudo e que também não terei despesas pessoais relativas à avaliação e tratamentos realizados.

Estou ciente ainda que todas as informações fornecidas neste estudo serão mantidas em sigilo e não poderão ser consultadas por pessoas leigas sem a minha orientação. Tais informações serão apenas utilizadas para fins de pesquisa e a minha privacidade será sempre resguardada.

Li e entendi todas as considerações descritas até aqui, bem como recebi informações adicionais dos pesquisadores em relação aos protocolos aos quais irei participar. Sei que todas as dúvidas que vierem a surgir no decorrer do estudo serão prontamente esclarecidas pelos envolvidos neste estudo.

Estou ciente que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, avisando com antecedência ao pesquisador, sem qualquer tipo de ônus à minha pessoa.

Dessa forma, eu estou de acordo em participar deste estudo, de livre e espontânea vontade, além de compreender sua importância.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecerão aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Ponta Grossa e do Hospital

Universitário Regional dos Campos Gerais, conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para questões relacionadas ao estudo entre em contato:

- Prof Dra Juliana Regina Dias Lemos – email: jrdlemos@uepg.br – (42) 3220-3735
- Prof Dr. Gilson Cesar Nobre Franco – email: gilsoncnf@uepg.br - (42) 3220-3126

Para contato com a comissão de ética em pesquisa:

- Universidade Estadual de Ponta Grossa
Av. Carlos Cavalcanti, 4748 - Uvaranas Bloco M - Sala 100
Campus Universitário CEP: 84030-900 - Ponta Grossa – PR
- Fone: (42) 3220-3108

Assinatura do Voluntário

Responsáveis:

Juliana Regina Dias Lemos

Gilson Cesar Nobre Franco

ANEXO II

Avaliação da condição socioeconômica (ABEP)



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

ANEXO III

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida - SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim

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

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior

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?

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

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

5- 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?		
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?		
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.		

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

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

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave

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

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 dê uma resposta que mais se aproxime de 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?						
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?						
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?						
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?						
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?						
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?						
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?						
i) Quanto tempo você tem se						

sentido cansado?						
------------------	--	--	--	--	--	--

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

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 e mente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar					
d) Minha saúde é excelente					

ANEXO IV

Questionário OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-short Form)

Nos últimos SEIS meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese:				
1- Você teve problemas para falar alguma palavra?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
2- Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
3- Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
4- Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
5- Você ficou preocupado(a)?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
6- Você se sentiu nervoso(a) / estressado(a)?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
7- Sua alimentação ficou prejudicada?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
8- Você teve que parar as refeições?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
9- Você encontrou dificuldade para descansar / relaxar?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
10- Você se sentiu envergonhado(a)?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
11- Você ficou irritado(a) / aborrecido(a) / com outras pessoas?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
12- Você teve dificuldades para fazer suas atividades diárias?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
13- Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre
14- Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?				
☐ Nunca	☐ Raramente	☐ Às vezes	☐ Repetidamente	☐ Sempre