

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS**

DYENILY ALESSI SLOBODA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Ponta Grossa

2018

DYENILY ALESSI SLOBODA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL
SOBRE A QUALIDADE DE VIDA EM
PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

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

Orientador: Prof. Dr. Gilson Cesar Nobre
Franco

Co-orientador: Prof. MSc. Gilberto Baroni

Ponta Grossa

2018

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

S634 Sloboda, Dyenily Alessi
Avaliação do impacto da saúde bucal
sobre a qualidade de vida em pacientes com
doença renal crônica/ Dyenily Alessi
Sloboda. Ponta Grossa, 2018.
52f.

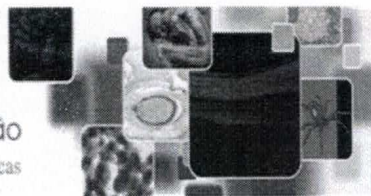
Dissertação (Mestrado em Ciências
Biomédicas - Área de Concentração:
Fisiologia e Fisiopatologia), Universidade
Estadual de Ponta Grossa.

Orientador: Prof. Dr. Gilson Cesar
Nobre Franco.

Coorientador: Prof. Dr. Gilberto
Baroni.

1.Qualidade de vida. 2.Saúde bucal.
3.Insuficiência renal crônica. I.Franco,
Gilson Cesar Nobre. II. Baroni, Gilberto.
III. Universidade Estadual de Ponta
Grossa. Mestrado em Ciências Biomédicas.
IV. T.

CDD: 616.614



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NÍVEL DE MESTRADO EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FISIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA, NÚMERO DA ATA 06/2018, DA MESTRANDA DYENILY ALESSI SLOBODA REALIZADO NO DIA 23 DE FEVEREIRO DE 2018, NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA.

Aos vinte e três dias de fevereiro de dois mil e dezoito, às 17hs30min, no Auditório Geral do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, 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 **Dyenily Alessi Sloboda** na linha de pesquisa; Fisiopatologia do Metabolismo e do Sistema Imune, constituída pelos demais Doutores (membros titulares): **Professor Dr. José Carlos Rebuglio Velloso (UEPG/Pr)** e **Professor Dr. Alessandro Hyczy Lisbôa (CESCAGE/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 RENAL CRÔNICA.”** Encerrado a defesa, e após reunião, a 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

José Carlos Rebuglio Velloso 2 - (DECLIN - UEPG) – Titular

Alessandro Hyczy Lisbôa 3- (CESCAGE) – Titular

Ponta Grossa, 23 de fevereiro de 2018.

*Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Pedro e Rosani,
que por amor fizeram de tudo por mim.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, que esteve presente em todos os momentos, me guiou com sua luz divina, ouviu minhas preces e me fortaleceu. A Ti, meu Deus, toda honra e toda glória eternamente.

À minha família, meus pais Pedro e Rosani, minha irmã Dyuli, meu cunhado Rodrigo e meu sobrinho Davi, que sempre com muito amor me incentivaram nesta jornada.

À Universidade Estadual de Ponta Grossa que deu todo o suporte para o ensino e aprendizado.

Ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa por acreditar na minha pesquisa e possibilitar o seu desenvolvimento.

À todos os pacientes do centro de hemodiálise do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa que aceitaram participar espontaneamente deste trabalho. Graças a estes voluntários é que esta dissertação se concretizou.

Às colegas de mestrado Jeanny, Lauryellen e Paula por toda troca de conhecimento para a execução da pesquisa.

À minha melhor amiga, Lillian, que segue ao meu lado desde há graduação, completando 6 anos de amizade e cumplicidade. Obrigada por traçar tantos projetos ao meu lado e comemorar junto comigo mais esta conquista. Sou eternamente grata por esta amizade tão linda e por todo o bem que faz na minha vida.

Ao meu co-orientador Gilberto Baroni pela contribuição na elaboração e execução da pesquisa.

Em especial, agradeço ao Prof. Dr. Gilson Cesar Nobre Franco, meu orientador e amigo, que dedicou seu tempo e sua experiência para que a minha formação fosse também um aprendizado de vida. Sou eternamente grata por toda paciência, conselho, conhecimento e confiança depositada em mim.

RESUMO

A Qualidade de Vida (QV) é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como algo subjetivo e de natureza multidimensional, visto que vários fatores a influenciam. Estudos recentes demonstram que a condição bucal pode atuar como um fator modificador para a QV de indivíduos portadores de doenças crônicas. Objetivo: Avaliar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida de pacientes com Doença Renal Crônica (DRC) em Hemodiálise (HD). Métodos: Trata-se de um estudo caso controle de caráter observacional e transversal, com aplicação de questionários estruturados para 100 pacientes com DRC em hemodiálise (Grupo DRC) pareados com 100 pacientes controles (Grupo Controle). Os dados demográficos e de escolaridade foram obtidos em formulário elaborado especificamente para a pesquisa. A classificação da condição socioeconômica seguiu os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. A qualidade de vida, bem como, o impacto da saúde bucal sobre a QV foi avaliado através dos seguintes questionários respectivamente: 1) “*The Short Form Health Survey (SF-36)*” e 2) “*Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)*”. Resultados: A média total do OHIP-14 para o grupo controle foi de 6,06 ($\pm 7,44$) e de 4,67 ($\pm 6,52$) para o grupo DRC. Ao comparar os valores internos do OHIP-14 entre os grupos controle e DRC, não foi observado diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Em relação a qualidade de vida geral avaliada pelo SF-36, o grupo DRC obteve os piores scores para os domínios “capacidade funcional” e “limitação por aspectos físicos”. Em relação a QV geral no grupo controle, este grupo apresentou pior pontuação no domínio de “limitação por aspectos emocionais”. Foi observada correlação negativa fraca entre as características odontológicas e os valores obtidos do questionário OHIP-14. Conclusões: Os pacientes do grupo DRC apresentaram um baixo impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida. Além disso, pacientes DRC têm uma pior QV nos domínios internos “capacidade funcional” e “limitação por aspectos físicos”, sendo que as mulheres e idosos manifestam mais a influência da doença. No sentido de que o tratamento aos DRC não deve visar somente a sobrevivência, mas também maximizar a reabilitação e a QV, sugere-se que uma atenção integral aliada a uma equipe multidisciplinar possa contribuir para o sucesso no tratamento da doença base e uma melhoria na qualidade de vida geral destes indivíduos.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Saúde bucal. Insuficiência renal crônica.

ABSTRACT

The Quality of Life (QoL) is defined by the World Health Organization (WHO) as something subjective and multidimensional nature, since several factors influence it. Considering this multidimensional aspect, the QoL can also be influenced by the oral condition. Recent studies demonstrate that the oral condition may also act as a modifying factor for the QoL of individuals with chronic diseases. Objective: To evaluate the impact of oral health on a quality of life of patients with Chronic Renal Disease (CKD) on Hemodialysis (HD). Methods: It is a control-case study of observational and transversal character, with the application of structured questionnaires for 100 patients with CKD in hemodialysis (CKD group) paired with 100 control patients (Control Group). The demographic and educational data are obtained in a form prepared specifically for research. The classification of the socioeconomic condition followed the criteria of the Brazilian Association of Research Companies. The quality of life as well as the impact of oral health on QoL were evaluated through the following questionnaires, respectively: 1) The Short Form Health Survey (SF-36) and 2) Oral Health Impact Profile-14 (OHIP -14). Results: The total mean of OHIP-14 for the control group was 6.06 ($\pm$ 7.44) and 4.67 ($\pm$ 6.52) for the CKD group. Regarding the general quality of life evaluated by the SF-36, the CKD group had the worst scores for the domains “functional capacity” and “limitation by physical aspects”. In relation to the general QOL in the control group, this group presented a worse score in the domain of “limitation by emotional aspects”. A negative correlation was observed between dental characteristics and the values obtained from the OHIP-14 questionnaire. Conclusions: Patients with CKD in HD have no impact on oral health on quality of life. In addition, CKD patients have a poorer Health-Related Quality of Life (HRQoL) in the internal domains “functional capacity” and “limitation by physical aspects”, with women and the elderly manifesting more of the influence of the disease. In the sense that treatment for CKD should not only focus on survival, but also on maximizing rehabilitation and QoL, it is suggested that comprehensive care combined with a multidisciplinary team can contribute to success in treating underlying disease and an improvement in quality of life of these individuals.

Keywords: Quality of life. Oral health. Renal insufficiency chronic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	–	Cinco domínios em uma definição conceitual de qualidade de vida.	17
Figura 2	–	Fisiopatologia da Doença Renal Crônica.	20
Figura 3	–	Anatomia renal (A) e unidade funcional (B).	20
Figura 4	–	Fatores associados com a saúde oral relacionada com a qualidade de vida.	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Descrição dos objetivos dos oito domínios que compõem o SF-36	18
Tabela 2	– Manifestações clínicas comuns em cada estágio da DRC	21
Tabela 3	– Descrição dos objetivos dos sete domínios que compõem o OHIP-14 . . .	25
Tabela 4	– Pareamento dos grupos DRC e controle por gênero, idade e número de dentes	29
Tabela 5	– Características gerais da população do estudo.	30
Tabela 6	– Coeficiente alfa <i>cronbach</i> para os domínios do questionário OHIP-14, aplicados aos grupos controle e DRC	31
Tabela 7	– Coeficiente alfa <i>cronbach</i> para os domínios do questionário SF-36, aplicados aos grupos controle e DRC	31
Tabela 8	– Comparação dos domínios do questionário OHIP-14 entre o grupo controle e o grupo DRC	32
Tabela 9	– Comparação dos domínios do questionário SF-36 entre o grupo controle e o grupo DRC	32
Tabela 10	– Comparação do questionário OHIP-14 em relação a característica populacional gênero	33
Tabela 11	– Comparação do questionário OHIP-14 com relação a idade entre os DRC .	34
Tabela 12	– Comparação do questionário OHIP-14 com a classificação sócio econômica entre os DRC	34
Tabela 13	– Comparação do questionário SF-36 em relação a característica populacional gênero.	35
Tabela 14	– Comparação do questionário SF-36 com relação a idade entre os DRC. . .	36
Tabela 15	– Comparação do questionário SF-36 com a classificação sócio econômica no grupo DRC	36
Tabela 16	– Correlação entre hábitos odontológicos e o questionário OHIP-14. . . .	37

LISTA DE SIGLAS

AS	Aspectos Sociais
CF	Capacidade Funcional
DF	Dor Física
DP	Desconforto Psicológico
DRC	Doença Renal Crônica
EGS	Estado Geral de Saúde
I	Invalidez
IF	Incapacidade Física
IP	Incapacidade Psicológica
IS	Incapacidade Social
LAE	Limitação por Aspectos Emocionais
LAF	Limitação por Aspectos Físicos
LM	Limitação Funcional
OHIP-14	<i>Oral Health Impact Profile-short</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada a Saúde Bucal
SCMPG	Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa
SF-36	<i>Short-Form Health Survey</i>
SM	Saúde Mental

TFG Taxa de Filtração Glomerular

VIT Vitalidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1	QUALIDADE DE VIDA	16
3.1.1	Histórico da Qualidade de Vida	16
3.1.2	Qualidade de vida: Definição e sua relação com a saúde	16
3.2	DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	19
3.2.1	Definição e etiologia da doença renal crônica	19
3.2.2	Fisiopatologia da doença renal crônica	19
3.2.3	Anatomia do sistema renal	20
3.2.4	Diagnóstico e manifestações clínicas da doença renal crônica	21
3.2.5	Tratamento da doença renal crônica	21
3.3	SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA	22
3.3.1	Histórico da saúde bucal relacionada a qualidade de vida	22
3.3.2	Saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida	22
4	MATERIAIS E MÉTODOS	26
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS	26
4.2	INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO	27
4.2.1	Caracterização sócio-demográfica	27
4.2.2	Avaliação da qualidade de vida geral	27
4.2.3	Avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida	27

4.3	ANÁLISE ESTATÍSTICA	28
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	38
7	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
	ANEXOS	47

1 INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como algo subjetivo e de natureza multidimensional, visto que vários fatores a influenciam tais como a percepção individual sobre aspectos sociais, psicológicos e físicos, incluindo a condição de saúde geral do indivíduo (The WHOQOL Group, 1995).

Estudos têm mostrado que o fato de ser portador de uma doença crônica pode ser o suficiente para ter um déficit significativo na qualidade de vida (LEONARDI *et al.*, 2012; MIELCK *et al.*, 2014; VILHENA *et al.*, 2014). Dentre as doenças crônicas que podem influenciar a Qualidade de Vida (QV), destaca-se a Doença Renal Crônica (DRC), a qual é caracterizada pela lesão do parênquima renal e/ou redução progressiva da função renal por um período igual ou superior a 3 meses (JU *et al.*, 2012). A maioria das formas da DRC é irreversível e progressiva e é composta de 5 estágios que caracterizam sua evolução (I, II, III, IV e V). O último estágio da DRC (estágio V) corresponde ao estágio terminal, no qual ocorre a necessidade de terapia de substituição da função renal (Ex. hemodiálise) (LÓPEZ-NOVOA *et al.*, 2011; ONUIGBO *et al.*, 2014). De acordo com Khalil e Colaboradores (2017), esta doença se tornou um problema de saúde global que afeta 10% da população adulta.

Em acréscimo, a QV também pode ser influenciada pelas condições da cavidade oral. Neste sentido, nos últimos anos o impacto da saúde bucal tem sido muito estudado e tem ganhado importância na literatura (BAIJU *et al.*, 2017; BENNADI; REDDY, 2013; CAFIERO *et al.*, 2013; THIRUVENKADAM *et al.*, 2015; ZUCOLOTO *et al.*, 2016). A situação bucal pode afetar as habilidades de comunicação, alimentação, auto-estima, estética e de atividades diárias dos indivíduos (CAFIERO *et al.*, 2013; THIRUVENKADAM *et al.*, 2015). Estudos recentes demonstram que a condição bucal pode atuar também como um fator modificador para condições sistêmicas. Dentre as condições sistêmicas associadas com a saúde bucal destacam-se as doenças crônicas como diabetes mellitus, doenças respiratórias, neurodegenerativas e a doença renal crônica (CICCIÚ *et al.*, 2013; NIKBIN *et al.*, 2014; SALTNES *et al.*, 2015; SHARMA *et al.*, 2016). Desta maneira, instrumentos sobre qualidade de vida tem servido para avaliação clínica em diversas doenças, como forma de prever a progressão de incapacidades geradas por elas. A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde é essencial para uma avaliação da influência de uma condição de saúde e do impacto de diferentes tratamentos (WILSON *et al.*, 2012).

Na atualidade, poucos são os estudos que avaliam a qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e há uma escassez de trabalhos que avaliem a influência direta do impacto (auto percepção) da condição bucal sobre esta QV neste grupo “es-

pecífico” de pacientes. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto da saúde bucal sobre a QV em pacientes portadores da doença renal crônica no estágio terminal (estágio V) em tratamento dialítico.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da saúde bucal sobre a QV em pacientes portadores da doença renal crônica no estágio terminal (estágio V) em tratamento dialítico.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos pacientes participantes sob os aspectos de: Idade, gênero, escolaridade, condição socioeconômica e hábitos odontológicos (escovações, número de dentes e ultima visita ao dentista);
- Relacionar os dados do perfil dos pacientes participantes do grupo controle e grupo DRC com o impacto da saúde bucal e com a QV geral;
- Comparar os dados dos pacientes do grupo DRC com os do grupo controle para avaliar o impacto da QV geral e o impacto da saúde bucal nos pacientes do grupo DRC.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 QUALIDADE DE VIDA

3.1.1 Histórico da Qualidade de Vida

O termo Qualidade de Vida (QV) foi inserido na literatura em meados de 1960 e se destacou nas últimas décadas. Elkington foi o responsável por uma das primeiras publicações sobre o tema em um editorial nos anais de medicina. Neste editorial, o autor abordou questões desejadas pela medicina: aumento do sucesso do tratamento clínico, ausência de morte e uma vida com qualidade. Alguns anos depois, em meados de 1980, surge o termo "Qualidade de Vida Relacionada à Saúde" (QVRS) descrito inicialmente como subconjunto da QV. Por consequência, os termos "saúde", "saúde percebida", "estado de saúde", "QVRS" e "QV" são tratados como sinônimo por muitos pesquisadores e clínicos (POST, 2014). Desta forma, neste estudo será utilizado somente o termo Qualidade de Vida (QV) como forma de padronizar a abordagem desta temática.

3.1.2 Qualidade de vida: Definição e sua relação com a saúde

A qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que eles vivem e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1995). Este é um conceito subjetivo e de caráter multidimensional, que pode ser definido como um sentimento de bem-estar dentro de vários domínios da vida, cinco são os domínios citados por Cho (2013): estado físico e habilidades funcionais; estado psicológico e bem-estar; interações sociais; estado econômico e vocacional; estado religioso e espiritual (Figura 1).

Figura 1: Cinco domínios em uma definição conceitual de qualidade de vida.



Fonte: Adaptado de CHO, 2013.

Considerando este aspecto multidimensional, a QV tornou-se um componente importante da vigilância da saúde pública e passou a ser considerada como um indicador de saúde. Tahani e colaboradores (2017), apontam que um déficit na qualidade de vida implica em uma menor taxa de sobrevivência e ressalta a importância de ajudar os indivíduos com má qualidade de vida a encontrar maneira de melhorá-la. Sendo assim, a medida de QV torna-se uma ferramenta útil para planejar políticas de assistência, pois determina as necessidades da população, a prioridade dos cuidados e a avaliação das estratégias de tratamento adotada, e ainda aponta os fatores de risco que podem impactar a qualidade de vida (BENNADI; REDDY, 2013).

Deste modo, a avaliação da qualidade de vida e sua melhoria passaram a ser valorizadas e instrumentos para monitoramento da QV foram sendo aperfeiçoados (WILSON *et al.*, 2012). Pesquisadores desenvolveram instrumentos capazes de medir os múltiplos domínios que envolvem a QV e como eles se relacionam, traduzindo em escalas e números a realidade encontrada no avaliado (SOUZA *et al.*, 2014).

Desde então é possível encontrar na literatura questionários para avaliação da QV traduzidos e validados em diversos idiomas, alguns que avaliam a QV de uma forma mais generalizada e outros que avaliam populações ou doenças específicas. Estes instrumentos de mensuração da QV podem contribuir para avaliação de serviços de saúde, tratamentos, determinantes de processos saúde-doença e nortear a utilização de recursos financeiros (RIDYARD; INKSTER, 2014).

O SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey) é um dos instrumentos mais utilizados como indicador de estado de saúde global, de fácil aplicabilidade e compreensão. Traduzido e validado para o português, o SF-36 é composto por 36 itens, que abrange oito domínios conforme descrito na tabela 1. O questionário conta também com uma questão comparativa sobre a percepção atual da saúde e de um ano atrás, que é computada a parte. A avaliação da qualidade de vida é realizada após a conversão de cada domínio em uma escala de 0 a 100, sendo que a maior pontuação representa uma melhor qualidade de vida (CHANG *et al.*, 2014; CICONELLI *et al.*, 1999; SILQUEIRA, 2005).

Tabela 1: Descrição dos objetivos dos oito domínios que compõem o SF-36

Domínios	Número de Questões	Objetivo do domínio
Capacidade funcional	10	Mensurar a limitação para executar atividades que envolvam a capacidade física.
Aspectos físicos	4	Mensurar a limitação em saúde devido a problemas físicos, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado.
Dor	2	Mensurar a intensidade e desconforto causados pela dor.
Estado geral da saúde	5	Mensurar a percepção geral da saúde.
Vitalidade	4	Mensurar níveis de energia e fadiga.
Aspectos sociais	2	Mensurar o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais.
Aspectos emocionais	3	Mensurar a limitação em saúde devido a problemas emocionais, ao tipo e à quantidade do trabalho executado.
Saúde mental	5	Mensurar aspectos referentes a ansiedade, depressão, controle comportamental ou emocional e bem-estar psicológico.

Fonte: Adaptado de CICONELLI *et al.*, 1999.

Estudos têm mostrado que o fato de ser portador de uma doença crônica pode ser o suficiente para ter um déficit significante na qualidade de vida (VILHENA *et al.*, 2014; MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014; LEONARDI *et al.*, 2012). Dentre as doenças crônicas que podem influenciar a qualidade de vida, destaca-se a doença renal crônica.

3.2 DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

3.2.1 Definição e etiologia da doença renal crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma condição caracterizada pela lesão do parênquima renal e/ou redução progressiva da função renal por um período igual ou superior a 3 meses (JU *et al.*, 2012). De acordo com Khalil e Colaboradores (2017) esta doença se tornou um problema de saúde global que afeta 10% da população adulta. No Brasil, cerca de dez milhões de pessoas têm alguma disfunção renal. A prevalência de doença renal crônica é de 50/100.000 habitantes (Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2013).

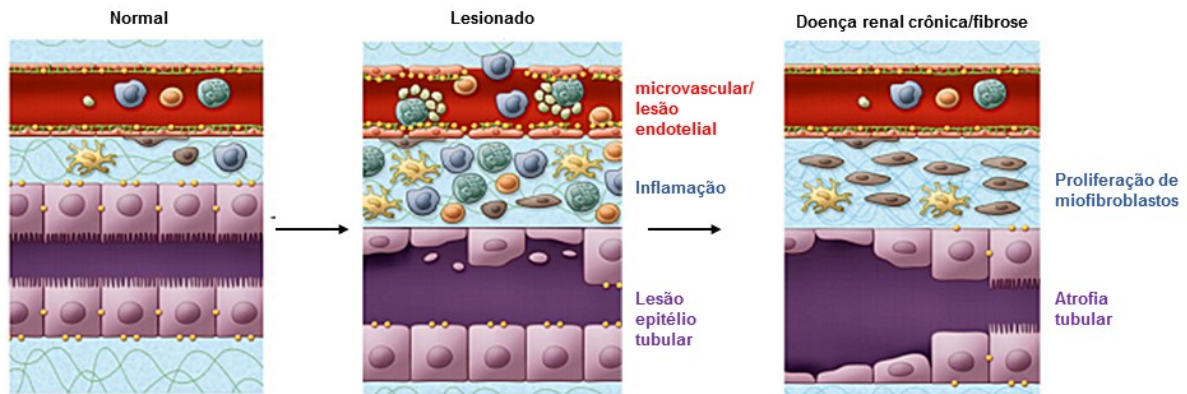
São várias as causas da DRC, sendo as mais comuns: hipertensão arterial, diabetes melittus e glomerulonefrite. No mundo desenvolvido, a primeira causa de DRC é diabetes, seguida de hipertensão arterial e as causas menos frequentes são as doenças inflamatórias (ex. glomerulonefrite) (VUČAK; VUČAK; BALINT, 2017). Todas as causas da DRC compartilham de uma via patogênica comum de lesão progressiva resultantes da cicatrização (fibrose).

3.2.2 Fisiopatologia da doença renal crônica

Na patogênese da DRC, os fatores envolvidos na etiologia causam lesões na vasculatura renal, seja por estresse oxidativo ou mecânico, que provoca uma resposta celular específica do tecido. O reparo estrutural pode ser eficaz ou mal direcionado. Uma resposta inicial envolve a ativação de mecanismos celulares, como liberação de espécies reativas de oxigênio, formação de mediadores pró inflamatórios, citocinas e quimiocinas (ex. TNF- α , IL-1, IL-6; TGF- β , VEGF). Estes mediadores atraem células inflamatórias (ex. Neutrófilos, T-helper, T-NK e macrófagos) e fatores de crescimento que estimulam a síntese de proteínas, como colágenos I e IV, fibronectina e laminina e induzem proliferação de fibroblastos. Os macrófagos pró-inflamatórios também liberam Metaloproteinases de Matriz (MMPs), contribuindo para a fibrose renal. O processo de fibrogênese gera uma papel patológico central. A fibrose prejudica o fornecimento de oxigênio as células, que conduz ou sensibiliza a apoptose. Este evento, potencializa um círculo vicioso de inflamação e fibrogênese. (KASHIHARA *et al.*, 2010; MORILLAS *et al.*, 2012; VUCAK *et al.*, 2017).

Este mecanismo é demonstrado na Figura 2 a qual ilustra um reparo anormal da microvasculatura renal, com inflamação persistente, proliferação fibroblástica e excesso de deposição de matriz extracelular, com consequente desenvolvimento de fibrose e atrofia tubular (BONVENTRE; YANG, 2011; KASHIHARA *et al.*, 2010; MORILLAS *et al.*, 2012; VUCAK *et al.*, 2017). Estes estímulos agressivos aos rins provocam perdas das unidades funcionais (néfrons) deste órgão.

Figura 2: Fisiopatologia da Doença Renal Crônica.



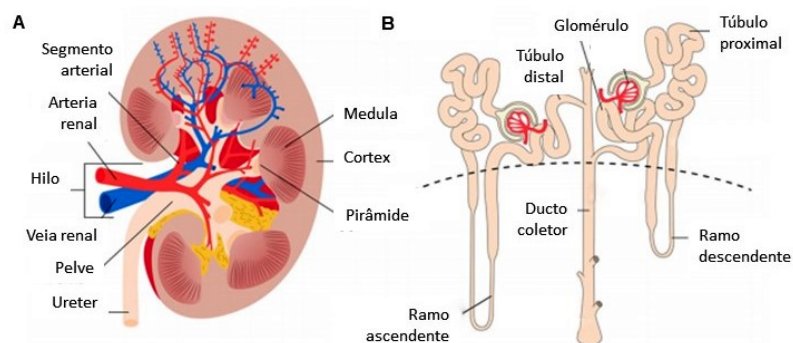
Fonte: Adaptado de BONVENTRE; YANG, 2011.

3.2.3 Anatomia do sistema renal

A anatomia do rim é mostrada na Figura 3. A unidade funcional do rim é o néfron, predominantemente localizado no Córtex renal. O rim contém aproximadamente 1 milhão de néfrons. Cada néfron consiste em um glomérulo, contendo capilares aferente e eferente, e um túbulo renal, que inclui a cápsula de *bowman*, túbulo contorcido proximal, alça de henle, túbulo contorcido distal e um ducto coletor (BOER *et al.*, 2016).

O rim é incapaz de regenerar novos néfrons. Portanto, na insuficiência renal crônica ocorre a perda irreversível e progressiva de grande número de néfrons. Esta perda reflete na diminuição progressiva do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular. Com muita frequência não ocorrem sintomas clínicos até que este número reduza pelo menos até 70% abaixo do normal (GUYTON & HALL, 2017). Isto se explica pela capacidade dos néfrons restantes em sofrer hipertrofia e compensar funcionalmente aqueles perdidos.

Figura 3: Anatomia renal (A) e unidade funcional (B).



Fonte: Adaptado de BOER *et al.*, 2016.

3.2.4 Diagnóstico e manifestações clínicas da doença renal crônica

A doença renal crônica é diagnosticada quando ocorre a excreção urinária de albumina $> 30 \frac{mg}{dia}$ e/ou a redução da função renal, com diminuição da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) estimada $< 60 \frac{ml}{min}/1,73 m^2$ para um período superior a três meses, com ou sem evidência de dano no tecido renal verificado por imagens ou métodos histológicos (TONKIN-CRINE *et al.*, 2015). Baseado na taxa estimada de filtração glomerular ou na combinação da TFG e albumina/creatinina a DRC é classificada em cinco estágios que caracterizam sua evolução (I, II, III, IV e V). Nos estágios iniciais, os pacientes geralmente não apresentam sintomas (LEVIN *et al.*, 2013; LÓPEZ-NOVOA *et al.*, 2011; ONUIGBO; AGBASI, 2014).

A gravidade dos sinais e sintomas depende do grau de comprometimento renal. Essas manifestações aparecem em todos os sistemas do organismo: manifestações neuromusculares, alterações gastrointestinais, metabólicas, cardiovasculares, dermatológicas e hematológicas (resumidas na Tabela 2) (LÓPEZ-NOVOA *et al.*, 2011).

Tabela 2: Manifestações clínicas comuns em cada estágio da DRC

Estágio	TFG	Sintomas Comuns
I	>90	-
II	60 - 90	↑ Hormônio paratireoide e redução da reabsorção renal do cálcio.
III	30 - 59	Hipertrofia ventricular, anemia secundária e deficiência eritropoietina
IV	15 - 29	↑ Triglicerídeos, hiperfosfatemia, hipercalcemia, acidose metabólica, fadiga, náuseas, anorexia e dor óssea.
V	<15	Falência renal e sintomas urêmicos severos.

Fonte: Adaptado de LÓPEZ-NOVOA *et al.*, 2011.

3.2.5 Tratamento da doença renal crônica

O tratamento da DRC inicialmente é conservador, com a administração de medicamentos associado a estratégias não farmacológicas para alcançar e manter o controle clínico da doença. O último estágio da DRC (estágio V) corresponde ao estágio terminal, no qual ocorre a necessidade de terapia de substituição da função renal (ex. Hemodiálise) para alcançar o equilíbrio hidroeletrolítico e melhorar a sobrevida em longo prazo (LÓPEZ-NOVOA *et al.*, 2011; ONUIGBO *et al.*, 2014). Cerca de 1,5 milhão de pessoas no mundo necessitam de terapia de substituição da função renal, denominada de hemodiálise (LÓPEZ-NOVOA *et al.*, 2011). De acordo com o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2013) existem em torno de 100 mil brasileiros em diálise, com uma taxa de internação hospitalar de 4,6% ao mês e uma taxa de mortalidade 17% ao ano.

A hemodiálise consiste em uma terapia artificial de filtração do sangue, com remoção de substâncias tóxicas em substituição ao papel dos rins não funcionantes. Neste processo, uma máquina recebe o sangue do indivíduo por um acesso vascular, o qual é impulsionado por uma bomba até o filtro de diálise (dialisador). No dialisador o sangue é exposto à solução de diálise através de uma membrana semipermeável que retira o líquido e as toxinas em excesso e devolve o sangue limpo para o indivíduo. O tempo do procedimento varia de acordo com o estado clínico do paciente, em geral a sessão dura em torno de 3 a 5 horas e deve ser realizada três vezes por semana. A terapia de hemodiálise não substitui as funções renais por completo. Portanto, deve-se aliar uma alimentação e ingestão de líquidos restrita na maioria das vezes para o sucesso do tratamento (NIDDK, 2017).

As estratégias de tratamento desta doença acabam limitando o indivíduo de uma rotina comum, podendo afetar sua vida social, com repercussões no convívio com amigos, no emprego e no lazer (MARTINS; CESARINO, 2005). Em acréscimo, Bots (2005), apontou em seu estudo que o tratamento com hemodiálise além de efeitos sistêmicos, causa complicações orais, como alterações na composição salivar e cuidados de saúde reduzidos que poderiam resultar em doenças periodontais e lesões orais. Deste modo, percebe-se que a DRC aliada ao tratamento dialítico compromete o bem-estar, a qualidade de vida e a sobrevivência. Baseado nestas condições associar uma avaliação periódica do bem-estar destes pacientes poderia contribuir para uma melhoria no seu quadro geral.

3.3 SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

3.3.1 Histórico da saúde bucal relacionada a qualidade de vida

A noção de que a condição bucal poderia estar relacionada a qualidade de vida surgiu em meados dos anos 80 (ZUCOLOTO; MAROCO; CAMPOS, 2016). Em 1988, David Locker foi o primeiro a desenvolver um modelo conceitual para explicar os caminhos pelos quais as condições bucais afetavam a qualidade de vida. Desde então, nos últimos anos problemas relacionados à cavidade oral vem ganhando destaque na literatura devido sua importante influência na saúde e qualidade de vida (BAIJU *et al.*, 2017; BENNADI; REDDY, 2013; CAFIERO *et al.*, 2013; THIRUVENKADAM *et al.*, 2015; ZUCOLOTO *et al.*, 2016).

3.3.2 Saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida

A saúde relacionada com a qualidade de vida possui um conceito complexo e multidimensional, os fatores que envolvem este tema podem ser tanto relacionados à problemas de

saúde gerais do indivíduo, quanto específicos, como por exemplo a saúde bucal.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal é definida como uma construção multi-dimensional que incluiu uma avaliação subjetiva da saúde bucal. Esta avaliação leva em conta o impacto da condição bucal na fala, na alimentação, no sono, na auto-estima, na vida social, nas atividades diárias e a satisfação do indivíduo com sua condição (THIRUVENKADAM *et al.*, 2015; CAFIERO *et al.*, 2013). Considerando esta definição, entende-se que a saúde bucal é parte integrante de saúde geral e do bem-estar.

Em um estudo realizado por Baiju e colaboradores (2017) foi apontado que as doenças dentárias podem causar dor, desconforto e influenciar os fatores físicos, sociais, econômicos e psicológicos de um indivíduo. Bennadi e Reddy (2013) por sua vez, apontam que a saúde bucal relacionada a qualidade de vida está associada a quatro fatores principais, sendo eles: funcionais, psicológicos, sociais e dor ou desconforto (Figura 4).

Figura 4: Fatores associados com a saúde oral relacionada com a qualidade de vida.



Fonte: Adaptado de BENNADI; REDDY, 2013.

Estudos recentes demonstram que a condição bucal pode atuar como um fator modificador para condições sistêmicas. Atualmente, acredita-se que esta influência possa ser de duplo sentido. Dentre as condições sistêmicas associadas com a saúde bucal destacam-se as doenças crônicas como diabetes mellitus, doenças respiratórias, neurodegenerativas e a doença renal crônica.

Esta relação da condição bucal e qualidade de vida pode ser observada em um estudo realizado por Alpkilic e Colaboradores (2009), no qual a condição bucal gerou um impacto negativo na qualidade de vida em pacientes portadores de hemofilia. Na Doença de Alzheimer, estudos demonstram que a dor causada por afecções bucais podem influenciar na QV e acelerar

a progressão da doença (CICCIÙ *et al.*, 2013). Em outro estudo, Sharma e Colaboradores (2016) avaliaram 861 indivíduos com doença renal crônica e observaram que a taxa de mortalidade para estes indivíduos aumentou de 32% para 41% com a adição de periodontite. Pakpour e Colaboradores (2015), perceberam que a má condição bucal (avaliada pelo questionário OHIP-14) era suficiente para gerar impacto negativo sobre a qualidade de vida em pacientes em hemodiálise no Irã. A condição bucal na QV também mostrou influência em indivíduos diabéticos (NIK-BIN *et al.*, 2014), com doença pulmonar obstrutiva crônica (SALTNES *et al.*, 2015), com doenças reumáticas (AHOLA *et al.*, 2015), entre outras.

Deste modo, mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida permite elencar as necessidades reais da população e estabelecer estratégias específicas, de cuidados odontológicos, prioridades institucionais, políticas, aplicação de recursos, bem como contribuir para melhorias na qualidade de vida do indivíduo abordado (ISIEKWE *et al.*, 2014; SISCHO; BRODER, 2011). Por isso, os pesquisadores desenvolveram instrumentos de QV específicos para a saúde bucal, sendo os questionários de múltiplos itens o método mais utilizado para avaliar esta condição.

Existem vários instrumentos validados que tem como objetivo avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Um dos mais utilizados é o “*Oral Health Impact Profile*” (OHIP-14), proposto por Slade e Spencer, uma versão reduzida do questionário OHIP-49. Composto por 14 questões divididas em 7 domínios, conforme descrito na Tabela 3. A pontuação se faz de forma individual de 0-4 pontos, totalizando 0-56 pontos. Sendo que, valores mais altos indicam maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida e valores mais baixos menor impacto (ISIEKWE *et al.*, 2014; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; SLADE, 1997; SLADE; SPENCER, 1994).

Tabela 3: Descrição dos objetivos dos sete domínios que compõem o OHIP-14

Domínios	Número de Questões	Objetivo do domínio
Limitação funcional	2	Avaliar a dificuldade para falar e a alteração no sabor dos alimentos.
Dor física	2	Avaliar a presença de dor e incômodos relacionados a condição bucal.
Desconforto psicológico	2	Avaliar a preocupação ou estresse por algum problema na cavidade bucal.
Incapacidade física	2	Avaliar a presença de prejuízos na alimentação em função da condição bucal.
Incapacidade psicológica	2	Avaliar a dificuldade para relaxar e o quanto se sente envergonhado.
Incapacidade social	2	Avaliar o grau de irritabilidade contra terceiros e/ou dificuldade em realizar atividades diárias em função da condição bucal.
Invalidez	2	Avaliar o quanto a vida ficou pior pela condição bucal e se o paciente ficou incapaz de realizar alguma atividade diária.

Fonte: Adaptado de SLADE, 1997.

Deste modo, através da avaliação do impacto dos problemas bucais em relação a qualidade de vida, pode-se melhorar as estratégias de prevenção e intervenção dentária, promovendo uma melhor qualidade de vida para os indivíduos com tratamentos mais resolutos e extensivos que levam em consideração um atendimento global e multidisciplinar.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Hemodiálise do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa/PR (SCMPG) e foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, com parecer número 1.616.409. O projeto foi autorizado pelo núcleo de ensino e pesquisa do SCMPG através do ofício nº 481/2015.

Trata-se de um estudo de caráter observacional e transversal realizado no ano de 2017, durante 3 meses (janeiro, fevereiro e março). Para a execução da pesquisa os participantes foram num primeiro momento, informados de forma detalhada sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO I - TCLE). Posteriormente, os questionários foram aplicados por um único entrevistador, evitando assim os erros na interpretação dos mesmos e também nas anotações das respostas.

A aplicação de questionários ocorreu em dois grupos na unidade de hemodiálise. O primeiro grupo, pacientes com doença renal crônica (grupo teste), comparado com o grupo controle formado por indivíduos que não possuem a doença. Os voluntários do grupo controle eram acompanhantes de pacientes do hospital ou estavam no hospital para acompanhamento ambulatorial de outras especialidades, estes foram abordados na sala de espera da instituição. Já os pacientes do grupo doença foram abordados durante a sessão de hemodiálise. Os pacientes de ambos os grupos foram entrevistados de maneira individual.

Foram incluídos no estudo pacientes com idade ≥ 18 anos, de ambos os gêneros, clinicamente estáveis e que aceitaram participar da pesquisa. Eram critérios de exclusão: pacientes com deficiência cognitiva severa, incapacidade motora severa e instabilidade clínica.

Para o cálculo amostral utilizou-se dados obtidos na literatura de um estudo metodologicamente semelhante, no qual os autores empregaram questionário OHIP-14 em uma população com uma condição sistêmica crônica (MUMCU *et al.*, 2006). Os valores de média e desvio padrão entre os grupos (doença x saudável) foram analisados através do *software* G*Power 3.1, com um nível de significância de 5% e poder de 90%. Neste sentido obteve-se o valor mínimo de 80 voluntários para o questionário OHIP-14. Com base nestes resultados, optou-se por um acréscimo de mais de 20%, totalizando assim, 100 voluntários em cada grupo.

4.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO

4.2.1 Caracterização sócio-demográfica

Os dados demográficos e de escolaridade foram obtidos em formulário elaborado especificamente para a pesquisa incluindo o nome, idade, gênero, endereço e escolaridade (analfabeto/ primário incompleto, primário completo/ ginásial incompleto, ginásial completo/ colegial incompleto, colegial completo/ superior incompleto, superior completo).

A classificação da condição socioeconômica seguiu os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas, resultando na obtenção de classes econômicas: A1, A2, B1, B2, C, D e E (GORDIA; QUADROS; CAMPOS, 2009) (ANEXO II).

4.2.2 Avaliação da qualidade de vida geral

A avaliação da qualidade de vida geral foi realizada com o uso do questionário SF-36 (*Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form Health Survey*) (ANEXO III). O SF-36 é composto de 36 itens, divididos em oito dimensões: capacidade funcional (dez itens), aspectos físicos (quatro itens), aspectos emocionais (três itens), aspectos sociais (dois itens), saúde mental (cinco itens), dor (dois itens), vitalidade (energia /fadiga); (quatro itens), estado geral da saúde (cinco itens) e estado de saúde atual comparado há um ano atrás (um item), que é computado à parte. A pontuação varia de 0 – 100 pontos por domínio. Sendo que valores próximos a zero indicam pior QV, e valores próximos a cem melhor QV (CICONELLI *et al.*, 1999).

4.2.3 Avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida

A avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida foi avaliada com o uso do Questionário OHIP-14 (*Oral Health Impact Profile-short Form - OHIP-14*) (ANEXO IV). Este questionário representa a versão simplificada e validada do OHIP-49, composto de 14 itens envolvendo 7 domínios (2 questões por domínios): Limitação funcional; Dor física; Desconforto psicológico; Incapacidade física; Incapacidade psicológica; Incapacidade social e invalidez. A pontuação se faz de forma individual de 0-4 pontos, totalizando 0-56 pontos. Sendo que, valores mais altos indicam maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida e valores mais baixos menor impacto (SLADE, 1997; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

4.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados do grupo controle e grupo teste foram pareados através da idade, gênero e número de dentes. Os resultados obtidos foram submetidos a uma análise exploratória com o auxílio do *software* BIOESTAT 5.01, para determinação da melhor análise estatística dos dados, adotando um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). O pareamento dos grupos foi feito através do teste *t-student* e qui-quadrado. Para comparar os grupos com relação ao OHIP-14 e SF-36 e as características de gênero e classe sócio econômica o teste estatístico utilizado foi o *Mann-Whitney*. O teste *Kruskal-Wallis* foi utilizado para comparar a idade ao OHIP-14 e SF-36. A correlação de *Spearman* foi utilizada para analisar: OHIP-14 e características odontológicas (escovações e número de dentes e tempo da última visita ao dentista). O coeficiente alfa de *cronbach* (α) foi empregado para avaliação da consistência interna dos questionários através do *software* MedCalc (versão 16.8.4).

5 RESULTADOS

Duzentos indivíduos foram submetidos a entrevistas estruturadas, sendo 100 dos entrevistados incluídos no grupo controle e 100 no grupo doença renal crônica. Os grupos foram pareados em relação a idade, gênero e número de dentes, conforme demonstrado na Tabela 4.

A idade média dos voluntários no grupo controle foi de $54,93 \pm 12,91$ e no grupo doença foi de $55,18 \pm 13,02$. Em ambos os grupos, 51% eram mulheres e 49% eram homens. A média de número de dentes para o grupo controle e doença, foi respectivamente $12,03 \pm 10,60$ e $14,03 \pm 10,76$.

Tabela 4: Pareamento dos grupos DRC e controle por gênero, idade e número de dentes

	Controle	DRC	Valor de p	Teste estatístico
Gênero (feminino)	51	51	1,000	Exato de fisher
Gênero (masculino)	49	49	1,000	
Idade em anos x ($\pm$ dp)	54,93 ($\pm$ 12,91)	55,18 ($\pm$ 13,02)	0,891	<i>t student</i>
Número de dentes x ($\pm$ dp)	12,03 ($\pm$ 10,60)	14,03 ($\pm$ 10,76)	0,187	<i>t student</i>

Fonte: A autora.

Legenda: x : média; dp: desvio padrão.

A amostra foi distribuída com relação a idade da seguinte forma: 61% do grupo controle tinham 60 anos ou menos e 39% deste grupo mais de 60 anos. No grupo doença, 62% dos participantes tinham 60 anos ou menos, enquanto 38% tinham mais de 60 anos. Em relação a escolaridade, ambos os grupos foram constituídos em sua maioria por pessoas que tinham no máximo ginásial incompleto. No que diz respeito a classificação sócio econômica, a classe C foi predominante (57% no grupo controle e 55% no grupo DRC).

A maior parte da amostra tinha menos que 20 dentes: grupo controle 73% e grupo doença 61% com menos de 20 dentes. A avaliação dos hábitos odontológicos indicou que mais da metade dos voluntários completou mais de um ano sem visitar o dentista (69% no grupo controle e 54% no grupo DRC). A grande maioria relatou uma frequência de escovações dos dentes de três vezes ao dia. As características dos participantes do estudo por grupo populacional são apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5: Características gerais da população do estudo

	CONTROLE n (%)	DRC n (%)
Dados demográficos		
Idade		
≤60 anos	61 (61%)	62 (62%)
>60 anos	39 (39%)	38 (38%)
Genero		
Feminino	51 (51%)	51 (51%)
Masculino	49 (49%)	49 (49%)
Escolaridade		
Analfabeto/ primário,incompleto	26 (26%)	29 (29%)
Primário completo/ Ginasial incompleto	34 (34%)	28 (28%)
Ginasial completo/ Colegial incompleto	12 (12%)	15 (15%)
Colegial completo/ Superior incompleto	23 (23%)	19 (19%)
Superior completo	5 (5%)	9 (9%)
Classificação econômica		
A1	0 (0%)	0 (0%)
A2	1 (1%)	3 (3%)
B1	0 (0%)	5 (5%)
B2	13 (13%)	16 (16%)
C	57 (57%)	55 (55%)
D	26 (26%)	21 (21%)
E	3 (3%)	0 (0%)
Hábitos odontológicos		
Última visita ao dentista		
<1 ano	31 (31%)	46 (46%)
>1 ano	69 (69%)	54 (54%)
Número de dentes		
<20 dentes	73 (73%)	61 (61%)
≥20 dentes	27 (27%)	39 (39%)
Número de escovações por dia		
0	3 (3%)	1 (1%)
1	10 (10%)	9 (9%)
2	25 (25%)	23 (23%)
3	50 (50%)	59 (59%)
4	11 (11%)	5 (5%)
5	1 (1%)	2 (2%)

Fonte: A autora.

A confiabilidade interna dos questionários foi avaliada através do coeficiente alfa *cronbach* (α). O valor mínimo aceitável para se considerar um questionário confiável é 0,70 (BLAND; ALTMAN, 1997). No presente estudo todos os α tiveram resultados $\geq$ a 0,80 sendo, portanto todos considerados com consistência interna alta. Os resultados de confiabilidade para os questionários OHIP-14 e SF-36 estão demonstrados nas Tabelas 6 e 7, respectivamente.

Tabela 6: Coeficiente alfa *cronbach* para os domínios do questionário OHIP-14, aplicados aos grupos controle e DRC

		Controle	DRC
OHIP-14		α	α
Somatório total		0,83	0,83
Domínios do OHIP-14	LM	0,88	0,88
	DF	0,87	0,86
	DP	0,87	0,86
	IF	0,88	0,86
	IP	0,87	0,87
	IS	0,89	0,90
	I	0,86	0,85

Fonte: A autora.

Legenda: 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 7: Coeficiente alfa *cronbach* para os domínios do questionário SF-36, aplicados aos grupos controle e DRC

		Controle	DRC
SF-36		α	α
Domínios do SF-36	CF	0,86	0,81
	LAF	0,86	0,82
	DOR	0,86	0,83
	EGS	0,86	0,83
	VIT	0,86	0,80
	AS	0,86	0,82
	LAE	0,86	0,86
	SM	0,84	0,81

Fonte: A autora.

Legenda: 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.

O impacto da saúde bucal na QV entre os grupos controle e DRC, foi analisado com o uso do teste estatístico de *Mann-Whitney*, por meio de comparação de médias de todos domínios internos do OHIP-14. Considerando um $p < 0,05$ não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 8).

Tabela 8: Comparação dos domínios do questionário OHIP-14 entre o grupo controle e o grupo DRC

		Controle x (± dp)	DRC x (± dp)	Valor de p
OHIP-14				
Somatório total		6,06 (± 7,44)	4,67 (± 6,52)	0,2209
Domínios do OHIP-14	LM	0,98 (± 1,63)	0,72 (± 1,42)	0,2726
	DF	1,72 (± 1,84)	1,30 (± 1,80)	0,0515
	DP	1,30 (± 1,88)	1,19 (± 1,95)	0,5470
	IF	0,56 (± 1,22)	0,37 (± 1,05)	0,3831
	IP	0,97 (± 1,86)	0,76 (± 1,37)	0,9571
	IS	0,16 (± 0,58)	0,02 (± 0,20)	0,3296
	I	0,37 (± 1,09)	0,31 (± 0,84)	0,9854

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Mann-Whitney* * $p < 0,05$; 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.

Para avaliar a qualidade de vida geral dos grupos controle e DRC, também foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* (Tabela 9). Neste caso, foi observado uma pior qualidade de vida geral no grupo DRC nos domínios internos “capacidade funcional” e “limitação por aspectos físicos”. Em contrapartida, foi observado uma pior qualidade de vida geral no grupo controle no domínio interno “limitação por aspectos emocionais”.

Tabela 9: Comparação dos domínios do questionário SF-36 entre o grupo controle e o grupo DRC

		Controle x (± dp)	DRC x (± dp)	Valor de p
SF-36				
Domínios do SF-36	CF	73,52 (± 23,02)	55,60 (± 30,15)	0,0001*
	LAF	65,75 (± 39,03)	52,00 (± 41,23)	0,0194*
	DOR	57,15 (± 28,81)	58,25 (± 29,93)	0,8863
	EGS	48,86 (± 19,59)	52,22 (± 21,02)	0,2168
	VIT	64,91 (± 21,86)	61,40 (± 25,43)	0,4473
	AS	84,68 (± 25,73)	79,62 (± 27,15)	0,1317
	LAE	70,03 (± 39,41)	80,00 (± 37,90)	0,0428*
	SM	66,40 (± 22,53)	68,36 (± 20,81)	0,6036

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Mann-Whitney* * $p < 0,05$; 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.

Os valores obtidos no OHIP-14 foram comparados, em ambos os grupos, com relação ao gênero através do teste de *Mann-Whitney*. Não foi observado diferença estatisticamente significativa entre os gêneros em ambos os grupos (Tabela 10).

Tabela 10: Comparação do questionário OHIP-14 em relação a característica populacional gênero

		MASCULINO	FEMININO	Valor de p
		49	51	
		x (± dp)	x (± dp)	
GRUPO CONTROLE				
Somatória total		4,79 (± 5,19)	7,27 (± 8,98)	0,3292
Domínios do OHIP-14	LM	0,83 (± 1,44)	1,11 (± 1,79)	0,6171
	DF	1,28 (± 1,35)	2,13 (± 2,15)	0,0781
	DP	1,22 (± 1,58)	1,37 (± 2,15)	0,6123
	IF	0,51 (± 1,10)	0,60 (± 1,34)	0,8903
	IP	0,61 (± 1,18)	1,31 (± 2,30)	0,3646
	IS	0,14 (± 0,61)	0,17 (± 0,55)	0,6466
	I	0,18 (± 0,60)	0,54 (± 1,40)	0,3925
GRUPO DRC				
Somatória total		4,30 (± 5,72)	5,01 (± 7,24)	0,7122
Domínios do OHIP-14	LM	0,67 (± 1,24)	0,76 (± 1,59)	0,9450
	DF	1,44 (± 1,93)	1,15 (± 1,67)	0,5931
	DP	1,00 (± 1,69)	1,37 (± 2,17)	0,7433
	IF	0,38 (± 1,01)	0,35 (± 1,09)	0,9313
	IP	0,48 (± 0,93)	1,01 (± 1,65)	0,2356
	IS	0,00 (± 0,00)	0,03 (± 0,28)	0,8659
	I	0,30 (± 0,68)	0,31 (± 0,98)	0,6123

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Mann-Whitney* * $p < 0,05$; 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.

O teste estatístico *Kruskal-Wallis* foi usado para comparar os valores internos do OHIP-14 com a faixa etária dos indivíduos do grupo DRC (Tabela 11). Não houve diferença estatisticamente significativa nesta comparação.

Tabela 11: Comparação do questionário OHIP-14 com relação a idade entre os DRC

		18 - 39 anos 16 x (± dp)	40 - 59 anos 43 x (± dp)	≥ 60 anos 41 x (± dp)	Valor de p
OHIP-14					
Somatória total		3,93 (± 4,68)	5,37 (± 8,01)	4,21 (± 5,35)	0,9185
Domínios do OHIP-14	LM	0,68 (± 1,30)	0,72 (± 1,60)	0,73 (± 1,30)	0,9543
	DF	1,06 (± 1,28)	1,44 (± 1,97)	1,24 (± 1,81)	0,9271
	DP	1,25 (± 2,08)	1,34 (± 2,22)	1,00 (± 1,59)	0,9728
	IF	0,18 (± 0,54)	0,39 (± 1,17)	0,41 (± 1,07)	0,9803
	IP	0,62 (± 1,14)	0,95 (± 1,66)	0,60 (± 1,09)	0,8411
	IS	0,00 (± 0,00)	0,04 (± 0,30)	0,00 (± 0,00)	0,9805
	I	0,12 (± 0,34)	0,46 (± 1,12)	0,21 (± 0,61)	0,8259

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Kruskal Wallis* 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.

Os valores do questionário OHIP-14 também foram comparados à classe socioeconômica através do teste estatístico de *Mann-Whitney* (Tabelas 12). Neste caso, não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 12: Comparação do questionário OHIP-14 com a classificação sócio econômica entre os DRC

		A1 - C 79 x (± dp)	D - E 21 x (± dp)	Valor de p
OHIP-14				
Somatória total		4,68 (± 6,87)	4,61 (± 5,10)	0,3720
Domínios do OHIP-14	LM	0,67 (± 1,39)	0,90 (± 1,57)	0,5479
	DF	1,37 (± 1,95)	1,00 (± 1,09)	0,9393
	DP	1,24 (± 2,02)	1,00 (± 1,67)	0,7833
	IF	0,44 (± 1,15)	0,09 (± 0,43)	0,4045
	IP	0,64 (± 1,35)	1,19 (± 1,36)	0,0603
	IS	0,00 (± 0,00)	0,09 (± 0,43)	0,7382
	I	0,30 (± 0,83)	0,33 (± 0,91)	0,7768

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Mann-Whitney*; 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.

O teste *Mann-Whitney* foi usado para comparar os valores obtidos no questionário SF-36 entre os gêneros no grupo controle e grupo DRC (tabela 13). No grupo DRC, pode se observar que as mulheres tinham uma pior QV referente ao domínio “limitação por aspectos físicos”. No grupo controle todos os domínios mostraram diferença estatisticamente significativa, exceto o domínio referente a aspectos sociais, indicando uma pior QV nas mulheres nos

domínios referentes a “capacidade funcional”, “limitação por aspectos físicos”, “dor”, “estado geral de saúde”, “vitalidade”, “limitações por aspectos emocionais” e “saúde mental”.

Tabela 13: Comparação do questionário SF-36 em relação a característica populacional gênero

		MASCULINO	FEMININO	Valor de p
		49	51	
		x (± dp)	x (± dp)	
GRUPO CONTROLE				
Domínios do SF-36	CF	79,63(± 21,14)	67,65(± 23,41)	0,0053*
	LAF	74,48(± 35,53)	57,35(± 40,71)	0,0402*
	DOR	66,77(± 25,66)	47,90(± 29,16)	0,0013*
	EGS	55,08(± 15,08)	42,88(± 21,61)	0,0032*
	VIT	71,55(± 21,10)	58,52(± 20,83)	0,0003*
	AS	87,81(± 23,22)	81,60(± 27,84)	0,2867
	LAE	80,95(± 33,33)	59,47(± 41,80)	0,0163*
	SM	74,85(± 18,85)	58,27(± 22,95)	0,0002*
GRUPO DRC				
Domínios do SF-36	CF	61,42 (± 28,52)	50,00 (± 30,88)	0,0641
	LAF	60,71 (± 41,14)	43,62 (± 39,95)	0,0437*
	DOR	59,14 (± 30,08)	57,39 (± 30,06)	0,8388
	EGS	51,40 (± 21,44)	53,00 (± 20,78)	0,6816
	VIT	64,18 (± 25,42)	58,72 (± 25,41)	0,2370
	AS	82,02 (± 25,04)	77,07 (± 29,17)	0,5124
	LAE	86,38 (± 33,97)	73,80 (± 40,76)	0,1754
	SM	71,91 (± 20,30)	64,94 (± 20,91)	0,0752

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Mann-Whitney* * $p < 0,05$; 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.

Entre os DRC, comparando os valores do questionário SF-36 com relação às faixas etárias (18 - 39 anos, 40 - 59 anos e ≥ 60 anos), através do teste estatístico de *Kruskal-Wallis*, apenas o domínio “capacidade funcional” apresentou diferença estatisticamente significativa, apontando para uma pior QV no aspecto funcional em indivíduos com 60 anos ou mais (Tabela 14).

Tabela 14: Comparação do questionário SF-36 com relação a idade entre os DRC

		18 - 39 anos 16 x (± dp)	40 - 59 anos 43 x (± dp)	≥ 60 anos 41 x (± dp)	Valor de p
SF-36					
Domínios do SF-36	CF	80,62 (± 18,15)	58,37 (± 30,07)	42,92 (± 27,45)	0,0001*
	LAF	65,62 (± 44,60)	48,83 (± 41,88)	50,00 (± 39,13)	0,3347
	DOR	54,62 (± 29,10)	59,20 (± 32,92)	59,65 (± 27,49)	0,8933
	EGS	60,25 (± 20,63)	50,41 (± 21,23)	50,97 (± 20,72)	0,2298
	VIT	68,75 (± 13,47)	62,44 (± 25,15)	57,43 (± 28,81)	0,5785
	AS	92,93 (± 19,35)	77,16 (± 26,85)	76,70 (± 29,12)	0,0552
	LAE	81,25 (± 40,31)	78,23 (± 37,07)	81,29 (± 38,77)	0,7907
	SM	78,25 (± 12,73)	67,44 (± 21,79)	65,46 (± 21,53)	0,0895

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Kruskal Wallis* * $p < 0,05$; x : Média; dp: Desvio Padrão; CF: Capacidade Funcional; EGS: Estado Geral de Saúde; LAF: Limitação por Aspectos Físicos; VIT: Vitalidade AS: Aspectos Sociais; LAE: Limitação por Aspectos Emocionais; SM: Saúde Mental.

O teste estatístico de *Mann-Whitney* também foi usado para comparar os valores do questionário SF-36 no grupo DRC com a classificação sócio econômica (Tabela 15). Os pacientes com classificação socioeconômica D-E apresentaram uma pontuação mais alta no domínio “estado geral de saúde”.

Tabela 15: Comparação do questionário SF-36 com a classificação sócio econômica no grupo DRC

		A1 - C 79 x (± dp)	D - E 21 x (± dp)	Valor de p
SF-36				
Domínios do SF-36	CF	54,93 (± 30,45)	58,09 (± 29,60)	0,7223
	LAF	51,89 (± 42,13)	52,38 (± 38,65)	0,9764
	DOR	59,21 (± 30,14)	54,61 (± 29,58)	0,5969
	EGS	50,20 (± 21,64)	59,80 (± 16,83)	0,0472*
	VIT	60,75 (± 26,56)	63,80 (± 21,03)	0,7833
	AS	79,30 (± 27,27)	80,23 (± 27,60)	0,7898
	LAE	79,72 (± 38,30)	80,90 (± 37,40)	0,9831
	SM	68,35 (± 21,10)	68,38 (± 20,15)	0,9696

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico *Mann-Whitney* * $p < 0,05$; 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.

O coeficiente de correlação de *Spearman* (r^2) foi utilizado para avaliar o grau de relação entre as características odontológicas (escovações, número de dentes e visita ao dentista) e os valores do questionário OHIP-14 (somatória total e domínio) (Tabela 16). Houve uma correlação negativa fraca entre a média total do OHIP-14 e escovações e visitas ao dentista. Uma

correlação negativa fraca entre os domínios incapacidade psicológica e invalidez, e o número de escovações. E ainda, uma correlação negativa fraca entre os domínios incapacidade física e incapacidade psicológica, e o tempo da última visita ao dentista.

Tabela 16: Correlação entre hábitos odontológicos e o questionário OHIP-14

		ESCOVAÇÕES (r^2 / Valor de p)	NÚMERO DE DENTES (r^2 / Valor de p)	VISITA AO DENTISTA (r^2 / Valor de p)
OHIP-14				
Somatória total		-0,2063/0,0393*	0,0297/0,7695	-0,2572/0,0097*
Domínios do OHIP-14	LM	-0,1644/0,1020	-0,0315/0,7553	-0,1028/0,3087
	DF	-0,1463/0,1463	-0,1115/0,2692	-0,1939/0,0531
	DP	-0,0907/0,3696	0,1134/0,2610	-0,1899/0,0583
	IF	-0,1195/0,2364	-0,0895/0,3760	-0,2040/0,0417*
	IP	-0,2179/0,0294*	0,0729/0,4707	-0,3023/0,0022*
	IS	-0,1122/0,2662	-0,0368/0,7162	-0,0928/0,3586
	I	-0,2063/0,0393*	-0,0935/0,3547	-0,1646/0,1017

Fonte: A autora.

Legenda: Teste estatístico Correlação de *Spearman* * $p < 0,05$; 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

No presente estudo ao comparar os grupos controle e DRC (pareados pela idade, gênero e número de dentes), utilizando as pontuações do OHIP-14 total e seus domínios internos, não foi observado diferença estatisticamente significativa entre os grupos. A média total do OHIP-14 para o grupo controle foi de 6,06 ($\pm 7,44$) e de 4,67 ($\pm 6,52$) para o grupo DRC. Isiekwe e colaboradores (2014) pontuaram em seu estudo que somente um score ≥ 15 de média do OHIP-14 total são indicativos de impacto da saúde bucal. Portanto, neste estudo houve um baixo impacto da saúde bucal sobre a QV.

O resultado inicial esperado era encontrar um alto impacto da condição bucal sobre a QV neste grupo específico. Uma vez que o delineamento da pesquisa foi baseado em achados na literatura que apontavam um déficit na condição bucal de indivíduos portadores de doenças crônicas (BOTS, 2005; THORMAN *et al.*, 2009; HONARMAND *et al.*, 2017; LIRA *et al.*, 2017). Os resultados do presente estudo foram contrários a um estudo semelhante realizado em pacientes em tratamento dialítico no Irã, no qual foi encontrado um impacto negativo da condição bucal (avaliada pelo questionário OHIP-14) sobre a qualidade de vida destes pacientes (PAKPOUR *et al.*, 2015). O estudo realizado por Pakpour (2015) incluiu 512 pacientes submetidos a hemodiálise e 255 controles. Este estudo utilizou apenas a idade e o gênero como variáveis de pareamento, ao contrário do nosso que levou em consideração o número de dentes. Neste estudo também observou-se que os pacientes em hemodiálise escovavam os dentes com menor frequência quando comparado ao grupo controle o que poderia também ser um fator preditor para este resultado contraditório ao nosso estudo. Outros estudos realizados com diferentes condições sistêmicas (Ex. diabetes mellitus, doenças respiratórias, neurodegenerativas e a doença renal crônica) também mostraram um impacto negativo da condição bucal sobre a QV (CICCIÚ *et al.*, 2013; NIKBIN *et al.*, 2014; SALTNES *et al.*, 2015; SHARMA *et al.*, 2016).

O resultado diferente dos encontrados na literatura, pode ser explicado devido a presença de uma equipe multidisciplinar no serviço de hemodiálise do HSCMPG, a qual não foi apontada nos trabalhos anteriores. A equipe multidisciplinar, composta por assistente social, psicólogo, médico e nutricionista, é responsável por avaliar as necessidades dos pacientes, inclusive queixas odontológicas auto relatadas e realizar orientações e encaminhamentos para serviços especializados. Um dado interessante sobre este aspecto é referente a última visita ao dentista há menos de 1 ano, que foi maior no grupo DRC (46%) do que no grupo controle (31%), este dado pode ser também um reflexo do atendimento multidisciplinar. Diferente ao encontrado em outros estudos, como o de Klassen e Krasko (2002) que entrevistaram 147 pacientes de um centro de hemodiálise que não contava com uma equipe multidisciplinar, dos quais

63% não visitaram o dentista regularmente, este dado foi relacionado com alterações clínicas significativas na saúde bucal.

Em acréscimo, o presente estudo também buscou avaliar a QV geral destes pacientes por meio do questionário SF-36. Neste sentido, o grupo DRC obteve os piores scores para dois domínios “capacidade funcional” e “limitação por aspectos físicos”. Lembrando que o domínio capacidade funcional mede a limitação para executar atividades que envolvam a capacidade física enquanto que, o domínio limitação por aspectos físicos mensura a limitação em saúde devido a problemas físicos, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado. Deste modo, este achado pode ser explicado pela característica debilitante da própria DRC, como citado por López-Novoa e Colaboradores (2011) (resumidos na tabela 2). Estes resultados ainda corroboram com outros estudos encontrados na literatura, que observaram que a DRC provoca mudanças no cotidiano do indivíduo e cria limitações, impactando em escores pobres dos domínios relacionados a capacidade funcional e limitação por aspectos físicos (OLIVEIRA *et al.*, 2016; KRAUS *et al.*, 2016; ZOUARI *et al.*, 2016).

Em relação a QV geral no grupo controle avaliada pelo SF-36, este grupo apresentou pior pontuação no domínio de “limitação por aspectos emocionais”. Esta pontuação não foi observada no grupo DRC, dado diferente da maioria dos resultados encontrados na literatura. Por exemplo, um estudo realizado por Perales e colaboradores (2016), que avaliou a QV geral (usando SF-36) de 52 pacientes submetidos à hemodiálise teve uma baixa QV, tendo como pior pontuação o domínio de “limitação por aspectos emocionais”. A diferença do nosso estudo pode ser explicada pela presença da equipe multidisciplinar citada anteriormente, que conta com serviço de psicologia que trabalha bem o quesito de aceitação da doença e o estado emocional dos pacientes. Semelhante ao que foi pontuado no estudo de Barrios e colaboradores (2015), que também não constatou diferença em relação a saúde emocional entre pacientes com câncer oral e o grupo controle, este autor sugere que possa haver uma adaptação psicológica nestes pacientes ao longo do tempo.

Em relação a comparação entre os valores obtidos no questionário SF-36 e os gêneros no grupo controle e grupo DRC. No grupo DRC, pode se observar que as mulheres tinham uma pior QV referente ao domínio “limitação por aspectos físicos”. De forma também similar, um estudo realizado em Curitiba com 286 pacientes em hemodiálise também apontou nas mulheres uma pior pontuação nos domínios que se referiam aos aspectos físicos (OLIVEIRA *et al.*, 2016). No grupo controle todos os domínios mostraram diferença estatisticamente significativa, exceto o domínio referente a “aspectos sociais”, indicando uma pior QV nas mulheres quando comparado aos homens. De forma semelhante ao apontado no estudo realizado por Braga e Colaboradores (2011).

Conforme relatado por outros autores, este estudo percebeu que o envelhecimento (≥ 60 anos) estava associado ao aumento dos níveis de comprometimento físico no domínio “capacidade funcional”. Este é um fato até certo ponto esperado, uma vez que o envelhecimento tem sido associado à deterioração da saúde, início de sintomas adicionais e maior dificuldade em realizar atividades da vida diária (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Outro dado interessante do estudo foi o grau de relação entre as características odontológicas (escovações, número de dentes e visita ao dentista) e os valores do questionário OHIP-14 (somatória total e domínio) (Tabela 16). Houve uma correlação negativa fraca entre a média total do OHIP-14 e escovações e visitas ao dentista, o que demonstra que quanto menor o número de escovações e as visitas ao dentista, maior é o impacto da saúde bucal sobre a QV nesses aspectos. Observado também, uma correlação negativa fraca entre os domínios incapacidade psicológica e invalidez, e o número de escovações. Estes resultados foram semelhantes ao proposto por Pakpour e colaboradores (2016) que observaram que àqueles com escovações de dentes irregulares apresentavam valores mais baixos de QVRSB. E ainda, uma correlação negativa fraca entre os domínios incapacidade física e incapacidade psicológica, e o tempo da última visita ao dentista.

Como uma das limitações do presente estudo, podemos destacar a não realização de um exame clínico para obtenção de parâmetros odontológicos, os quais poderiam ser utilizados, como dados adicionais a autopercepção de saúde bucal, na discussão dos presentes resultados. Esta limitação ocorreu devido ao fato de que no período de execução do projeto, o local de estudo não dispunha de uma estrutura e profissionais para a execução deste atendimento odontológico. Porém, um fato importante foi que, a realização deste projeto proporcionou um benefício geral não só para os pacientes, mas para a equipe multiprofissional que passa a contemplar a saúde do paciente de uma maneira ainda mais integral. Fato que pode nortear a implementação de novas políticas públicas de saúde bucal, bem como a adição de um dentista na equipe multidisciplinar atuante, implicando na melhoria de ações de intervenção e prevenção da condição patológica do indivíduo.

7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados descritos, pode-se concluir que pacientes com DRC em hemodiálise apresentam um baixo impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida e que não há diferença estatisticamente significativa dos valores do OHIP-14 entre os grupos. Em acréscimo, percebeu-se que quanto menor o número de escovações dos indivíduos e menor as visitas ao dentista, maior é o valor total do OHIP-14 e consequentemente maior o impacto da saúde bucal sobre a QV. Além disso, os resultados indicam que os pacientes DRC têm uma pior QV nos domínios internos capacidade funcional e limitação por aspectos físicos e que as mulheres e idosos manifestam mais a influência da doença sobre a sua QV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHOLA, K. *et al.* Impact of rheumatic diseases on oral health and quality of life. *Oral diseases*, Wiley Online Library, v. 21, n. 3, p. 342–348, 2015.
- ALPKILIC, E. B.; AK, G.; ZULFIKAR, B. Oral and general health-related quality of life among young patients with haemophilia. *Haemophilia*, Wiley Online Library, v. 15, n. 1, p. 193–198, 2009.
- BAIJU, R. *et al.* Oral health and quality of life: Current concepts. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, JCDR Research & Publications Private Limited, v. 11, n. 6, p. ZE21, 2017.
- 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*, BioMed Central, v. 13, n. 1, p. 9, 2015.
- BENNADI, D.; REDDY, C. Oral health related quality of life. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, Medknow Publications, v. 3, n. 1, p. 1, 2013.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Cronbach's alpha. *BMJ: British Medical Journal*, BMJ Group, v. 314, n. 7080, p. 572, 1997.
- BOER, A. *et al.* 7 t renal mri: challenges and promises. *Magnetic Resonance Materials in Physics, Biology and Medicine*, Springer, v. 29, n. 3, p. 417–433, 2016.
- BONVENTRE, J. V.; YANG, L. Cellular pathophysiology of ischemic acute kidney injury. *The Journal of clinical investigation*, American Society for Clinical Investigation, v. 121, n. 11, p. 4210, 2011.
- BOTS, C. P. End stage disease: The oral component: Saliva, thirst and oral health in patients on renal replacement therapy. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2005.
- BRAGA, S. F. M. *et al.* Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. *Revista de Saúde Pública*, SciELO Public Health, v. 45, n. 6, p. 1127–1136, 2011.
- CAFIERO, C. *et al.* Periodontal care as a fundamental step for an active and healthy ageing. *The Scientific World Journal*, Hindawi Publishing Corporation, v. 2013, 2013.
- 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*, BioMed Central, v. 12, n. 1, p. 97, 2014.
- CHO, M. H. Clinical approach to quality of life in children with end-stage renal disease. *Korean journal of pediatrics*, v. 56, n. 8, p. 323–326, 2013.

- 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*, e-Century Publishing Corporation, v. 6, n. 9, p. 766, 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. 143–50, 1999.
- GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M. B. d.; CAMPOS, W. d. Sociodemographic variables as determinant of the environment domain of quality of life of adolescents. *Ciencia & saude coletiva*, SciELO Public Health, v. 14, n. 6, p. 2261–2268, 2009.
- GROUP, W. *et al.* The world health organization quality of life assessment (whoqol): position paper from the world health organization. *Social science & medicine*, Elsevier, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E.; GUYTON, A. C. *Tratado de fisiologia médica*. [S.l.]: Elsevier Brasil, 2017.
- HONARMAND, M. *et al.* Oral manifestation and salivary changes in renal patients undergoing hemodialysis. *Journal of clinical and experimental dentistry*, Medicina Oral SL, v. 9, n. 2, p. e207, 2017.
- ISIEKWE, G. *et al.* Oral health quality of life in a nigerian university undergraduate population. *Journal of the West African College of Surgeons*, West African College of Surgeons, v. 4, n. 1, p. 54, 2014.
- JU, W.; SMITH, S.; KRETZLER, M. Genomic biomarkers for chronic kidney disease. *Translational Research*, Elsevier, v. 159, n. 4, p. 290–302, 2012.
- KASHIHARA, N. *et al.* Oxidative stress in diabetic nephropathy. *Current medicinal chemistry*, Bentham Science Publishers, v. 17, n. 34, p. 4256–4269, 2010.
- KHALIL, A. A. *et al.* Under-diagnosed chronic kidney disease in jordanian adults: prevalence and correlates. *Journal of renal care*, Wiley Online Library, 2017.
- KLASSEN, J. T.; KRASKO, B. M. The dental health status of dialysis patients. *Journal-Canadian Dental Association*, Canadian Dental Association, v. 68, n. 1, p. 34–38, 2002.
- KRAUS, M. A. *et al.* Intensive hemodialysis and health-related quality of life. *American Journal of Kidney Diseases*, Elsevier, v. 68, n. 5, p. S33–S42, 2016.
- LEONARDI, M. *et al.* Relationships between disability, quality of life and prevalence of non-motor symptoms in parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, Elsevier, v. 18, n. 1, p. 35–39, 2012.
- LEVIN, A. *et al.* Kidney disease: Improving global outcomes (kdigo) ckd work group. kdigo 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International Supplements*, Nature Publishing Group, v. 3, n. 1, p. 1–150, 2013.
- LIRA *et al.* Quality of life related to oral health of patients undergoing hemodialysis and associated factors. *Special Care in Dentistry*, Wiley Online Library, 2017.
- LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dent Health*, v. 5, p. 3–18, 1988.

- LÓPEZ-NOVOA, J. M. *et al.* Etiopathology of chronic tubular, glomerular and renovascular nephropathies: clinical implications. *Journal of translational medicine*, BioMed Central, v. 9, n. 1, p. 13, 2011.
- MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Universidade de São Paulo, v. 13, n. 5, 2005.
- 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, p. 58, 2014.
- MORILLAS, P. *et al.* Inflammation and apoptosis in hypertension. relevance of the extent of target organ damage. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, Elsevier, v. 65, n. 9, p. 819–825, 2012.
- MUMCU, G. *et al.* Oral health related quality of life is affected by disease activity in behçet's disease. *Oral diseases*, Wiley Online Library, v. 12, n. 2, p. 145–151, 2006.
- NIDDK. The national institute of diabetes and digestive and kidney diseases. www.niddk.nih.gov, 2017.
- NIKBIN, A. *et al.* Oral health-related quality of life in diabetic patients: comparison of the persian version of geriatric oral health assessment index and oral health impact profile: A descriptive-analytic study. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, BioMed Central, v. 13, n. 1, p. 32, 2014.
- OLIVEIRA, A. P. B. *et al.* Quality of life in hemodialysis patients and the relationship with mortality, hospitalizations and poor treatment adherence. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, SciELO Brasil, v. 38, n. 4, p. 411–420, 2016.
- OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the brazilian version of the oral health impact profile–short form. *Community dentistry and oral epidemiology*, Wiley Online Library, v. 33, n. 4, p. 307–314, 2005.
- ONUIGBO, M. A. C.; AGBASI, N. Chronic kidney disease prediction is an inexact science: The concept of “progressors” and “nonprogressors”. *World journal of nephrology*, Baishideng Publishing Group Inc, v. 3, n. 3, p. 31, 2014.
- PAKPOUR, A. H. *et al.* A case-control study on oral health-related quality of life in kidney disease patients undergoing haemodialysis. *Clinical oral investigations*, Springer, v. 19, n. 6, p. 1235–1243, 2015.
- PERALES, C. M.; DUSCHEK, S.; REYES, G. D. P. Quality of life related to health chronic kidney disease: Predictive importance of mood and somatic symptoms. *Nefrologia: publicacion oficial de la Sociedad Espanola Nefrologia*, v. 36, n. 3, p. 275–282, 2016.
- POST, M. Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Topics in spinal cord injury rehabilitation*, Thomas Land Publishers Inc., v. 20, n. 3, p. 167–180, 2014.
- RIDYARD, E.; INKSTER, C. Measuring quality of life in oculoplastic patients. *International journal of ophthalmology*, Press of International Journal of Ophthalmology, v. 7, n. 1, p. 133, 2014.

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*, Taylor & Francis, v. 73, n. 1, p. 14–20, 2015.

SBN. Sociedade brasileira de nefrologia. www.sbn.org.br, 2013.

SHARMA, P. *et al.* Association between periodontitis and mortality in stages 3–5 chronic kidney disease: Nhanes iii and linked mortality study. *Journal of clinical periodontology*, Wiley Online Library, v. 43, n. 2, p. 104–113, 2016.

SILQUEIRA, S. M. d. F. *O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos*. Tese (Doutorado) — Universidade de São Paulo, 2005.

SISCHO, L.; BRODER, H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of dental research*, SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, 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*, Wiley Online Library, v. 25, n. 4, p. 284–290, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community dental health*, v. 11, n. 1, p. 3–11, 1994.

SOUZA, J. G. S. *et al.* Tools used for evaluation of brazilian children's quality of life. *Revista paulista de pediatria*, SciELO Brasil, v. 32, n. 2, p. 272–278, 2014.

TAHANI, B. *et al.* Assessment of the quality of life of the patients with treated oral cancer in iran. *Oral and Maxillofacial Surgery*, Springer, p. 1–9, 2017.

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*, Medknow Publications, v. 6, n. 3, p. 396, 2015.

THORMAN, R.; NEOVIUS, M.; HYLANDER, B. Clinical findings in oral health during progression of chronic kidney disease to end-stage renal disease in a swedish population. *Scandinavian journal of urology and nephrology*, Taylor & Francis, v. 43, n. 2, p. 154–159, 2009.

TONKIN-CRINE, S. *et al.* Gps' views on managing advanced chronic kidney disease in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, British Journal of General Practice, v. 65, n. 636, p. e469–e477, 2015.

VILHENA, E. *et al.* Psychosocial factors as predictors of quality of life in chronic portuguese patients. *Health and quality of life outcomes*, BioMed Central, v. 12, n. 1, p. 3, 2014.

VUČAK, J.; VUČAK, E.; BALINT, I. Diagnostic approach to patients with chronic kidney disease. *Acta medica Croatica*, Akademija medicinskih znanosti Hrvatske, v. 70, n. 4-5, p. 289–294, 2017.

WILSON, S. R. *et al.* Asthma outcomes: quality of life. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, Elsevier, v. 129, n. 3, p. S88–S123, 2012.

ZOUARI, L. *et al.* Quality of life in chronic hemodialysis patients: about 71 cases. *La Tunisie medicale*, v. 94, n. 1, p. 40–45, 2016.

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*, BioMed Central, 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 Renal Crônica (DRC)”**

Eu _____, RG _____, idade _____ anos. Concordo, voluntariamente, em participar da pesquisa **“Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com Doença Renal Crônica (DRC)”**, que irá avaliar a qualidade de vida geral e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Para o alcance dos objetivos desta pesquisa serei submetido a perguntas relacionadas à escolaridade, condição socioeconômica, avaliação da qualidade de vida geral e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. O benefício que obterei com tal estudo inclui, de uma maneira geral, uma maior percepção da influência da minha saúde bucal em minha qualidade de vida geral. 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. 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 autorização. 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. 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 do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Ponta Grossa/PR, conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Para questões relacionadas ao estudo entre em contato:

- Dyenily Alessi Sloboda – email: dyenilyas@hotmail.com – (42) 999021250.
- Prof Dr. Gilson C. 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.

Ponta Grossa, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Paciente

Dyenily Alessi Sloboda

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