

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

PAULA MOTTA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM ASMA**

PONTA GROSSA

2017

PAULA MOTTA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL SOBRE A QUALIDADE DE VIDA
EM PACIENTES COM ASMA**

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-orientadora: Prof. Dra. Juliana Regina Dias Lemos

PONTA GROSSA

2017

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

S237 Santos, Paula Motta dos
Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com asma/ Paula Motta dos Santos. Ponta Grossa, 2017.
54f.

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

Orientador: Prof. Dr. Gilson Cesar Nobre Franco.

Coorientadora: Profª Drª Juliana Regina Dias Lemos.

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

CDD: 616.238



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 05/2017, DA MESTRANDA PAULA MOTTA DOS SANTOS REALIZADO NO DIA 22 DE JUNHO DE 2017, NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA.

Aos vinte dois dias de junho de dois mil e dezessete, às 09hs00min no auditório da Pós-Graduação de Odontologia, Bloco M, da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) em sessão 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 **Paula Motta Dos Santos** 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 **Professora Dra. Larissa Louise Campanholi Marques (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 Asma."** Encerrado a defesa, e após reunião, a banca comunicou o resultado final da avaliação da dissertação como APROVADA 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.

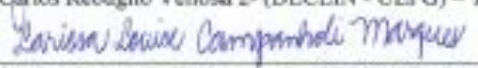
Observações (se necessário): _____

Alteração de título: sim ☐ não ☒

Novo título: _____


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


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


Larissa Louise Campanholi Marques 3- (CESCAGE - Pr) – Titular

Ponta Grossa, 22 de junho de 2017.

Dedico esse trabalho aos meus pais Silvio e Maria Eliza, que com muito amor me ensinaram princípios de honestidade, retidão e humildade. Agradeço todo incentivo e confiança. Amo vocês.

Ao amor da minha vida, meu esposo Alexandre, com quem compartilho sonhos e ideais, por todo apoio e compreensão nos momentos de ausência. Obrigada por caminhar ao meu lado todo o tempo. Sem você, nenhuma conquista valeria a pena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Jesus Cristo, que nos amou primeiro e que através de Sua imensa graça me direcionou e me sustentou até aqui, a Quem confio minha vida sempre. Obrigada Senhor.

À minha família que tanto amo, meus pais Silvio e Maria Eliza, meus irmãos Silvia, Melina, Tiago e Lucas, meus cunhados Flávio, Camila e Maria (a russa), meus sobrinhos Aquiles e Sofia, e ao meu marido Alexandre, por serem meus alicerces e tornarem essa jornada mais leve e doce.

Ao Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais e todos os funcionários por possibilitarem o desenvolvimento dessa pesquisa, e em especial, ao Serviço de Fisioterapia e às minhas colegas de profissão por todo apoio.

Aos pacientes por acreditarem em nossos ideais, por doarem seu tempo e paciência para nossa pesquisa. Sem vocês esse projeto não teria razão de existir.

Ao Prof. Dr. Everson Augusto Krum pela amizade, conselhos e pelo incentivo para minha inserção no mundo acadêmico.

Aos professores Dra. Juliana Regina Dias Lemos e Dr. Sinvaldo Baglie e ao Dr. Rangel Olsen de Carvalho pela contribuição na elaboração e execução do projeto.

Às colegas de mestrado, Dyenily Sloboda e Lauryellen Padilha por toda contribuição na pesquisa, tenham a certeza de que vocês foram fundamentais.

Em especial, agradeço ao Prof. Dr. Gilson Cesar Nobre Franco, meu orientador, por ser uma inspiração, por acreditar em mim desde o início e insistir que eu era capaz, por toda a contribuição, paciência e dedicação nos últimos 3 anos. Sou muito grata pois ganhei um amigo.

E finalmente à minha amiga Jeanny Franciela Kos Moleta, essencial nesse mestrado. Obrigada por compartilhar mais esse projeto de vida ao meu lado, por toda dedicação e empenho durante a pesquisa, por me ouvir e aconselhar, e por nossa amizade tão bonita e sincera.

Vale a pena ser bom, mas o melhor é fazer o bem.

(Robert Baden Powell)

RESUMO

SANTOS, PAULA MOTTA. **Avaliação do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com Asma**. 2017. 54 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2017.

Considerando que a organização mundial da saúde (OMS) define a qualidade de vida (QV) como subjetiva, multidimensional e que inclui aspectos positivos e negativos, destaca-se 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. Neste sentido, a literatura demonstra que, provavelmente, há uma associação entre saúde bucal e asma e que a QV neste grupo de pacientes é prejudicada. O objetivo principal deste estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal sobre a QV em pacientes diagnosticados com asma. A seleção de pacientes foi feita no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais - HURCG (Ponta Grossa – PR). Caracterizado como um “Estudo Clínico Transversal” com dois grupos (1- Pacientes portadores de asma e 2- Controle, pacientes sem asma), com 90 voluntários em cada grupo. Os questionários OHIP-14 e SF-36 foram aplicados para os dois grupos e em formulário próprio foram obtidos dados demográficos, de escolaridade, número de dentes, hábitos odontológicos e condição socioeconômica. Os testes estatísticos foram aplicados de acordo com a distribuição dos dados e o valor de significância adotado foi de 5%. Com relação aos resultados participaram do estudo 72 mulheres e 18 homens em cada grupo, a média de idade foi de aproximadamente 49 anos e a média do número de dentes foi de 13,17($\pm 11,96$) dentes para o grupo asma e 12,78 ($\pm 11,54$) para o controle. A confiabilidade interna dos questionários foi avaliada através do alfa Cronbach (α), todos os α tiveram resultados $\geq 0,79$. Os resultados indicam que os pacientes asmáticos apresentam um baixo impacto da saúde bucal sobre a QV e que os pacientes com menor número de dentes apresentam um maior impacto da saúde bucal nos domínios dor física e limitação funcional. Além disso, os resultados mostram que os asmáticos têm uma pior QV geral e que as mulheres asmáticas expressam um maior impacto da saúde bucal sobre a QV.

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

ABSTRACT

SANTOS, PAULA MOTTA. **Evaluation of the impact of oral health on quality of life in patients with Asthma**. 2017. 54 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, 2017.

Considering that the world health organization (WHO) defines quality of life as subjective, multidimensional and includes both positive and negative aspects, the influence of oral health in this context is highlighted, researches has shown that the oral condition may affect QOL in patients with chronic diseases. In this way, the literature demonstrates that there is probably an association between oral health and asthma and that quality of life in this group of patients is impaired. The main objective of this study was to evaluate the impact of oral health on quality of life in patients diagnosed with asthma. The selection of patients was made at the Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais - HURCG (Ponta Grossa - PR). It was characterized as a "Cross-Sectional Clinical Study" with two groups (1- Patients with asthma and 2- Control, patients without asthma), with 90 volunteers in each group. The OHIP-14 and SF-36 questionnaires were applied to the both groups and in the own form were obtained demographic data, educational level, number of teeth, dental habits and socioeconomic status. Statistical tests were applied according to the distribution of the data and the significance level adopted was 5%. Regarding the results we had the participation of 72 women and 18 men in each group, the mean age was approximately 49 years and the average number of teeth was 13.17 teeth for the asthma group and 12.78 for the control. The internal reliability of the questionnaires was assessed using the Cronbach alpha (α), all α had results ≥ 0.79 . Our results indicate that asthmatic patients have a low impact of oral health on QoL and that patients with fewer teeth present a greater impact of oral health in the areas of physical pain and functional limitation. In addition, our results show that asthmatics have a worse overall QOL and that asthmatic women express a greater impact of oral health on QOL.

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

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – A. Estrutura das vias aéreas normais e B. Estrutura das vias aéreas na asma.....	20
FIGURA 2 – Corte transversal da via aérea normal e da via aérea do indivíduo com asma.....	20

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Pareamento dos grupos asma e controle por gênero, idade e número de dentes.....	27
TABELA 2 – Características gerais da população do estudo.....	28
TABELA 3 – Coeficiente Alfa Cronbach para os domínios do questionário OHIP-14, aplicados aos grupos controle e asma.....	29
TABELA 4 – Coeficiente Alfa Cronbach para os domínios do questionário SF-36, aplicados aos grupos controle e asma.....	29
TABELA 5 – Comparação do questionário OHIP-14 entre os grupos controle e asma.....	30
TABELA 6 – Comparação do questionário SF-36 entre grupo controle e grupo asma.....	30
TABELA 7 – Comparação do questionário OHIP-14 em relação a característica populacional gênero.....	31
TABELA 8 – Comparação do questionário OHIP-14 com relação a idade entre os asmáticos.....	32
TABELA 9 – Comparação do questionário OHIP-14 com a classificação sócio econômica entre os asmáticos.....	32
TABELA 10 - Comparação do questionário SF-36 em relação a característica populacional gênero.....	33
TABELA 11 – Comparação do questionário SF-36 com relação a idade entre os asmáticos.....	34
TABELA 12 – Comparação do questionário SF-36 com a classificação sócio econômica no grupo asma.....	34
TABELA 13 – Correlação de Spearman entre questionário OHIP-14 e características odontológicas: escovações e número de dentes.....	35
TABELA 14 – Correlação de Spearman entre questionário SF-36 e características odontológicas: escovações e número de dentes.....	35

LISTA DE SIGLAS

AS	Aspectos Sociais
CF	Capacidade Funcional
DF	Dor Física
DP	Desconforto Psicológico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EGS	Estado Geral de Saúde
IF	Incapacidade Física
IP	Incapacidade Psicológica
IS	Incapacidade Social
I	Invalidez
LAE	Limitação por Aspectos Emocionais
LAF	Limitação por Aspectos Físicos
LM	Limitação Funcional
OHIP-14	Oral Health Impact Profile-short Form
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
SF-36	Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey
SM	Saúde Mental
VIT	Vitalidade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL.....	14
2.2 ASMA.....	18
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 OBJETIVO GERAL.....	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	24
5 RESULTADOS.....	27
6 DISCUSSÃO.....	36
7 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS.....	45

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e o sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”, sendo considerada multidimensional e subjetiva (THE WHOQOL GROUP, 1995). Com o avanço da medicina, hoje busca-se o um modelo de tratamento de saúde integral, que enfatize também fatores adicionais (pessoais, familiares e comunitários), que influenciam a QV e que evidenciam a inter-relação entre todos esses fatores (MCDOUGALL et al., 2016).

A cavidade bucal e as condições relacionadas à saúde bucal, apesar de durante muitos anos terem sido encaradas como uma parte anatômica isolada do resto do corpo, são consideradas hoje fatores que podem influenciar a vida dos indivíduos diretamente, gerando até um impacto na saúde geral (FREDDO et al., 2008). A qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) e aos vários aspectos envolvidos neste conceito demonstram a importância de fatores ambientais, socioculturais, acesso aos cuidados de saúde bucal e percepções individuais.

Estudos descrevem ainda uma associação entre as doenças bucais e as doenças sistêmicas que demonstram que, em condições como periodontite e gengivite, a aspiração de saliva com microrganismos presentes na cavidade oral pode causar contaminação do trato respiratório (MARQUES; SOUZA-MACHADO, 2011; PIZZO et al., 2010). Além disso, alterações no mecanismo de defesa do sistema respiratório para a eliminação desses patógenos podem levar à infecção e destruição tecidual (SCANNAPIECO; DASANAYAKE; CHHUN, 2010). Na asma, essa relação é avaliada através das características inflamatórias, tanto em relação à asma quanto às doenças bucais (MARQUES; SOUZA-MACHADO, 2011).

Neste sentido, acredita-se que há uma associação entre saúde bucal e asma e que a QV neste grupo de pacientes é prejudicada. A ausência de estudos que avaliem a influência direta do impacto da condição bucal sobre a QV em pacientes asmáticos e a grande relevância dessa doença no mundo, reforçam a necessidade de estudos nessa área. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto da saúde bucal sobre a QV em pacientes com asma no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais – HURCG (Ponta Grossa -PR), considerando os aspectos físicos, emocionais e sociais característicos dos pacientes avaliados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a qualidade de vida (QV) como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e o sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” e ainda destaca que a QV é subjetiva, multidimensional e inclui aspectos positivos e negativos (THE WHOQOL GROUP, 1995). Esse é um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com o ambiente do indivíduo.

A expressão, “qualidade de vida relacionada à saúde” (QVRS) é definida como o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são ocasionados pela doença, agravos, ou aos seus tratamentos; e ainda a organização política e econômica do sistema assistencial (AUQUIER; SIMEONI; MENDIZABAL, 1997).

O interesse em se estudar a QV é cada vez maior e baseia-se no avanço de um modelo médico em que o objetivo é a cura ou anos de vida estendidos, para um modelo biopsicossocial, ou integral, que enfatiza também fatores adicionais que influenciam a QV (fatores pessoais, familiares e comunitários) e que evidencia a inter-relação entre todos esses fatores (MCDUGALL et al., 2016).

O uso de instrumentos de mensuração da QV para esse fim deve referir a perspectiva dos indivíduos ao invés de limitar a percepção de avaliadores e profissionais da saúde. Além disso, o uso de indicadores de QV tem a finalidade de avaliar serviços de saúde, tratamentos, investigar determinantes de processos saúde-doença e nortear a utilização de recursos financeiros (RIDYARD; INKSTER, 2014; SOUZA et al., 2014).

A aplicação de questionários é capaz de traduzir em escalas e números a realidade encontrada no avaliado, sendo um meio bastante utilizado para se mensurar a QV (SOUZA et al., 2014), facilitando a comparação entre indivíduos. É possível encontrar na literatura uma infinidade de questionários para avaliação da QV e da QVRS, muitos já traduzidos e validados em diversos idiomas, alguns que avaliam a

QV de uma forma mais generalizada e outros que avaliam populações ou doenças específicas.

O questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey) é um instrumento amplamente utilizado para avaliar a QVRS em decorrência de sua fácil aplicabilidade e compreensão. Validado no Brasil, é um indicador de estado de saúde global e genérico, aplicável para diferentes populações, doenças e tratamentos. Envolve fatores positivos, como bem-estar, e fatores negativos, como a doença, distribuídos em oito domínios (capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental), com pontuação final variando de 0 a 100 por domínio, os valores próximos a zero indicam uma pior QV e valores próximos a 100 representam uma melhor QV (CHANG et al., 2014; CICONELLI et al., 1999; LINNEBERG et al., 2016; SILQUEIRA, 2005).

O domínio capacidade funcional engloba dez itens do questionário, avaliando a presença e/ ou extensão de prejuízos à capacidade física com níveis de resposta que variam de: sem limitação, pouca limitação ou muita limitação. Os domínios aspectos físicos (composto por quatro itens) e aspectos emocionais (composto por três itens no questionário) avaliam as limitações no tipo e quantidade de trabalho e quanto elas dificultam atividades de vida diária ou o trabalho dos avaliados, no âmbito físico e emocional, respectivamente (CICONELLI et al., 1999; LINNEBERG et al., 2016; SILQUEIRA, 2005).

Dor é um domínio composto por dois itens, em que se avalia a presença da dor, a intensidade e a sua interferência sobre as atividades de vida. Estado geral da saúde é um domínio que possui cinco itens com questões relativas a percepção que o paciente possui acerca da sua doença e suas perspectivas futuras. O domínio vitalidade, com quatro itens, traduz o grau de energia e fadiga encontrados nos pacientes. Também com dois itens, aspectos sociais é outro domínio em que o indivíduo refere o quanto sua saúde interfere nas atividades sociais, sendo possível quantificar a influência presente nesse aspecto (SILQUEIRA, 2005).

Composto por cinco itens do questionário, o domínio saúde mental está relacionado a estados de depressão, nervosismo, desânimo, felicidade e tranquilidade, quantificando a parcela do tempo que o indivíduo permanece nesses estados (CICONELLI et al., 1999; SILQUEIRA, 2005).

Nesse sentido, as avaliações da QV podem desempenhar um papel fundamental, ajudando a avaliar as dimensões mais subjetivas da doença e seu tratamento. Essas medidas devem ser simples e práticas o suficiente para que o médico e o paciente possam utilizar e interpretar, mas ao mesmo tempo deve incluir todos os fatores que possam afetar a carga de doença através de abordagens gerais ou específicas, como a saúde bucal (RAJAN et al., 2014; ZUCOLOTO et al., 2016).

Tendo em vista os aspectos multidimensionais da QV, estudos têm demonstrado a influência da condição bucal em portadores de doenças crônicas, sob os aspectos físicos e emocionais, afetando a maneira como esses indivíduos interagem socialmente, seus relacionamentos interpessoais e atividades diárias (BASKIRT; AK; ZULFIKAR, 2009; LOCKER; GIBSON, 2005).

Mesmo que por muitos anos tenha sido considerada uma parte anatômica isolada do resto do corpo, a cavidade bucal e as condições relacionadas a saúde bucal, são consideradas hoje, fatores que podem influenciar a vida dos indivíduos diretamente, gerando um impacto positivo ou negativo na saúde geral (FREDDO et al., 2008). Tendo como exemplo a respiração bucal, que independente da sua etiologia, é uma condição clínica associada a aspectos importantes da saúde bucal e geral, além de apresentar uma probabilidade maior de desenvolvimento de alergias e necessidade do uso de medicações (JIMÉNEZ et al., 2017).

O conceito de qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB) envolve aspectos como condições biológicas e o histórico (médico e psicológico), fatores ambientais, socioculturais, acesso a cuidados de saúde bucal e percepções individuais. Considera-se que indicadores possam expressar as dimensões da QVRSB e da QV subjacente de modo a prever o nível de satisfação com a saúde bucal (HOLST; DAHL, 2008). Atualmente estão à disposição instrumentos, principalmente questionários, específicos para avaliar de maneira subjetiva o impacto da saúde bucal na vida do indivíduo, considerando aspectos de funcionalidade, fatores ambientais e de saúde física e emocional (SISCHO; BRODER, 2011).

O OHIP-14 (Oral Health Impact Profile-short Form) é um dos questionários utilizados para analisar o impacto da saúde bucal sobre a QV, e é derivado de um outro questionário que possui 49 questões, sendo validado no Brasil (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). Mensura o impacto que as disfunções orais causam no bem-estar das pessoas, através da autopercepção (BASKIRT; AK; ZULFIKAR, 2009).

O OHIP-14 é apresentado em 7 domínios (limitação funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez), e a soma total dos domínios também representa o impacto da saúde bucal sobre a QV (ZUCOLOTO et al., 2016).

Cada domínio é composto por 2 itens do questionário, com pontuação máxima de 4 pontos por domínio, e pontuação total variando de 0 a 56, com valores mais altos indicando um maior impacto da saúde bucal na QV c; SLADE, 1997; SLADE; SPENCER, 1994). Os quatro primeiros domínios - limitação funcional, dor física, incapacidade física e desconforto psicológico - incluem itens que têm impacto principalmente limitado à experiência do indivíduo, enquanto os itens dos domínios incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez representam impactos ou problemas que possam alterar as atividades cotidianas e os papéis sociais (IKEBE et al., 2004).

As questões 1 e 2 do questionário OHIP-14 compõem o domínio limitação funcional, que avalia a dificuldade para falar e a piora no sabor dos alimentos, caracterizando a presença de alteração da funcionalidade e quantificando-a, uma vez que refere-se à habilidade que o indivíduo tem em desenvolver de forma autônoma atividades fundamentais na vida e em suas relações sociais (MACIEL; GUERRA, 2008).

O domínio dor física, composto pelas questões 3 e 4, avalia a presença de dor, a quantidade relativa de tempo em que o indivíduo está com dor e sobre a presença de incômodos relacionados a condição bucal. Já o domínio incapacidade física, que engloba as questões 7 e 8, avalia a presença de prejuízos na alimentação e/ou necessidade de parar alguma refeição em função da condição bucal. Os domínios desconforto psicológico (questões 5 e 6) e incapacidade psicológica (questões 9 e 10) avaliam respectivamente, o quanto o paciente se preocupou e/ou se estressou por algum problema na cavidade bucal e a dificuldade para relaxar e se sentir envergonhado pela condição bucal (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

A incapacidade social é avaliada através das questões 11 e 12, que se referem a irritabilidade contra terceiros e/ou dificuldade em realizar atividades diárias em função da condição bucal. O domínio invalidez (questões 13 e 14) é composto por perguntas se que referem ao quanto a vida ficou pior pela condição bucal e se o paciente ficou totalmente incapaz de realizar alguma atividade diária por problemas na bucais (IKEBE et al., 2004).

A associação entre as doenças bucais e as doenças sistêmicas tem sido amplamente estudada e demonstra que, em condições como periodontite e gengivite, a aspiração de saliva com microrganismos presentes na cavidade oral pode causar contaminação do trato respiratório (MARQUES; SOUZA-MACHADO, 2011; PIZZO et al., 2010). Além disso, alterações no mecanismo de defesa do sistema respiratório para a eliminação desses patógenos pode levar a infecção e destruição tecidual (SCANNAPIECO; DASANAYAKE; CHHUN, 2010).

Na asma, essa relação é avaliada através das características inflamatórias, tanto da asma quanto das doenças bucais, e por meio da análise das alterações metabólicas consequentes ao uso de medicações para o controle da doença respiratória. (MARQUES; SOUZA-MACHADO, 2011; YILMAZ et al., 2016).

2.2 ASMA

A asma é uma doença inflamatória crônica primária das vias aéreas que está associada a hiperresponsividade brônquica – que é a resposta broncoconstritora exagerada a um estímulo que seria inócuo em pessoas sem esta condição, gerando obstrução das vias aéreas de forma variável e reversível, causando sintomas como tosse, sibilos, opressão torácica e dispneia (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2017a; SBPT, 2012). Tem início predominante na infância em que é mais prevalente no sexo masculino, mas que também pode aparecer em adultos, nos quais a prevalência é maior no sexo feminino (BRUURS; VAN DER GIESSEN; MOED, 2013; STENSSON et al., 2011).

É uma doença de importância global em que estima-se que acometa mais de 300 milhões de pessoas (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2017b), sendo responsável por 346 mil mortes por ano (LOZANO et al., 2012). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional em Saúde de 2013, atinge cerca de 6,4 milhões pessoas acima de 18 anos de idade, o que representa 4,4% da população adulta (THEME FILHA et al., 2015).

A asma é uma das principais causas de debilidade física, uso de recursos de saúde e má QV para os que são afetados. É uma das doenças crônicas mais comuns entre crianças e adultos jovens principalmente devido ao seu início precoce, sendo

estimado que um em cada quatro indivíduos da população geral desenvolve asma antes dos 40 anos de idade (BRAIDO et al., 2017; TO et al., 2010).

Quando um indivíduo geneticamente suscetível entra em contato com alérgenos (pólen, ácaros, fumaça), exposições ocupacionais (queima de biomassa, pó) e até mesmo a alguns estímulos desconhecidos do próprio corpo ou do ambiente, desencadeia um quadro completo de asma com inflamação persistente das vias aéreas e hiperresponsividade brônquica.

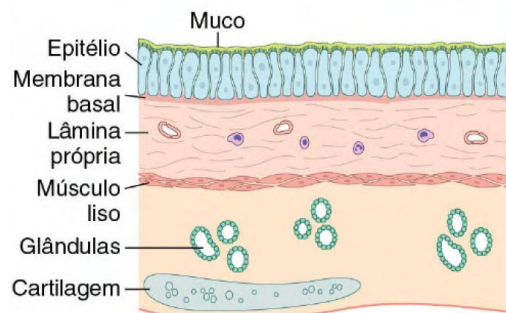
Com a presença desses fatores, a asma pode ser desencadeada novamente pelos mesmo agentes ou ainda por outros fatores que funcionam como gatilhos, como o ar frio, exercícios físicos e agentes farmacológicos (STIRBULOV; BERND; SOLÉ, 2006; WILKINS; STOLLER; KACMAREK, 2009). Apesar do mecanismo ainda não ser bem esclarecido, o estresse emocional é considerado também um fator que pode desencadear exacerbações (NATIONAL ASTHMA EDUCATION AND PREVENTION PROGRAM, 2007).

Sendo a asma uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, diversas células e seus produtos estão envolvidos em sua patogenia como: células inflamatórias (mastócitos, eosinófilos, linfócitos T, células dendríticas, macrófagos e neutrófilos), células brônquicas estruturais (células epiteliais, células musculares lisas, células endoteliais), fibroblastos, miofibroblastos, nervos e mediadores inflamatórios (quimiocinas, citocinas, eicosanoides, histamina e óxido nítrico) (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2017a). Segundo a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2012), a inflamação crônica da asma é um processo no qual existe um ciclo contínuo de agressão e reparo que pode levar a alterações estruturais irreversíveis, ou seja, ao remodelamento das vias aéreas.

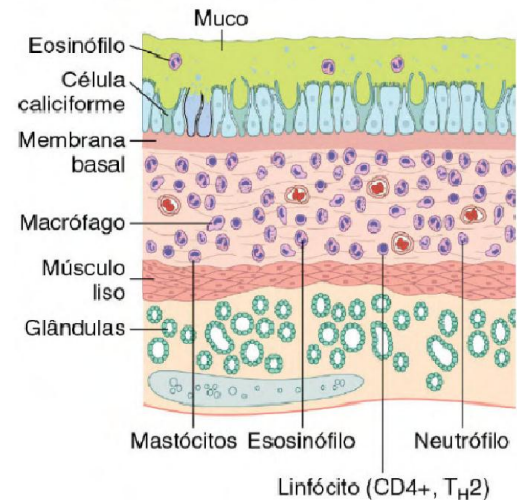
Quando o asmático inala uma substância/ alérgeno para o qual ele é sensibilizado, o antígeno se fixa na superfície dos mastócitos presentes na mucosa brônquica através de ligações com moléculas de IgE específicas e, após alguns minutos, os mastócitos sofrem degranulação e liberam vários mediadores que levam a uma contração da musculatura lisa, congestão vascular, infiltração e hipersecreção mucosa, resultando em manifestações clínicas que são reversíveis, espontaneamente ou com o tratamento, geralmente dentro de 1 hora. Porém, metade dos asmáticos permanece com esse quadro por até 8 horas, gerando uma resposta inflamatória tardia, que é mais grave e caracterizada por um maior influxo e ativação de células inflamatórias (WILKINS; STOLLER; KACMAREK, 2009). (FIGURAS 1 e 2).

FIGURA 1: A – ESTRUTURA DAS VIAS AÉREAS NORMAIS E B – ESTRUTURA DAS VIAS AÉREAS NA ASMA

A. VIAS AÉREAS NORMAIS

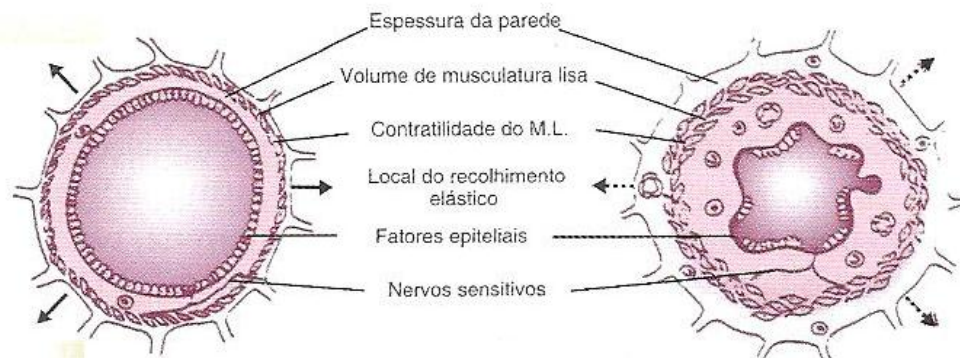


B. VIAS AÉREAS NA ASMA



FONTE: Adaptado de (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2013).

FIGURA 2: CORTE TRANSVERSAL DA VIA AÉREA NORMAL E DA VIA AÉREA DO INDIVÍDUO COM ASMA.



FONTE: Adaptado de (WILKINS; STOLLER; KACMAREK, 2009).

A limitação ao fluxo aéreo é causada pelo aumento do tônus da musculatura lisa, edema e presença de muco, o que gera os principais sintomas da asma, com episódios de sibilância, tosse, dispneia e opressão torácica, predominantemente no início da manhã e à noite (GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA, 2017b; SBPT, 2012; STIRBULOV; BERND; SOLÉ, 2006).

O diagnóstico e a classificação quanto à gravidade dessa doença pulmonar é estabelecido através de uma história médica detalhada, exame físico direcionado ao trato respiratório superior, tórax e pele, além de exame de espirometria que demonstre obstrução ao fluxo aéreo e sua reversibilidade, que é confirmada pela responsividade a broncodilatadores (mediante ao aumento do volume expiratório forçado no primeiro

segundo de 200 ml e 12% do valor pré-broncodilatador após prova broncodilatadora) (FRITSCHER; SOLÉ; ROSÁRIO, 2002; NATIONAL ASTHMA EDUCATION AND PREVENTION PROGRAM, 2007; SBPT, 2012).

Os objetivos do tratamento da asma são alcançar e manter o controle clínico da doença, tanto através do uso de medicamentos como de estratégias não farmacológicas. O tratamento medicamentoso inclui o uso de β 2-agonista de rápido início de ação para alívio dos sintomas e a escolha de um ou combinação de dois ou mais medicamentos a seguir (conforme a gravidade e o controle da doença): corticoides inalatórios, anticolinérgico inalatório, β 2-agonista oral, teofilina oral, antileucotrieno oral e β 2-agonista inalatório de ação prolongada (SBPT, 2012). Algumas dessas medicações atuam inibindo o sistema imunológico e favorecendo o aparecimento de infecções.

O uso de corticosteroides para o controle da doença levam a uma diminuição da resposta imunológica do indivíduo e exercem influência no mecanismo de metabolismo ósseo, causando uma menor mineralização (THOMAS et al., 2010). Medicações como anti-histamínicos, beta-antagonistas e esteroides (de uso sistêmico ou inalatórios), podem causar xerostomia e diminuição do pH salivar, o que altera as funções da saliva de proteção imunológica e manutenção fisiológica dos tecidos bucais (ERSIN et al., 2006; STENSSON et al., 2011; THOMAS et al., 2010).

O tratamento não medicamentoso engloba vários aspectos como a educação, orientação de pacientes e a fisioterapia - uma vez que a maioria dos asmáticos têm um padrão respiratório alterado e mau condicionamento físico (BRUURS; VAN DER GIESSEN; MOED, 2013). O tratamento fisioterapêutico envolve exercícios de respiração visando aumentar o controle da doença e a QV, envolve também o treinamento físico, que é recomendado para aumentar a aptidão e resistência cardiorrespiratória, diminuir a dispneia e melhorar a QV (BOTT et al., 2009).

A educação e orientação aos pacientes deve englobar o desenvolvimento de informações, atitudes e comportamentos necessários para o auto-monitoramento da asma, além de transmitir informações compreensíveis quanto ao uso das medicações, orientações quanto a hábitos de higiene bucal e sobre como evitar fatores desencadeantes (YILMAZ et al., 2016).

Para Syk, Alving e Únden (2012), os indivíduos asmáticos com o tratamento adequado são capazes de viver uma vida normal. Além disso, Guilbert et al. (2011) demonstraram em seu estudo que a má QV pode estar relacionada à gravidade da

asma. Ao comparar a QVRS entre indivíduos com asma e adultos sem asma, Ford et al. (2003), em uma avaliação através de um questionário de saúde auto-relatada dos indivíduos, verificaram que os adultos com asma têm um número maior de dias com limitação de suas atividades, e fisicamente insalubres, além de apresentar uma saúde mais pobre.

Segundo a Global Initiative for Asthma (2017a) a asma é subdiagnosticada e subtratada, criando uma carga substancial para indivíduos e famílias e, possivelmente, restringindo as atividades dos indivíduos para toda a vida. As metas para o controle da asma incluem reduzir o risco de crises de asma, controlar os sintomas da doença e consequentemente melhorar a QV desses indivíduos (BRUURS; VAN DER GIESSEN; MOED, 2013; KNOELLER; MAZUREK; MOORMAN, 2013).

Neste sentido, conforme mencionado anteriormente, a literatura demonstra que, provavelmente, há uma associação entre saúde bucal e asma e que a QV neste grupo de pacientes é prejudicada. Como os pacientes com asma parecem ter um risco aumentado para doenças bucais e as condições bucais podem influenciar na doença pulmonar, consideramos esse um grupo de interesse. Ademais, a escassez de trabalhos que avaliem a influência direta do impacto (autopercepção) da condição bucal sobre a QV em pacientes asmáticos e a grande relevância dessa doença no mundo reforçam a necessidade de estudos nessa área.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da saúde bucal sobre a QV em pacientes diagnosticados com asma.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil dos pacientes participantes sob os aspectos de: escolaridade, hábito de fumar, condição socioeconômica e hábitos odontológicos;
- Relacionar os dados de gênero, escolaridade, condição socioeconômica e hábitos odontológicos com a qualidade de vida do paciente asmático;
- Avaliar a qualidade de vida em pacientes com asma e comparar a um grupo controle.
- Avaliar o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com asma e comparar a um grupo controle.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais (HURCG) - Ponta Grossa/PR e foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa, parecer número 1.064.149 (ANEXO I).

O estudo é caracterizado como um “Estudo Clínico Transversal” com dois grupos: 1 - pacientes portadores de asma e 2 – controle (pacientes não portadores de asma). O cálculo amostral foi baseado em dados obtidos na literatura de um estudo metodologicamente semelhante, no qual o mesmo questionário de avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OHIP-14) foi empregado em uma população com Doença de Behçet - condição sistêmica de base imunológica (MUMCU et al., 2006). Através desse cálculo obteve-se um mínimo de 80 voluntários para o questionário OHIP-14 sendo esse número acrescido por segurança, totalizando 90 voluntários em cada grupo. O nível de significância adotado foi de 5% e o poder, de 90%.

Os voluntários do grupo controle eram acompanhantes de pacientes do hospital ou estavam no hospital para acompanhamento ambulatorial de outras especialidades. Já os pacientes do grupo asma eram acompanhados no ambulatório de pneumologia do hospital e receberam o diagnóstico de asma através do exame de espirometria em conjunto com a avaliação clínica realizada pelo médico pneumologista do ambulatório.

A espirometria foi realizada de acordo com as “Diretrizes para Testes de Função Pulmonar” da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (PEREIRA et al., 2002). No primeiro momento os voluntários receberam informações acerca da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO II). Os grupos foram pareados através dos parâmetros gênero, idade e número de dentes. Durante a coleta de dados, todas as questões do formulário e dos questionários foram lidas e preenchidas pelos colaboradores conforme a resposta dos pacientes. A contagem do número de dentes naturais foi realizada pelo avaliador no momento da coleta dos dados.

Os dados demográficos e de escolaridade foram obtidos em formulário elaborado especificamente para a pesquisa contendo: nome, idade, sexo, endereço (local onde os pacientes residem), hábito de fumar e escolaridade (através do nível

de estudo do paciente) dividida em: analfabeto/ primário incompleto, primário completo/ ginásial incompleto, ginásial completo/ colegial incompleto, colegial completo/ superior incompleto, superior completo/ pós-graduação.

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

A avaliação da QV do paciente com asma foi realizada através do questionário SF-36 (Medical Outcomes Study 36 - item Short-Form Health Survey) (ANEXO IV), que é constituído por 36 questões divididas em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos emocionais, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental. A pontuação varia de 0 – 100 por domínio, com valores próximos a zero indicando pior QV, e valores próximos a cem melhor QV (CHANG et al., 2014; CICONELLI et al., 1999; LINNEBERG et al., 2016; SILQUEIRA, 2005).

O impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com asma foi avaliado através do questionário Oral Health Impact Profile-short Form (OHIP-14) (ANEXO V) que é composto por 14 questões que possuem pontuação individual de 0-4 pontos, totalizando uma soma de 0-56 pontos, com valores mais altos indicando maior impacto da saúde bucal na QV. Além da soma total, o OHIP-14 é dividido em 7 domínios (2 questões por domínio): limitação funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez. (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005; SLADE, 1997; SLADE; SPENCER, 1994). No grupo controle (não portadores de asma) foram aplicados os mesmos questionários. A análise dos questionários foi realizada através de normativas próprias.

O pareamento dos grupos foi feito através do teste *t-student* e qui-quadrado. Mann-Whitney foi o teste estatístico utilizado para comparar os grupos com relação ao: OHIP-14, SF-36 e as características da população gênero, classes sócio econômicas e hábito de fumar. A idade foi comparada ao OHIP-14 e SF-36 através do teste Kruskal-Wallis. A correlação de Spearman foi utilizada para analisar: OHIP-14 e características odontológicas (escovações e número de dentes), e SF-36 e características odontológicas (escovações e número de dentes), todas essas análises foram realizadas através do programa GraphPad Prism, versão 5.01.

O coeficiente alfa de cronbach (α) foi empregado para avaliação da consistência interna dos questionários através do programa MedCalc (versão 16.8.4).

O estudo seguiu os seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 18 anos; de ambos os gêneros; 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 portadores de outras doenças pulmonares crônicas diagnosticadas; pacientes que estivessem em agudização 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

No presente estudo foram incluídos 180 indivíduos, 90 no grupo controle e 90 no grupo asma, sendo que os grupos foram pareados em relação a idade, gênero e número de dentes, ou seja, não houve diferença estatisticamente significativa, conforme tabela 1.

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

	CONTROLE	ASMA	Valor de p	Teste estatístico
Gênero (feminino)	72	72	1,000	Qui-Quadrado
Gênero (masculino)	18	18	1,000	
Idade em anos ($\bar{X} \pm dp$)	49,08 (± 14,25)	49,04 (± 14,21)	0,983	t student
Número de dentes ($\bar{X} \pm dp$)	12,78 (± 11,54)	13,17 (± 11,96)	0,829	t student

Fonte: A autora.

$\bar{X}$: média; dp: desvio padrão.

Participaram da pesquisa 72 mulheres e 18 homens, distribuídos com relação a idade da seguinte forma: 28,88% dos participantes tinham entre 18 e 39 anos, 43,33% com idade entre 40 e 59 anos e 27,77% dos participantes tinham 60 anos ou mais. A distribuição da população do estudo no que se refere a escolaridade foi semelhante nos dois grupos. Quanto à classificação sócio econômica, a maioria pertencia a classe C (41% grupo controle, 52% grupo asma). O hábito de fumar foi observado em 13% dos indivíduos do grupo controle e 15% do grupo asma. Grande parte dos voluntários tem dez ou menos dentes naturais, tanto no grupo controle quanto no grupo asma. Com relação aos hábitos odontológicos, menos da metade dos voluntários visitou o dentista há menos de um ano e a grande maioria relatou que escova os dentes três vezes ao dia, tabela 2.

TABELA 2 – CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO DO ESTUDO

Variáveis	CONTROLE n (%)	ASMA n (%)
Escolaridade		
Analfabeto/ primário incompleto	27 (30%)	32 (35,55%)
Primário completo/ Ginásial incompleto	20 (22,22%)	27 (30%)
Ginásial completo/ Colegial incompleto	10 (11,11%)	12 (13,33%)
Colegial completo/ Superior incompleto	24 (26,66%)	17 (18,88%)
Superior completo	9 (10%)	2 (2,22%)
Classificação econômica		
A1	0 (0%)	0 (0%)
A2	1 (1,11%)	0 (0%)
B1	5 (5,55%)	3 (3,33%)
B2	25 (27,77%)	13 (14,44%)
C	37 (41,11%)	52 (57,77%)
D	21 (23,33%)	21 (23,33%)
E	1 (1,11%)	1 (1,11%)
Hábito de fumo		
Sim	12 (13,33%)	14 (15,56%)
Não	78 (86,66%)	76 (84,44%)
Última visita ao dentista		
< que 1 ano	35 (38,89%)	38 (42,22%)
> que 1 ano	55 (61,11%)	52 (57,78%)
Número de dentes		
≤ 10 dentes	48 (53,33%)	47 (52,22%)
11 – 19 dentes	9 (10%)	8 (8,88%)
≥ 20 dentes	33 (36,66%)	35 (38,88%)
Número de escovações por dia		
0	1 (1,11%)	2 (2,22%)
1	5 (5,55%)	3 (3,33%)
2	18 (20%)	20 (22,22%)
3	51 (56,66%)	55 (61,11%)
4	14 (15,55%)	7 (7,77%)
5	1 (1,11%)	3 (3,33%)

Fonte: A autora.

A confiabilidade interna dos questionários foi avaliada através do coeficiente alfa cronbach (α), que testa a confiabilidade de instrumentos de pesquisa - sendo os valores acima de 0,70 considerados satisfatórios (BLAND; ALTMAN, 1997). No

presente estudo todos os α tiveram resultados $\geq$ a 0,79 com os resultados apresentados na tabela 3 para o OHIP-14 e na tabela 4 para o SF-36.

TABELA 3 – COEFICIENTE ALFA CRONBACH PARA OS DOMÍNIOS DO QUESTIONÁRIO OHIP-14, APLICADOS AOS GRUPOS CONTROLE E ASMA

QUESTIONÁRIO OHIP – 14			
CONTROLE		ASMA	
Domínio	A	Domínio	A
OHIP-14 TOTAL	0,79	OHIP-14 TOTAL	0,86
LM	0,80	LM	0,90
DF	0,79	DF	0,90
DP	0,80	DP	0,79
IF	0,84	IF	0,88
IP	0,83	IP	0,89
IS	0,87	IS	0,84
I	0,82	I	0,90

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 AOS GRUPOS CONTROLE E ASMA

QUESTIONÁRIO SF-36			
CONTROLE		ASMA	
Domínio	A	Domínio	α
CF	0,88	CF	0,86
LAF	0,89	LAF	0,85
DOR	0,90	DOR	0,86
EGS	0,90	EGS	0,85
VIT	0,89	VIT	0,85
AS	0,90	AS	0,86
LAE	0,90	LAE	0,87
SM	0,89	SM	0,84

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.

Para analisar se houve diferença entre o impacto da saúde bucal na QV entre os grupos foi utilizada a comparação de médias, através do teste estatístico Mann-Whitney. Considerando um $p < 0,05$ não houve diferença entre os grupos (tabela 5),

que indica que o grupo asma não apresentou maior impacto da saúde bucal sobre a QV em relação ao grupo controle.

TABELA 5 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 ENTRE OS GRUPOS CONTROLE E ASMA

DOMÍNIOS	CONTROLE $\bar{X}$ ($\pm$ dp)	ASMA $\bar{X}$ ($\pm$ dp)	Valor de <i>p</i>
OHIP-14 TOTAL	8,76 ($\pm$ 9,29)	9,32 ($\pm$ 9,41)	0,723
LM	1,03 ($\pm$ 1,77)	1,17 ($\pm$ 1,92)	0,837
DF	2,36 ($\pm$ 2,18)	2,57 ($\pm$ 2,32)	0,619
DP	1,94 ($\pm$ 2,37)	1,94 ($\pm$ 1,77)	0,867
IF	1,14 ($\pm$ 2,37)	1,33 ($\pm$ 2)	0,505
IP	1,48 ($\pm$ 2,01)	1,38 ($\pm$ 2,08)	0,505
IS	0,255 ($\pm$ 0,77)	0,42 ($\pm$ 1,04)	0,268
I	0,53 ($\pm$ 1,25)	0,64 ($\pm$ 1,44)	0,691

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.

Comparando os resultados para o SF-36 entre o grupo controle e o grupo asma foi observado que nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde e aspectos sociais, os valores encontrados no grupo asma são inferiores, demonstrando uma pior QV nesses aspectos, tabela 6.

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

DOMÍNIOS	CONTROLE $\bar{X}$ ($\pm$ dp)	ASMA $\bar{X}$ ($\pm$ dp)	Valor de <i>p</i>
CF	69,8 ($\pm$ 26,50)	56,77 ($\pm$ 27,15)	< 0,001*
LAF	56,11 ($\pm$ 39,36)	46,94 ($\pm$ 40,85)	0,105
DOR	51,13 ($\pm$ 28,23)	47,43 ($\pm$ 26,63)	0,513
EGS	49,05 ($\pm$ 21,14)	42,83 ($\pm$ 19,64)	0,024*
VIT	60,78 ($\pm$ 20,42)	57 ($\pm$ 23,77)	0,374
AS	77,72 ($\pm$ 27,60)	68,47 ($\pm$ 29,75)	0,008*
LAE	59,55 ($\pm$ 44,23)	53,69 ($\pm$ 42,01)	0,303
SM	61,77 ($\pm$ 22,17)	56,71 ($\pm$ 24,78)	0,185

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.

Os valores obtidos no OHIP-14 foram comparados, em ambos os grupos, com relação ao gênero através do teste de Mann-Whitney. Entre as mulheres, no grupo asma, os valores do OHIP-14 total, desconforto físico, desconforto psicológico e incapacidade física são mais altos do que entre os homens asmáticos, o que indica uma pior QVRSB nessas mulheres. No grupo controle não foi observada diferença dos valores do OHIP-14 entre os gêneros, tabela 7.

TABELA 7 - COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 EM RELAÇÃO A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL GÊNERO

GRUPO CONTROLE				GRUPO ASMA		
GÊNERO				GÊNERO		
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
N	18	72		18	72	
DOMÍNIOS	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	Valor de p	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	Valor de p
OHIP-14 TOTAL	8,16 (± 7,32)	8,91 (± 9,75)	0,935	4,5 (± 7,20)	10,52 (± 9,55)	0,004*
LM	0,94 (± 1,21)	1,05 (± 1,89)	0,610	0,88 (± 2,11)	1,25 (± 1,88)	0,265
DF	2,22 (± 1,69)	2,40 (± 0,98)	0,983	1,38 (± 1,57)	2,87 (± 2,39)	0,017*
DP	2 (± 2,22)	1,93 (± 2,42)	0,720	0,72 (± 1,22)	2,04 (± 2,66)	0,017*
IF	1,22 (± 1,59)	1,12 (± 1,94)	0,466	0,55 (± 1,65)	1,18 (±2,08)	0,018*
IP	1,22 (± 1,66)	1,55 (± 2,10)	0,744	0,61 (± 1,50)	1,52 (±1,77)	0,051
IS	0,05 (± 0,23)	0,30 (± 0,84)	0,369	0	0,52 (± 1,15)	—
I	0,5 (± 0,98)	0,54 (±1,32)	0,893	0,3 (± 0,84)	0,72 (±1,55)	0,417

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.

O teste estatístico Kruskal-Wallis foi aplicado para a comparação, no grupo asma, do questionário OHIP-14 e a característica populacional idade (tabela 8). Não houve diferença entre os valores obtidos para o OHIP-14 entre as faixas etárias.

TABELA 8 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 COM RELAÇÃO A IDADE ENTRE OS ASMÁTICOS

	18-39 anos	40-59 anos	≥ 60 anos	Valor de p
N	26	39	25	
DOMÍNIOS	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	
OHIP-14 TOTAL	8,63 (± 10,31)	9,89 (± 9,50)	9,12 (± 8,56)	0,652
LM	0,69 (± 1,51)	1,35 (± 1,91)	1,4 (± 2,27)	0,295
DF	2,34 (± 2,49)	2,35 (± 2,00)	3,16 (± 2,59)	0,387
DP	1,80 (± 2,53)	1,82 (± 1,97)	1,68 (± 2,11)	0,850
IF	1,42 (± 2,28)	1,38 (± 2)	1,16 (± 1,74)	0,951
IP	1,38 (± 2,38)	1,53 (± 2,06)	1,16 (± 1,81)	0,691
IS	0,57 (± 1,23)	0,53 (± 0,16)	0,08 (± 0,4)	0,129
I	0,42 (± 0,98)	0,89 (± 1,81)	0,48 (± 1,15)	0,561

Fonte: A autora. Teste estatístico: Kruskal-Wallis.

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

Através da comparação de médias pelo teste estatístico de Mann-Whitney os valores do questionário OHIP-14 foram comparados à classe socioeconômica (tabelas 9). Nessa comparação o valor obtido para o domínio incapacidade física apresentou um valor mais alto nas classes D-E, demonstrando um maior impacto da saúde bucal sobre a QV nesse aspecto.

TABELA 9 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO OHIP-14 COM A CLASSIFICAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA ENTRE OS ASMÁTICOS

	A1-C	D-E	Valor de p
N	68	22	
DOMÍNIOS	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	
OHIP-14 TOTAL	8,75 (± 8,85)	11,09 (± 10,99)	0,490
LM	1,029 (± 1,73)	1,63 (± 2,40)	0,337
DF	2,67 (± 2,39)	2,27 (± 2,14)	0,564
DP	1,70 (± 2,05)	2 (± 2,48)	0,812
IF	1,20 (± 2,08)	1,72 (± 1,72)	0,044*
IP	1,35 (± 2,04)	1,5 (± 2,20)	0,909
IS	0,35 (± 0,91)	0,63 (± 1,39)	0,354
I	0,42 (± 1,01)	1,31 (± 2,23)	0,063

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.

Foi realizada uma comparação de médias através do teste estatístico Mann-Whitney para comparação do questionário SF-36 entre os gêneros no grupo controle e no grupo asma (tabela 10). Entre as mulheres, no grupo asma, os valores de todos os domínios do SF-36 são inferiores em relação aos homens do mesmo grupo, o que indica uma pior QVRSB nas mulheres asmáticas. No grupo controle não foi observada diferença dos valores do questionário SF-36 entre os gêneros.

TABELA 10 - COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 EM RELAÇÃO A CARACTERÍSTICA POPULACIONAL GÊNERO

GRUPO CONTROLE				GRUPO ASMA		
	GÊNERO			GÊNERO		
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
N	18	72		18	72	
DOMÍNIOS	$\bar{X}$ ($\pm$ dp)	$\bar{X}$ ($\pm$ dp)	Valor de p	$\bar{X}$ ($\pm$ dp)	$\bar{X}$ ($\pm$ dp)	Valor de p
CF	69,83 ($\pm$ 29,98)	69,79 ($\pm$ 25,78)	0,907	73,61 ($\pm$ 20,42)	52,56 ($\pm$ 27,10)	0,003*
LAF	69,44 ($\pm$ 36,93)	52,77 ($\pm$ 39,48)	0,113	66,66 ($\pm$ 38,34)	42,01 ($\pm$ 40,20)	0,016*
DOR	53,38 ($\pm$ 22,18)	50,93 ($\pm$ 30,10)	0,487	63,66 ($\pm$ 31,28)	43,37 ($\pm$ 23,90)	0,016*
EGS	47,55 ($\pm$ 22,35)	49,43 ($\pm$ 20,98)	0,796	52,77 ($\pm$ 18,24)	40,34 ($\pm$ 19,30)	0,019*
VIT	66,72 ($\pm$ 21,74)	59,30 ($\pm$ 19,97)	0,179	76,38 ($\pm$ 17,72)	52,15 ($\pm$ 22,67)	<0,0001*
AS	72,30 ($\pm$ 33,63)	79,07 ($\pm$ 25,98)	0,502	87,5 ($\pm$ 21,43)	63,71 ($\pm$ 29,75)	0,0007*
LAE	70,58 ($\pm$ 40,62)	56,94 ($\pm$ 44,90)	0,316	74,05 ($\pm$ 37,16)	48,60 ($\pm$ 41,84)	0,029*
SM	65,77($\pm$ 22,04)	60,77 ($\pm$ 22,25)	0,376	72 ($\pm$ 23,25)	52,88 ($\pm$ 23,73)	0,002*

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.

Entre os asmáticos, comparando os domínios do questionário SF-36 com relação às faixas etárias (18-39 anos, 40-59 anos e $\geq$ 60 anos), através do teste estatístico de Kruskal-Wallis, verificou-se que os domínios capacidade física e estado geral de saúde apresentam uma pontuação mais baixa na faixa etária de 40-59 anos, o que demonstra uma pior QV nesses indivíduos nesses domínios, tabela 11.

TABELA 11 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 COM RELAÇÃO A IDADE ENTRE OS ASMÁTICOS

	18-39 anos	40-59 anos	≥ 60 anos	Valor de p
N	26	39	25	
DOMÍNIOS	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	
CF	71,34 (± 24,80)	49,35 (± 26,66)	53,2 (± 25,20)	0,024*
LAF	67,30 (± 36,58)	35,25 (± 37,48)	44 (± 43,46)	0,267
DOR	62,57 (± 25,79)	41,64 (± 23,09)	40,72 (± 27,26)	0,193
EGS	46 (± 25,21)	41 (± 17,92)	42,4 (± 15,60)	0,030*
VIT	63,65 (± 18,36)	54,10 (± 24,57)	54,6 (± 26,84)	0,969
AS	77,40 (± 22,08)	63,46 (± 31,98)	67 (± 32,04)	0,151
LAE	61,52 (± 42,89)	46,15 (± 40,18)	57,31 (± 43,59)	0,626
SM	65,07 (± 21,18)	52,51 (± 23,64)	54,56 (± 28,56)	0,718

Fonte: A autora. * p< 0,05. Teste estatístico: Kruskal-Wallis.

$\bar{X}$: 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.

Através do teste estatístico de Mann-Whitney os domínios do SF-36 foram comparados no grupo asma com a classificação sócio econômica (tabela 12). Os pacientes com classificação socioeconômica A1-C apresentaram uma pontuação mais alta nos domínios capacidade funcional, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental.

TABELA 12 – COMPARAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36 COM A CLASSIFICAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA NO GRUPO ASMA

	A1-C	D-E	Valor de p
N	68	22	
DOMÍNIOS	$\bar{X}$ (± dp)	$\bar{X}$ (± dp)	
CF	60,66 (± 26,47)	47,77 (± 26,25)	0,015*
LAF	50,36 (± 41,08)	36,36 (± 39,13)	0,164
DOR	49,77 (± 27,25)	40,18 (± 23,74)	0,120
EGS	43,89 (± 20,40)	39,54 (± 17,09)	0,394
VIT	59,55 (± 23,95)	49,09 (± 21,85)	0,040*
AS	70,77 (± 29,18)	61,36 (± 31,07)	0,192
LAE	60,28 (± 41,63)	33,31 (± 37,08)	0,008*
SM	60,05 (± 23,95)	46,36 (± 24,98)	0,040*

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.

O coeficiente de correlação de *Spearman* (r^2) foi utilizado para avaliar o grau de relação entre as características odontológicas e o questionário OHIP-14 (tabela 13) e entre as características odontológicas e o questionário SF-36 (tabela 14). Houve uma correlação negativa fraca entre os domínios do OHIP-14 - limitação funcional e dor física - e o número de dentes. Já em relação ao questionário SF-36 houve correlação positiva moderada entre o número de dentes e os domínios capacidade física, limitação por aspectos físicos e dor, e uma correlação positiva fraca entre o número de dentes e os domínios vitalidade e aspectos sociais.

TABELA 13 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE QUESTIONÁRIO OHIP-14 E CARACTERÍSTICAS ODONTOLÓGICAS: ESCOVAÇÕES E NÚMERO DE DENTES

DOMÍNIOS OHIP-14	ESCOVAÇÕES (r^2 / Valor de p)	NÚMERO DE DENTES (r^2 / Valor de p)
OHIP- 14 TOTAL	-0,001/ 0,995	-0,171/ 0,107
LM	-0,051/ 0,635	-0,222/ 0,036*
DF	+0,042/ 0,695	-0,235/ 0,026*
DP	-0,061/ 0,570	-0,049/ 0,649
IF	-0,047/ 0,660	-0,095/ 0,375
IP	+0,112/ 0,294	-0,022/ 0,833
IS	-0,022/ 0,835	+0,092/ 0,390
I	-0,143 / 0,155	-0,116/ 0,277

Fonte: A autora. * $p < 0,05$. 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.

TABELA 14 – CORRELAÇÃO DE SPEARMAN ENTRE QUESTIONÁRIO SF-36 E CARACTERÍSTICAS ODONTOLÓGICAS: ESCOVAÇÕES E NÚMERO DE DENTES

DOMÍNIOS SF-36	ESCOVAÇÕES (r^2 / Valor de p)	NÚMERO DE DENTES (r^2 / Valor de p)
CF	+0,082/ 0,082	+0,489/ <0,001*
LAF	-0,005/ 0,962	+0,443/ <0,001*
DOR	-0,160/ 0,132	+0,423/ <0,001*
EGS	+0,008/ 0,939	+0,188/ 0,077
VIT	-0,062/ 0,561	+0,237/ 0,025*
AS	-0,140/ 0,188	+0,260/ 0,013*
LAE	+0,137/ 0,198	+0,156/ 0,141
SM	-0,080/ 0,455	+0,181/ 0,088

Fonte: A autora. * $p < 0,05$. Teste estatístico: Correlação de Spearman.

r^2 : Coeficiente de correlação de Spearman; 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.

6 DISCUSSÃO

Atualmente é conhecida a associação entre a asma e condições de saúde bucal, além disso sabe-se que a saúde bucal é parte integrante da saúde global do indivíduo e que contribui para a QVRS (BARRIOS et al., 2015; GERRITSEN et al., 2010). O uso de instrumentos validados para a avaliação da QVRS e da QVRSB, serve não apenas para medir a presença e a gravidade de sintomas de uma doença, mas também para mostrar o impacto da doença e / ou da intervenção nesses indivíduos, além de avaliar as necessidades dessa população (IKEBE et al., 2004; ISIEKWE et al., 2014).

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal sobre a QV em asmáticos e, ao comparar os grupos asma e controle em relação ao OHIP total e seus domínios (tabela 5), não se verificou diferenças entre os grupos. A média do OHIP total para o grupo asma foi de 9,32 ($\pm$ 9,41) e de 8,76 $\pm$ (9,29) para o grupo controle, o que segundo Isiekwe et al. (2014) indica um baixo impacto da saúde bucal sobre a QV em ambos os grupos. Em outro estudo realizado por nosso grupo de pesquisa, cujos dados ainda não foram publicados, utilizando a mesma metodologia para pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) obtivemos resultados semelhantes, com um OHIP total de 9,4 ($\pm$ 9,11). Outro estudo, que avaliou a QVRSB em pacientes com câncer oral na Espanha obteve um OHIP total 18,9 ($\pm$ 11,8) e seus domínios pior nos pacientes com câncer oral comparado ao grupo controle (BARRIOS et al., 2015). Talvez essa diferença nos valores do OHIP total entre os estudos possa ser atribuída ao fato desse último tratar de uma doença específica da cavidade oral e os outros dois, de condições sistêmicas crônicas.

Ao comparar o OHIP-14 dos homens e mulheres do grupo asma (tabela 7), verificamos que entre as mulheres asmáticas o OHIP total e os domínios: desconforto físico, desconforto psicológico e incapacidade física, apresentam valores mais altos, indicando uma pior QVRSB nessas mulheres, fato não observado por Saltnes et al. (2015) ao avaliar a associação entre QVRSB e QVRS mental em indivíduos com DPOC. Em nosso estudo, não observamos no grupo controle diferenças no OHIP-14 entre homens e mulheres, o que demonstra que esse achado é específico entre os asmáticos.

Com relação a QV em geral avaliada através do questionário SF-36 (tabela 6), o grupo asma apresentou valores mais baixos nos domínios capacidade funcional, estado geral de saúde e aspectos sociais, indicando uma pior QV entre os asmáticos, o que já havia sido observado por Baskirt e colaboradores (2009), em estudo que avaliou a QVRS e a QVRSB em pacientes portadores de hemofilia. Em ambos os estudos não houve diferença entre os grupos nos domínios limitação por aspectos emocionais, vitalidade e saúde mental. Barrios et al. (2015) não constatou diferença em relação a saúde mental entre pacientes com câncer oral e grupo controle, e sugere que possa haver uma adaptação psicológica nesses pacientes ao longo do tempo. Talvez essa seja uma explicação também para os asmáticos devido a cronicidade da doença.

Ford et al. (2003), ao avaliar a associação entre a QVRS e asma em uma grande amostra de adultos nos EUA, verificaram que os asmáticos têm pior QVRS do que os não asmáticos, independentemente do sexo, faixa etária ou etnia. Outro estudo, ao comparar a autopercepção da saúde e a QV entre pacientes com e sem asma verificou que as mulheres asmáticas, quando comparadas aos homens, apresentaram uma pior QV nos aspectos de bem-estar social (SYK; ALVING; UNDÉN, 2012), fato que vai de encontro aos dados do nosso estudo em que para todos os domínios do questionário SF-36 as mulheres asmáticas apresentaram uma pior QV (tabela 10).

Ao avaliar a QVRSB em uma população representativa da Noruega, Holst e Dahl (2008) foram surpreendidos ao verificar em sua amostra que os indivíduos mais jovens apresentaram um maior impacto da saúde bucal sobre a QV, contrariando sua hipótese inicial. Já Pakpour e colaboradores (2016), avaliando pacientes com lesão medular, verificou um maior impacto da saúde bucal nos mais velhos, justificando que o fardo das doenças orais é acumulado com o passar dos anos e que, assim, os idosos percebem mais o impacto da saúde bucal, o que reafirma o achado de um estudo realizado em pacientes com doença de Alzheimer, em que os indivíduos mais jovens possuíam um OHIP menor (CICCIÙ et al., 2013). Em nossa amostra de pacientes asmáticos não houve diferença dos valores do OHIP-14 obtidos entre as faixas etárias (tabela 8). Em contrapartida, para o questionário SF-36, nos domínios capacidade física e estado geral de saúde, a faixa etária dos 40-59 anos apresentou uma pior QVRS nesses aspectos, mesmo em relação aos pacientes com mais de 60 anos (tabela 11). Para Rajan et al. (2014), ao avaliar a QV em pacientes com doenças da

mucosa oral observaram uma piora da mesma em relação a idade, o que é confirmado por Zucoloto et al. (2016) que, ao avaliar a magnitude dos impactos da saúde bucal sobre a QV de pacientes odontológicos no Brasil, consideraram a idade como um fator preditor significativo, de forma que com o aumento da idade a QV é reduzida.

Analizando os resultados da comparação entre as classes socioeconômicas e os questionários (tabelas 9 e 12), verificou-se no OHIP-14 uma pior QVRSB no domínio incapacidade física naqueles das classes socioeconômicas D-E. Os mesmos pacientes apresentaram uma pior QVRS, medida através do SF-36, nos domínios capacidade funcional, vitalidade, limitação por aspectos emocionais e saúde mental, corroborando com os dados de uma pesquisa realizada com pacientes com câncer oral (BARRIOS et al., 2015).

A perda de dentes e o convívio com essa condição outrora era comum, mesmo entre os jovens, possivelmente devido à dificuldade de acesso aos serviços de odontologia e aos custos relacionados, sendo que mesmo hoje a população mais idosa aceita melhor a perda dos dentes e não dá tanta importância à estética bucal comparado aos mais jovens (HOLST; DAHL, 2008; SALTNES et al., 2015).

Entre os asmáticos encontramos uma correlação negativa fraca entre os valores obtidos para o OHIP-14 nos domínios limitação funcional e dor física e a característica odontológica número de dentes (tabela 13), o que demonstra que quando menor o número de dentes maior é o impacto da saúde bucal sobre a QV nesses aspectos, corroborando com os achados de Gerritsen et al. (2010) que em uma revisão sistemática sobre a perda de dentes e QVRSB, concluem que a perda dentária está associada ao comprometimento da QVRSB, e que a localização e a distribuição da perda dentária afetam esse comprometimento, além de sugerir que essa associação parece ser independente do instrumento utilizado para a avaliação da QVRSB e do contexto das amostras incluídas. Além disso, Pakpour e colaboradores (2016) observaram que àqueles com escovações de dentes irregulares e os fumantes apresentaram valores mais baixos de QVRSB, o que pode ser mediado pelos níveis de doença oral que estão associados com a frequência de escovação e hábitos de fumo. Talvez os valores baixos para OHIP total e domínios encontrados nos pacientes de nosso estudo tenham influenciado na ausência dessa correlação.

Acerca do SF-36, em nossa amostra observou-se uma correlação positiva moderada entre o número de dentes e os domínios capacidade física, limitação por aspectos físicos e dor, e uma correlação positiva fraca entre o número de dentes e os

domínios vitalidade e aspectos sociais (tabela 14). Esses dados indicam que nessa população, quanto maior o número de dentes, melhor é a QV geral nesses aspectos. Assim como em nosso estudo, para Saltnes (2015), não há correlação entre o número de dentes e o domínio saúde mental. Como a QVRS geral é multidimensional e envolve aspectos diversos da vida, o número de dentes é um dos fatores a interferir diretamente sobre a QV.

Este estudo apresenta algumas limitações pois não haviam dados relevantes disponíveis que permitissem comparações entre os pacientes asmáticos com relação à gravidade da doença e ao controle do tratamento, o que poderia direcionar os resultados para subgrupos específicos da doença e auxiliar na identificação do impacto da saúde bucal sobre a QV em pacientes com asma em diferentes estágios da doença, além de mostrar até que ponto nossos resultados refletem a adaptação de longo prazo dos pacientes ao tratamento. Em parte, tentamos abordar esta questão com a inclusão do grupo controle afim de comparar os indivíduos asmáticos àqueles sem a doença, sem limitar, porém, que os pacientes apresentassem outras doenças sistêmicas que poderiam influenciar na QVRS e na QVRSB.

A realização de estudos que abordem o impacto da saúde bucal sobre a QV de determinada população, em nosso caso asmáticos, traz um benefício geral não só para os pacientes, mas para a equipe multiprofissional que passa a contemplar a saúde do paciente de uma maneira mais integral. Fato que pode nortear a implementação de políticas públicas de saúde bucal, levando a um melhor atendimento aos pacientes.

7 CONCLUSÃO

Os pacientes asmáticos da presente amostra apresentaram um baixo impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida e não houve diferenças significativas do OHIP-14 entre os grupos, porém verificou-se que os pacientes com menor número de dentes apresentaram um maior impacto da saúde bucal nos domínios dor física e limitação funcional e que no domínio incapacidade física os indivíduos de classe social mais baixa apresentam um maior impacto. Não houve diferença estatística do impacto da saúde bucal sobre a QV com relação a idade. Desta forma, os resultados apresentados demonstram uma contribuição significativa do impacto da saúde bucal sobre a QVRS. Além disso, os resultados indicam que os pacientes asmáticos têm uma pior QVRS geral e que as mulheres manifestam mais a influência da doença, além de expressar um maior impacto da saúde bucal sobre a QV.

REFERÊNCIAS

- AUQUIER, P.; SIMEONI, M. C.; MENDIZABAL, H. Approaches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à La santé. **Prevenir**, v. 33, p. 77-86, 1997.
- 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. 9, p. 1–8, 2015.
- BASKIRT, E. A.; AK, G.; ZULFIKAR, B. Oral and general health-related quality of life among young patients with haemophilia., v. 15, p. 193–198, 2009.
- BLAND, J. M.; ALTMAN, D. G. Cronbach's alpha. **British Medical Journal (Clinical research ed.)**, v. 314, n. 7080, p. 572, 1997.
- BOTT, J. et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. **Thorax**, v. 64, n. Suppl 1, p. i1–i52, 2009.
- BRAIDO, F. et al. Asthma management in a specialist setting: Results of an Italian Respiratory Society survey. **Pulmonary Pharmacology and Therapeutics**, v. 44, p. 83–87, 2017.
- BRUURS, M. L. J.; VAN DER GIESSEN, L. J.; MOED, H. The effectiveness of physiotherapy in patients with asthma: a systematic review of the literature. **Respiratory Medicine**, v. 107, p. 483-494, 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**, v. 12, n. 97, p. 1-8, 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. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143–150, 1999.
- ERSIN, N. K. et al. Oral and dental manifestations of young asthmatics related to medication, severity and duration of condition. **Pediatrics International**, v. 48, n. 6, p. 549–554, 2006.
- FORD, E. S. et al. Self-Reported Asthma and Health-Related Quality of Life* Findings From the Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Chest**, v. 123, n. 1, p. 119–127, 2003.
- FREDDO, S. L. et al. Oral hygiene habits and use of dental services among teenage students in a city in southern. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 9, p. 1991–2000, 2008.
- FRITSCHER, C. C.; SOLÉ, D.; ROSÁRIO, N. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma . Capítulo I – Definição , epidemiologia , patologia e patogenia. **Jornal de Pneumologia**, v. 28, supl 1, p. S6–S51, 2002.
- GERRITSEN, A. E. et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 126, p. 1–11, 2010.

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2017 update)**, 2017 (a).

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA. **GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION ONLINE APPENDIX**, 2017(b).

GORDIA, A. P.; QUADROS, T. M.; CAMPOS, W. D. Sociodemographic variables as determinant of the environment domain of quality of life of adolescents. **Ciência & Saude Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2261–2268, 2009.

GUILBERT, T. W. et al. Asthma that is not well-controlled is associated with increased healthcare utilization and decreased quality of Life. **Journal of Asthma**, v. 48, n. 7, p. 126–132, 2011.

HOLST, D.; DAHL, K. E. Påvirker oral helse livskvaliteten? **Den Norske Tannlegeforenings Tidende**, v. 118, n. 4, p. 212–218, 2008.

IKEBE, K. et al. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. **Gerodontology**, v. 21, n. 3, p. 167–176, 2004.

ISIEKWE, G. I. et al. Oral health quality of life in a Nigerian university undergraduate population. **Journal of the West African College of Surgeons**, v. 4, n. 1, p. 54–74, 2014.

JIMÉNEZ, E. L. et al. Association of oral breathing with dental malocclusions and general health in children. **Minerva Pediatrica**, v. 69, n. 3, p. 188-193, 2017.

KNOELLER, G. E.; MAZUREK, J. M.; MOORMAN, J. E. Health-related quality of life among adults with work-related asthma in the United States. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 4, p. 771–80, 2013.

KUMAR, V.; ABBAS, A. K.; ASTER, J. C. **Robins, 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**, v. 14, n. 12, p. 1-14, 2016.

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

LOZANO, R. et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2095–2128, 2012.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 347–352, 2008.

MARQUES, K. R. S.; SOUZA-MACHADO, A. Periodontal disease and asthma: literature review. **Revista de Ciencias Medicas e Biologicas**, v. 10, n. 3, p. 263–269, 2011.

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 Diseases**, v. 12, n. 2, p. 145–151, 2006.

NATIONAL ASTHMA EDUCATION AND PREVENTION PROGRAM. Expert Panel Report 3 (EPR-3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma Summary Report, 2007.

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.

PAKPOUR, A. H. et al. Oral health-related quality of life in Iranian patients with spinal cord injury: A case–control study. **Injury**, v. 47, n. 6, p. 1345–1352, 2016.

PEREIRA, C. A. DE C. et al. Diretrizes Para Testes de Função Pulmonar. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 28, n. supl 3, p. S1–S82, 2002.

PIZZO, G. et al. Dentistry and internal medicine: from the focal infection theory to the periodontal medicine concept. **European Journal of Internal Medicine**, v. 21, n. 6, p. 496–502, 2010.

RAJAN, B. et al. Assessment of Quality of Life in Patients with Chronic Oral Mucosal Diseases : A Questionnaire-Based Study. **The Permanente Journal**, v. 18, n. 1, p. 123–127, 2014.

RIDYARD, E.; INKSTER, C. Measuring quality of life in oculoplastic patients. **International Journal of Ophthalmology**, v. 7, n. 1, p. 133–138, 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**, v. 73, n. 1, p. 14–20, 2015a.

SBPT. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o manejo da asma - 2012. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, supl. 1, p. S1-S46, 2012.

SCANNAPIECO, F. A.; DASANAYAKE, A. P.; CHHUN, N. “Does periodontal therapy reduce the risk for systemic diseases?” **Dental Clinics of North America**, v. 54, n. 1, p. 163–181, 2010.

SILQUEIRA, S. M. F. **O questionário genérico SF-36 como instrumento de mensuração da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes hipertensos**, 2005, 112f. Tese de Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública - 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 Dental Health Journal**, 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**, v. 32, n. 2, p. 272–278, 2014.

STENSSON, M. et al. **Oral health in young adults with long-term, controlled asthma**. *Acta odontologica Scandinavica*, v. 69, p. 158-164, 2011.

STIRBULOV, R.; BERND, L. A.; SOLÉ, D. IV Diretrizes Brasileiras para o Manejo da Asma. **Revista Brasileira de Alergologia e Imunopatologia**, v. 29, n. 5, p. 222–245, 2006.

SYK, J.; ALVING, K.; UNDÉN, A. L. Association between self-rated health and asthma: a population-based study. **The Clinical Respiratory Journal**, v. 6, n. 3, p. 150–158, 2012.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403–1409, 1995.

THEME FILHA, M. M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde , 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 83–96, 2015.

THOMAS, M. S. et al. Asthma and oral health: a review. **Australian Dental Journal**, v. 55, n. 2, p. 128–133, 2010.

TO, T. et al. What is the lifetime risk of physician-diagnosed asthma in Ontario, Canada? **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 181, p. 337–343, 2010.

WILKINS, R. L.; STOLLER, J. K.; KACMAREK, R. M. **Egan, Fundamentos da Terapia Respiratória**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

YILMAZ, F. T. et al. The Effect of a Training Program on Oral Health and Behavior Change in Asthma Patients. **Balkan Medical Journal**, v. 33, n. 4, p. 411–418, 2016.

ZUCOLOTO, M. L. et al. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. **British Medical Journal Oral Health**, v. 16, n. 55, p. 1–6, 2016.

ANEXOS

ANEXO I
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – UEPG

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)

Pesquisador: Juliana Regina Dias Lemos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44726215.6.0000.0105

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Ponta Grossa

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.064.149

Data da Relatoria: 08/05/2015

Apresentação do Projeto:

Nos dias atuais, a avaliação da qualidade de vida (QV) e sua melhoria passaram a ser um dos resultados esperados nas políticas públicas e práticas assistenciais (Lacerda, 2005). Alguns autores acreditam que a QV está intimamente ligada a sua condição de saúde, incluindo a saúde bucal (Sheiham, 2001). Nas últimas décadas ocorreram muitos avanços em relação à saúde bucal, porém mundialmente muitas pessoas ainda são afetadas por problemas como a cárie e a doença periodontal (DP). Atualmente, a DP representa a principal causa de perda do elemento dental, além de agir como um fator modificador para a saúde sistêmica (Seymour et al., 2007). Dentre as doenças sistêmicas nas quais a DP pode apresentar um papel em sua patogênese, podemos citar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (Gulati et al., 2013). Embora documentada a associação clínica entre DP e DPOC, não há na literatura científica atual uma avaliação de como esta condição bucal/periodontal pode interferir na qualidade de vida de pacientes portadores de DPOC. Metodologia: a seleção de pacientes se dará no Hospital Universitário Regional dos Campos

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaeranas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaeranas **CEP:** 84.030-900
UF: PR **Município:** PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 **E-mail:** coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.064.149

Gerais - HURCG (Ponta Grossa – PR)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar o perfil dos pacientes participantes sob o aspecto antropométrico, demográfico, de escolaridade, hábito de fumar e condição sócioeconômica; 2. Classificar de acordo com o grau de severidade os pacientes diagnosticados com DPOC; 3. Avaliar a qualidade de vida em pacientes com DPOC; 4. Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes com DPOC; 5. Orientar quanto ao uso da medicação prescrita pelo médico; 6. Monitorar os pacientes por telefone mensalmente durante 12 meses após o primeiro atendimento pela equipe desta pesquisa sobre os aspectos do uso das medicações, da qualidade de vida, das exacerbações da doença e das internações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não haverá riscos. Os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa terão sua identidade preservada e não serão submetidos a nenhum procedimento que venha a causar danos a sua saúde

Benefícios:

Uma vez que a DPOC é considerada uma importante causa de morbidade e mortalidade no mundo, sendo, geralmente progressiva e debilitante, esses pacientes diagnosticados com a DPOC terão a oportunidade de tratar a doença com a terapia clínica e medicamentosa individualizada para a condição de cada paciente. Receberão orientação especializada com relação ao uso dos medicamentos prescritos pelo médico. Espera-se que com a avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes portadores de DPOC seja possível identificar fatores que possam otimizar a vida dos mesmos

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
PONTA GROSSA - UEPG



Continuação do Parecer: 1.064.149

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A hipótese do estudo baseia-se na expectativa de que há influência do impacto da saúde bucal na qualidade de vida do paciente com Doença

Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em anexo

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PONTA GROSSA, 14 de Maio de 2015

Assinado por:
ULISSES COELHO
(Coordenador)

Endereço: Av. Gen. Carlos Cavalcanti, nº 4748, UEPG, Campus Uvaranas, Bloco M, Sala 100.
Bairro: Uvaranas CEP: 84.030-900
UF: PR Município: PONTA GROSSA
Telefone: (42)3220-3108 E-mail: coep@uepg.br

ANEXO II

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 doenças respiratórias**”

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 doenças respiratórias**”, que irá avaliar o impacto da saúde bucal nos pacientes com diagnóstico de doenças respiratórias 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 doenças respiratórias 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 doenças respiratórias 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 III

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 IV

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 anima-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 V

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