



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ROBERTA HENRIQUES DE CARVALHO

**IMPACTO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DO APOIO SOCIAL
NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE**

Campina Grande - PB

2020

ROBERTA HENRIQUES DE CARVALHO

**IMPACTO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DO APOIO SOCIAL
NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio d'Ávila Lins
Bezerra Cavalcanti

Campina Grande – PB

2020

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C331i Carvalho, Roberta Henriques de.
Impacto da autopercepção de saúde bucal e do apoio social na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise [manuscrito] / Roberta Henriques de Carvalho. - 2020.
69 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2020.
"Orientação : Prof. Dr. Sérgio D'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."
1. Doença Renal Crônica. 2. Saúde bucal. 3. Apoio social.
4. Diálise renal. I. Título

21. ed. CDD 614

ROBERTA HENRIQUES DE CARVALHO

**IMPACTO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DO APOIO SOCIAL
NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcant

Aprovado em __/__/____



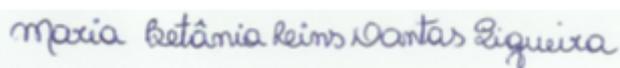
Prof. Dr. Sérgio d'Ávila Lins Bezerra Cavalcanti/ UEPB

Orientador



Prof. Dra Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo

Avaliador Interno



Prof. Dra. Maria Betânia Lins Dantas Siqueira/ FACISA

Avaliador Externo

Campina Grande - PB

2020

DEDICATÓRIA

À Deus

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e meu Deus, que me dá forças para prosseguir, que me deu o dom da vida e me faz sentir capaz;

Aos meus pais, por estarem sempre ao meu lado;

Ao professor-orientador Sérgio D'Àvila, que tenho profunda admiração pelo profissional e pessoa humana, por me ensinar e me conduzir na orientação desse projeto de pesquisa;

Aos colegas, Paula e Ítalo, que me auxiliaram na coleta e estatística dos dados, respectivamente.

RESUMO

Introdução. Com o envelhecimento populacional, a Doença Renal Crônica se tornou um grande problema de saúde pública mundial. **Objetivo.** Avaliar o impacto da autopercepção de saúde bucal e do apoio social na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Metodologia.** Estudo transversal de caráter analítico quantitativo realizado em hospitais de Campina Grande-PB entre 2018/2019. Foram utilizados como instrumentos para pesquisa: ficha clínica, o questionário Oral Health Impact Profile na sua versão reduzida (OHIP-14), o questionário Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), e o questionário de apoio social Medical Outcomes Study. Foi utilizado o *software* IBM SPSS *Statistics* (versão 20.0), realizada a análise estatística de segmentação (*K-means Cluster*) de pacientes com diferentes níveis de apoio social. **Resultados.** Sexo masculino (n = 129; 54,4%), idade de até 57 anos de idade (n = 122; 51,7%), com companheiro (n = 117; 49,6%), < ou = a 8 anos de estudo (n = 130; 55,1%), não branco (n = 168; 71,2%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (n = 148; 64,6%) e residente em cidades adjacentes (n = 163; 68,8%). A autopercepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente (n = 149; 62,9%). Houve associação estatisticamente significativa entre apoio social e estado civil (p = 0,019) e entre apoio social baixo e pacientes vivendo com disfunção familiar elevada (p < 0,001).

PALAVRAS-CHAVES: DIÁLISE RENAL, APOIO SOCIAL, SAÚDE BUCAL

ABSTRACT

Introduction. With population aging, Chronic Renal Disease has become a major public health problem worldwide. **Objective.** To evaluate the impact of self-perception of oral health and social support on the quality of life of hemodialysis patients. **Methodology.** Cross-sectional quantitative analytical study performed in hospitals of Campina Grande-PB between 2018/2019. The following were used as instruments for the survey: the clinical file, the Oral Health Impact Profile in its reduced version (OHIP-14), the Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), and the Medical Outcomes Study social support questionnaire. The IBM SPSS Statistics software (version 20.0) was used, performing the K-means Cluster analysis of patients with different levels of social support. **Results.** Male (n = 129; 54.4%), age up to 57 years (n = 122; 51.7%), with partner (n = 117; 49.6%), < or = 8 years of study (n = 130; 55.1%), non-white (n = 168; 71.2%), family income from 1 to 3 minimum wages (n = 148; 64.6%) and resident in adjacent cities (n = 163; 68.8%). Self perception of good, very good or excellent oral health (n = 149; 62.9%). There was a statistically significant association between social support and marital status (p = 0.019) and between low social support and patients living with high family dysfunction (p < 0.001).

KEY-WORDS: RENAL DIALYSIS, SOCIAL SUPPORT, ORAL HEALTH

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	54
Apêndice B- Cartas de Anuência	56
Apêndice C- Ficha Clínica.....	58

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Questionário OHIP-14.....	59
Anexo 2 Questionário SF-36.....	61
Anexo 3 Questionário Medical Outcomes Study versão em Português.....	63
Anexo 4 Parecer Ético da Plataforma Brasil.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas.....	27
Tabela 2. Distribuição dos pacientes de acordo com as condições sistêmicas, tabagismo, consumo de álcool, auto percepção de saúde bucal e funcionalidade familiar.....	29
Tabela 3. Distribuição dos escores do OHIP-14 sobre o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida.....	30
Tabela 4. Análise de cluster (K-means) para o apoio social considerando os domínios da escala.....	31
Tabela 5. Análise de associação entre apoio social e características sociodemográficas.....	32
Tabela 6. Análise de associação entre o apoio social, condições sistêmicas, tabagismo, consumo de álcool, autopercepção de saúde bucal e funcionalidade familiar.....	33
Tabela 7. Análise de associação entre o apoio social e o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida.....	36

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE-Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

DCNTs- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DP- Desvio-Padrão

DRC- Doença Renal Crônica

FAP-Fundação Assistencial da Paraíba

IIQ- Intervalo Interquartil

M-Média

Me- Mediana

OHIP- Oral Health Impact Profile

OMS- Organização Mundial da Saúde

PB- Paraíba

QVRSB- Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal

SF-36- Medical Outcomes Short-Form Health Survey

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE-Consentimento Livre e Esclarecido

TEA- Taxa de Excreção de Albumina

TFG- Taxa de Filtração Glomerular

TRS- Terapia Renal Substitutiva

UEPB- Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	METODOLOGIA.....	19
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	19
3.2	LOCAL DA PESQUISA.....	19
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	19
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	19
3.5	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	20
3.6	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	20
3.7	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS.....	20
3.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
	REFERÊNCIAS.....	46
	APÊNDICES.....	54
	ANEXOS.....	59

1. INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento da população brasileira, observa-se um aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) demonstrando uma transição demográfica e epidemiológica característica da atual tendência mundial (WERNECK,2008, PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

No mundo, 10% da população adulta apresenta doença renal crônica estando entre as 20 principais causas de mortalidade (PICCOLI et al., 2018). Destes, 50% dos que precisam de terapia renal substitutiva através da hemodiálise ou transplante têm acesso ao tratamento, e em países de média e baixa renda esse acesso ainda é menor (LIYANAGE et al., 2015). Estimativas populacionais no Brasil mais recentes revelam que há aproximadamente 1,5% de doença renal autorreferida. Cerca de 3 a 6 milhões de adultos teriam a doença e apenas 0,05% da população brasileira conseguem acesso a terapia renal substitutiva (TRS) , o que representaria em torno de 100 mil pacientes (MARINHO et al., 2017).

DOENÇA RENAL CRÔNICA E HEMODIÁLISE

Doença renal é uma anormalidade na estrutura ou função do sistema renal, podendo acontecer de forma inesperada e ser sanada, ou tornar-se crônica. Geralmente o início da disfunção renal caracteriza-se por ser assintomática, sendo apenas diagnosticada durante avaliação das comorbidades, podendo ainda ser reversível. O estágio mais grave do adoecimento denomina-se insuficiência renal crônica ou doença renal terminal e apresenta sintomas de perda da função renal, devendo ser tratada por TRS (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2013).

O rim é um órgão que desempenha funções que se inter-relacionam de forma complexa na excreção, regulação e na ação endócrina. Manifestações multissistêmicas ocasionando disfunção de outros órgãos acontecem quando há alteração no sistema renal (DUSSE, et al.,2017). O monitoramento das funções renais é de grande valia para o diagnóstico precoce e prognóstico, já que a grande maioria das doenças crônicas renais só se manifestam através de sinais clínicos e sintomas quando apresentam mais de 50% a

75% de comprometimento. Por estes motivos, é de grande importância reconhecer os indivíduos que estão sob maior risco de desenvolver a DRC, com o objetivo do diagnóstico precoce, assim como os fatores de pior prognóstico, definidos como progressão rápida para a perda de função renal (BRASIL, 2014).

Os indivíduos de risco para desenvolver Doença Renal Crônica são aqueles que apresentam comorbidades, como: diabetes tipo 1 e 2, hipertensão, idade avançada, obesidade, histórico de doença do aparelho circulatório, histórico de DRC na família, tabagistas ou fazem uso de medicamentos nefrotóxicos (ANDERSON et al., 2015, SESSO et al. 2016, ELHAFEEZ et al., 2018, KOVESDY, 2017, ALMEIDA, et al., 2015, JUNIOR, et al., 2014, BASTOS; BREGMAN;KIRSZTAJN, 2010)

Caso as alterações na taxa de filtração glomerular e/ou presença de lesão parenquimatosa persistam por um curso de três meses, o paciente passa a ser considerado portador de doença renal crônica (BASTOS, M.G., BREGMAN, R., KIRSZTAJN G.M., 2011). Para caracterizar a doença renal crônica e classificá-la de acordo com os estágios de gravidade do adoecimento avaliam-se a taxa de filtração glomerular (TFG) e a albuminúria e faz-se a observação clínica de sinais e sintomas característicos (LEVEY;CORESH, 2012).

Com relação a TFG, a DRC pode ser classificada em seis estágios (WEINERT; HECK, 2011, LEVEY; CORESH, 2012, BRASIL, 2014):

1. Lesão com função renal normal - Fase inicial de comprometimento renal com filtração glomerular preservada, o ritmo de filtração glomerular está acima de 90 ml/min/1,73m²;
2. Insuficiência renal leve - Ocorre no início da perda de função dos rins, não havendo sinais e/ou sintomas clínicos. E, o ritmo de filtração glomerular está entre 60 e 89 ml/min/1,73m²;
3. Insuficiência renal leve a moderada - Sinais e sintomas da uremia podem estar presentes de maneira discreta. O ritmo de filtração glomerular está entre 45 e 59 ml/min/1,73m²;
4. Insuficiência renal moderada a severa - O ritmo de filtração glomerular está entre 30 e 44 ml/min/1,73m²;
5. Insuficiência renal severa - Apresenta sinais e sintomas fixos de uremia. Os sintomas mais comuns incluem anemia, hipertensão arterial, edema, fraqueza,

mal-estar, falta de apetite e sintomas digestivos. O ritmo de filtração glomerular fica entre 15 a 29 ml/min/1,73m²;

6. Fase terminal ou falência renal – Ao chegar neste estágio os rins perdem o controle do meio interno, o paciente encontra-se intensamente sintomático. O ritmo de filtração glomerular encontra-se inferior a 15 ml/min/1,73m². É nesse estágio que a terapia de substituição renal deve ser iniciada através da diálise peritoneal ou hemodiálise.

Tendo como base a taxa de excreção de albumina (TEA), a DRC pode ser classificada em três categorias: normal a levemente aumentada: <30 mg/24horas; moderadamente aumentada: 30 a 300 mg/24horas; e, severamente aumentada: >300 mg/24horas (NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, 2013, BRASIL, 2014).

A DRC não tem cura, nos estágios iniciais da doença renal o tratamento se limita a dieta adequada e medicação e para os que atingem a fase de falência renal, designada acima como fase 6 e com TEA severamente aumentada, fazem-se necessárias terapias renais de substituição através de diálise (peritoneal ou hemodiálise) ou transplante renal. O tratamento de diálise remove resíduos e excessos de líquidos e solutos indesejáveis do sangue, devolvendo a função renal perdida (INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY, 2015).

Considerada um problema de saúde pública mundial, a doença renal crônica tem se manifestado com índices crescentes de prevalência e incidência. O alto número de casos de adoecimento pela perda da função renal tem repercutido nos altos custos e desfechos clínicos ruins (CHAKRABORT, 2018). O Relatório Anual de 2015 da Associação Renal Europeia de 36 países destacou o número de indivíduos que iniciaram a TRS para DRC em 81 373, o que equivale a uma taxa de incidência global aproximada de 119 por milhão de habitantes (pmp). Desses indivíduos, quase dois terços eram homens, mais da metade tinha idade \geq 65 anos e um quarto apresentava diabetes mellitus como diagnóstico renal primário (KRAMER, A et al.,2018). A prevalência da terapia renal substitutiva em doentes crônicos renais, na América Latina, aumentou de 119 pacientes por milhão de população em 1991 para 660 pmp em 2010 (ROSA-DIEZ, et al, 2014).

De acordo com Sesso et al. (2017), o número aproximado de pacientes que começaram a TRS em 2016 no Brasil foi de 39.714, o que corresponde a uma taxa de incidência de 193 novos pacientes por milhão da população geral. Distribuindo essas porcentagens por região, tem-se, 19% Sudeste, 17% Nordeste, 17% Sul, 10% Centro-Oeste e 5% Norte. As estimativas feitas sinalizam um aumento nas taxas anuais de incidência (4,5% ao ano desde 2013) e prevalência (6,5% ao ano), com um aumento contínuo no número de pacientes em tratamento nos centros de hemodiálise (6,3% ao ano desde 2013).

SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

De acordo com Whoqol Group et al. (1995), qualidade de vida se traduz como sendo o posicionamento do indivíduo dentro de um contexto cultural e de valores com os quais o mesmo se relaciona quanto aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Na saúde, a qualidade de vida segue duas vertentes, a primeira, como um conceito genérico e a segunda, diretamente relacionada às doenças ou agravos (SEIDL, 2004; ZANONN, 2004).

Os marcadores de qualidade de vida podem oferecer dados sobre aspectos pessoais e sociais, além de mensurar a falta de capacidade e bem-estar psicológico do paciente, fazendo uma avaliação auto referida e focando a avaliação e o tratamento no próprio indivíduo e, não na doença. O interesse na definição sobre a qualidade de vida por pesquisadores e políticas de saúde têm se concentrado na busca e debates explorando o real conceito e as medidas de utilização da qualidade para a vida (SEIDL, 2004; ZANNON, 2004).

Em meio a complexa definição e dimensões que abrangem a qualidade de vida, pesquisadores relacionam a saúde bucal como coadjuvante (GUZELDEMIR et al., 2009; ZUCOLOTO; MAROCO; CAMPOS, 2016). Em geral, os portadores de insuficiência renal crônica apresentam manifestações orais decorrentes de fatores de imunossupressão, medicações, perda óssea, osteodistrofia renal e redução na ingestão de líquidos (KLASSEN; KRASKO, 2002).

As principais alterações orais na DRC são: doença periodontal, alto índice de cáries ou acúmulo de biofilme, diminuição do fluxo salivar, lesões na mucosa oral, infecções orais virais ou fúngicas, hiperplasia gengival, erosão dentária, manifestações a

nível ósseo, palidez da mucosa (HAMID; DUMMER; PINTO, 2006, FITZPATRICK et al., 2008, SEKIGUCHI et al., 2012, PIERALISI et al., 2015, (CAPITANIO et al., 2016, GRUBBS et al., 2016, KIM et al., 2017, HOU et al., 2017, HONARMAND et al., 2017). Em um estudo caso controle realizado com pacientes em TRS observou-se que a frequência e a gravidade da doença periodontal são mais altas do que em pessoas saudáveis, além disso, Myiata, et al., (2019) evidenciaram a influência do diabetes na prevalência e gravidade das manifestações da doença periodontal e nas propriedades da saliva em pacientes em hemodiálise com periodontite foram destacadas.

APOIO SOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA

O estresse emocional e o prejuízo na qualidade de vida do indivíduo portador de DRC debilitam o paciente (GONÇALVES et al., 2015, MARINHO et al., 2017, SANTOS et al., 2017). Johnson, (2014), Freitas et al., (2016), Guedes et al., (2017) avaliam o suporte social como sendo um dos mais importantes aspectos quando se pensa em melhorias de condições de vida e de saúde das pessoas.

O apoio social pode ser interpretado como uma orientação, informação ou ajuda material ofertados por pessoas que se encontram em seus vínculos de conhecimentos, gerando efeitos positivos recíprocos que se materializam no estado comportamental e emocional das pessoas (CHOR et. al., 2001, ANDRADE, VAITSMAN, 2002, LORENZO, et al., 2011). As pessoas e os grupos envolvidos nas relações de apoio social podem ser familiares, grupos informais, formais e institucionalizados (CANESQUI; BARSAGLINI, 2012).

Avaliações sobre o impacto do apoio social na saúde/doença/cuidado fazem parte de pesquisas em todas as áreas da saúde, como medicina, enfermagem, psicologia, epidemiologia social, sociologia e antropologia médicas, psiquiatria, educação em saúde e saúde pública com acervo grande de literatura nacional e internacional (GONÇALVES et al., 2011, CANESQUI, A.M., BARSAGLINI, 2012).

A definição de apoio social é subjetiva e multidimensional, podendo ser caracterizada pela presença de pessoas em quem se possa confiar, se mostrar preocupadas e se fazerem sentir valorizadas e amadas. Esses aspectos fazem o indivíduo se sentir parte de uma rede de comunicação e obrigações recíprocas, como por exemplo, o núcleo familiar. (PAIS-RIBEIRO, 2011. SOUSA, et al., 2017). Quando se pensa em apoio social

familiar, este pode se expressar como apoio material, financeiro, estrutural, informacional e suporte emocional (DESSEN, BRAZ, 2000, LORENZO et al, 2011). Assim, pode-se dizer que o apoio social disponibiliza recursos e unidades sociais em resposta a solicitação de ajuda e assistência (PAIS-RIBEIRO, 2011).

Para a melhor aceitação do tratamento pelos pacientes portadores de doença crônica é primordial receber apoio social, o que contribui também na perspectiva de futuro e de enfrentamento das dificuldades impostas pelo adoecimento (BORGES, et al., 2016). O apoio social oferecido aos portadores de doenças crônicas afeta diretamente no estado de saúde dos doentes, melhorando sua qualidade de vida (DOS SANTOS et al., 2015). A influência das relações sociais no risco de adoecer e morrer foram investigados e os resultados indicaram que pertencer a essas redes beneficiaram a saúde e o bem-estar dos indivíduos (GRIEP et al., 2005).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a relação do apoio social e autopercepção de saúde bucal no estado de saúde e qualidade de vida dos pacientes em tratamento de hemodiálise.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar a qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica que se submetem ao tratamento de hemodiálise detectando diferenças sócio-demográficas relevantes;

Verificar a associação entre as variáveis de autopercepção de saúde bucal e funcionalidade familiar no impacto da qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise;

Averiguar o impacto do apoio afetivo/interação, apoio informação/emocional e apoio material na qualidade de vida dos pacientes que estão em tratamento de hemodiálise.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório de caráter analítico quantitativo. Com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses, as pesquisas exploratórias oferecem a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2012).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo aconteceu no município de Campina Grande que fica localizado geograficamente no agreste do Estado da Paraíba e apresenta uma população estimada de 407.472 habitantes (IBGE, 2018).

O município dispõe de 4 hospitais de referência para o tratamento de hemodiálise pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa foi realizada em dois desses hospitais em virtude dos outros não terem aceitado participar do estudo. Os hospitais servem de referência para os portadores de insuficiência renal crônica para a região de Campina Grande e municípios circunvizinhos. Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), e Centro Hospitalar João XXIII.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foram os pacientes cadastrados em tratamento de hemodiálise que livremente consentiram participar da pesquisa distribuídos nos dois centros hospitalares de referência, FAP e JOÃO XXIII. A amostra foi formada por representatividade de 50% do total de pacientes de cada hospital, totalizando 237 pacientes.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi realizado respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil, submetido à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovado através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 84682018200005187 (**Apêndice A**).

Aos sujeitos desta pesquisa foi apresentado e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido(TCLE) em duas vias, onde uma ficou em posse do participante e a outra do pesquisador (**Apêndice B**). Aos hospitais foram endereçadas as cartas de anuência que foram assinadas pelos representantes legais autorizando a realização da pesquisa (**Apêndice C**).

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Maiores de 18 anos.
- Estar cadastrado no serviço de hemodiálise há mais de três meses nos hospitais do estudo;

3.6 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Ter impedimento cognitivo de responderem livremente ao questionário.

3.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados para pesquisa uma ficha clínica elaborada pelos pesquisadores, o questionário Oral Health Impact Profile na sua versão reduzida (OHIP-14), o questionário Medical Outcomes Short-Form Health Survey.(SF-36), e o questionário Medical Outcomes Study de Apoio Social adaptado para o português.

3.7.1 Ficha Clínica

Na ficha clínica constaram dados socioeconômicos, demográficos, hábitos, histórico médico, odontológico, autopercepção da saúde e forma de utilização dos serviços de saúde bucal (**Apêndice D**).

3.7.2 Questionário OHIP-14

O OHIP-14 é uma versão reduzida do OHIP-49 (SLADE; SPENCER, 1994). Esse instrumento de pesquisa desenvolvido por Slade (1997) apresentou boa validade e confiabilidade interna. No Brasil, foi validado por Oliveira e Nadanovsky (2005). O OHIP-14 é composto por 14 questões distribuídas em 7 dimensões (limitação funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez). As respostas são validadas por uma escala do tipo Likert: Nunca = 0; raramente = 1; às vezes = 2; repetidamente = 3; sempre = 4. O somatório dos valores mostrará o impacto da condição bucal na qualidade de vida, quanto maior o valor maior o impacto (**Anexo 1**).

3.7.3 Questionário SF-36

O Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) é um questionário de avaliação da qualidade de vida, criado originalmente na língua inglesa que foi traduzido e adaptado culturalmente para o Brasil. Esse instrumento de pesquisa é constituído por 36 questões, que abrange oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (CICONELLI et al., 1999) (**Anexo 2**).

3.7.4 Questionário Medical Outcomes Study de Apoio Social –Versão em Português

È um questionário de escala de apoio social com versão adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Na forma original, esse questionário foi desenvolvido com o intuito de abranger cinco dimensões de apoio social: material (com quatro perguntas) – provisão de recursos práticos e ajuda material; afetiva (com três perguntas) – demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva (com quatro perguntas) – contar com pessoas

com quem relaxar e divertir-se; emocional (com quatro perguntas) – habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida; informação (com quatro perguntas) – contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem. Para todas as perguntas, cinco opções de resposta são apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”) (GRIEP et al., 2005).

As associações entre as dimensões de apoio social e características sócio-demográficas relacionadas à saúde e ao bem-estar são avaliadas. Através da análise fatorial, Griep et al. (2005) afirmou ser possível discriminar três dimensões de apoio nessa versão adaptada para o português: interação social positiva/apoio afetivo; apoio emocional/de informação; e apoio material. Com o intuito de analisar o grau de correlação entre cada item e sua respectiva dimensão, fez-se uso do coeficiente de correlação de Pearson (**Anexo 3**).

3.7.5 Variáveis

Foram utilizadas como variáveis dependentes o OHIP-14 e seus sete domínios (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, invalidez), o SF-36 com os domínios de capacidade funcional, aspectos físicos, dor física, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental e o Medical Outcomes Study de Apoio Social com suas três dimensões de apoio da versão adaptada para o português (interação social positiva/apoio afetivo; apoio emocional/de informação; e apoio material). As variáveis independentes adotadas buscaram traduzir a associação entre as variáveis dependentes e as condições socioeconômicas e demográficas, as morbidades autorreferidas, dor de dente nos últimos 6 meses, autopercepção de saúde bucal e o APGAR familiar.

3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram trabalhados no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 20.0, onde foram processados através da análise estatística descritiva e inferencial.

4. RESULTADOS E DICUSSÃO

A apresentação dos resultados e discussão serão de acordo com um artigo enviado à www.cienciasesaudecoletiva seguindo as normas da revista.

IMPACTO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DO APOIO SOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

RESUMO

Introdução. Com o envelhecimento populacional, a Doença Renal Crônica se tornou um grande problema de saúde pública mundial. **Objetivo.** Avaliar o impacto da autopercepção de saúde bucal e do apoio social na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Metodologia.** Estudo transversal de caráter analítico quantitativo realizado em hospitais de Campina Grande-PB entre 2018/2019. Foram utilizados como instrumentos para pesquisa: ficha clínica, o questionário Oral Health Impact Profile na sua versão reduzida (OHIP-14), o questionário Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), e o questionário de apoio social Medical Outcomes Study. Foi utilizado o *software* IBM SPSS *Statistics* (versão 20.0), realizada a análise estatística de segmentação (*K-means Cluster*) de pacientes com diferentes níveis de apoio social. **Resultados.** Sexo masculino (n = 129; 54,4%), idade de até 57 anos de idade (n = 122; 51,7%), com companheiro (n = 117; 49,6%), < ou = a 8 anos de estudo (n = 130; 55,1%), não branco (n = 168; 71,2%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (n = 148; 64,6%)

e residente em cidades adjacentes (n = 163; 68,8%). A auto percepção de saúde bucal boa, muito boa ou excelente (n = 149; 62,9%). Houve associação estatisticamente significativa entre apoio social e estado civil (p = 0,019) e entre apoio social baixo e pacientes vivendo com disfunção familiar elevada (p < 0,001).

PALAVRAS-CHAVES: DIÁLISE RENAL, APOIO SOCIAL, SAÚDE BUCAL

KEY-WORDS: RENAL DIALYSIS, SOCIAL SUPPORT, ORAL HEALTH

INTRODUÇÃO

No mundo, 10% da população adulta apresenta doença renal crônica estando entre as 20 principais causas de mortalidade.¹ Destes, 50% dos que precisam de terapia renal substitutiva (TRS) através da hemodiálise ou transplante têm acesso ao tratamento, em países de média e baixa renda esse acesso é menor.² No Brasil, estimativas populacionais mais recentes revelam que há aproximadamente 1,5% de doença renal autorreferida. Cerca de 3 a 6 milhões de adultos teriam a doença, porém apenas 0,05% da população conseguem acesso à TRS, o que representaria em torno de 100 mil pacientes.³

De acordo com Sesso et al., (2017)⁴, o número aproximado de pacientes que começaram a TRS em 2016 no Brasil foi de 39.714, o que corresponde uma taxa de incidência de 193 novos pacientes por milhão da população geral. Distribuindo essas porcentagens por região, tem-se, 19% Sudeste, 17% Nordeste, 17% Sul, 10% Centro-Oeste e 5% Norte. As estimativas feitas sinalizam um aumento nas taxas anuais de incidência (4,5% ao ano desde 2013) e prevalência (6,5% ao ano), com um aumento contínuo no número de pacientes em tratamento nos centros de hemodiálise (6,3% ao ano desde 2013).

As pessoas que estão comprometidas pela doença renal crônica geralmente apresentam alterações bucais associadas à doença ou mesmo ao tratamento recebido após diagnóstico.^{5,6} Os pacientes que se submetem a hemodiálise ficam limitados na realização de suas atividades diárias e sociais, tanto pela necessidade de tratamento contínuo como pelas limitações físicas impostas pelo adoecimento crônico, ocasionando estresse emocional e refletindo em prejuízos na qualidade de vida.^{3,7,8,9}

A saúde bucal e o apoio social são variáveis importantes na perspectiva da qualidade de vida da população. Pacientes terminais em tratamento de hemodiálise que apresentam deficiência na saúde bucal têm seu tempo de sobrevida reduzido.⁵ Para a melhor aceitação do tratamento por esses pacientes é primordial receber apoio social, o que contribui também na perspectiva de futuro e de enfrentamento das dificuldades impostas pelo adoecimento.^{10,11} A influência das relações sociais no risco de adoecer e morrer e os seus resultados indicam que pertencer a redes de apoio social beneficiam a saúde e o bem-estar dos indivíduos.^{11,12}

O apoio social pode ser interpretado como uma orientação, informação ou ajuda material ofertados por pessoas que se encontram em seus vínculos de conhecimentos, gerando efeitos positivos recíprocos que se materializam no estado comportamental e emocional das pessoas.¹³ As pessoas e os grupos envolvidos nas relações de apoio social podem ser familiares, grupos informais, formais e institucionalizados.¹⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como o entendimento que a pessoa tem do seu contexto cultural, de valores, objetivos, padrões, expectativas e preocupações.¹⁵ Os marcadores de qualidade de vida podem oferecer dados sobre aspectos pessoais e sociais, além de mensurar a falta de capacidade e bem-estar psicológico do paciente, fazendo uma avaliação autorreferida e focando a avaliação e o tratamento no próprio indivíduo e, não na doença. O atual interesse na definição sobre a

qualidade de vida tem se concentrado na busca e debates explorando o real conceito e as medidas de utilização da qualidade para a vida.¹²

Esse estudo objetiva avaliar o impacto das variáveis de auto percepção de saúde bucal e de apoio social na qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica que se submetem ao tratamento de hemodiálise.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal nos hospitais pertencentes à rede de saúde do Sistema Único de Saúde-SUS que realizam tratamento de hemodiálise em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Esse município, por ser o segundo maior do Estado, caracteriza-se por ter centros hospitalares de referência para tratar os doentes crônicos renais do município e região metropolitana. Existem 4 hospitais na cidade que disponibilizam esse serviço, apenas dois aceitaram participar do estudo.

O tamanho da amostra foi calculado tendo como base o número total de pacientes em cada hospital. Com a finalidade de evitar viés de representatividade, 50% do total de pacientes existentes em cada hospital que estivessem em tratamento de hemodiálise, maiores de 18 anos, não apresentassem impedimento cognitivo e quisessem participar do estudo formaram os 100% da amostra. O total da amostra contabilizou 237 participantes escolhidos por conveniência de forma aleatória com os que se faziam presentes nos dias da coleta dos dados. As coletas eram realizadas nas dependências dos hospitais enquanto os pacientes esperavam ou recebiam o tratamento de hemodiálise que eram distribuídos em três turnos de grupos diferentes durante o dia.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados para pesquisa uma ficha clínica elaborada pelos pesquisadores, o questionário Oral Health Impact Profile na

sua versão reduzida (OHIP-14), o questionário Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36), e o questionário Medical Outcomes Study de apoio social adaptado para o português.^{16,17,18}

Através da ficha clínica foram coletados dados socioeconômicos, demográficos, hábitos, histórico médico, odontológico, auto percepção da saúde e forma de utilização dos serviços de saúde bucal.

O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi avaliado através do OHIP-14, composto por 14 questões distribuídas em 7 dimensões (limitação funcional, dor física, incapacidade física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e invalidez). As respostas são validadas por uma escala do tipo Likert: Nunca = 0; raramente = 1; às vezes = 2; repetidamente = 3; sempre = 4.¹⁶

Com o SF-36 avaliou-se a qualidade de vida através de 36 questões, que abrange oito componentes, capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.¹⁷ Com o questionário Medical Outcomes Study de Apoio Social versão em Português, as associações entre as dimensões de apoio social e características sociodemográficas relacionadas à saúde e ao bem-estar foram avaliadas.

As questões abrangem provisão de recursos práticos e ajuda material, demonstrações físicas de amor e afeto; interação social positiva, contar com pessoas com quem relaxar e divertir-se, habilidade da rede social em satisfazer as necessidades individuais em relação a problemas emocionais, por exemplo situações que exijam sigilo e encorajamento em momentos difíceis da vida, contar com pessoas que aconselhem, informem e orientem. Para todas as perguntas, cinco opções de resposta são apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).¹⁸ Através da análise fatorial, foi possível discriminar três dimensões de apoio nessa versão

adaptada para o português: interação social positiva/apoio afetivo; apoio emocional/de informação; e apoio material. Com o intuito de analisar o grau de correlação entre cada item e sua respectiva dimensão, fez-se uso do coeficiente de correlação de Pearson.¹⁸

ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizado o software IBM SPSS Statistics (versão 20.0; IBM SPSS, Chicago, IL, EUA) para as análises. Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva de todas as variáveis investigadas. Foram calculadas as medidas de tendência central e de variabilidade para as variáveis quantitativas, bem como as frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas. Em seguida foi realizada a análise de segmentação (K-means Cluster) para obtenção de dois clusters de pacientes com diferentes níveis de apoio social, considerando a melhor distância entre os escores médios dos cinco domínios da escala de apoio social do Medical Outcomes Study.¹⁹

Foi efetuada a análise discriminante canônica para validar os resultados da análise de segmentação. Os testes F e Lambda de Wilks foram utilizados para medir a contribuição potencial de cada domínio da escala de apoio social na formação dos clusters¹⁹. Para avaliar a associação entre a variável dependente (apoio social) e as demais variáveis foram realizados os testes qui-quadrado de Pearson (ou teste exato de Fisher quando apropriado) e o teste de Mann-Whitney (dados sem distribuição normal, avaliados por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov). O nível de significância foi fixado em 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi realizado respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil,

submetido à avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e aprovado através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 84682018200005187.

RESULTADOS

De acordo com a Tabela 1, a maioria dos pacientes era do sexo masculino (n = 129; 54,4%), idade de até 57 anos de idade (n = 122; 51,7%), com companheiro (n = 133; 56,4%), com até 8 anos de estudo (n = 130; 55,1%), não branco (n = 168; 71,2%), renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (n = 148; 64,6%) e residente em cidades adjacentes à Campina Grande (n = 163; 68,8%).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	108	45,6
Masculino	129	54,4
Idade		
≤ 57 anos	122	51,7
> 57 anos	114	48,3
Estado civil		
Sem companheiro	103	43,6

Com companheiro	133	56,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	32	13,6
≤ 8 anos de estudo	130	55,1
9-11 anos de estudo	59	25,0
≥ 12 anos de estudo	15	6,4
Cor autodeclarada		
Branco	68	28,8
Não branco	168	71,2
Renda familiar		
< 1 salário mínimo	59	25,8
1-3 salários mínimos	148	64,6
> 3 salários mínimos	22	9,6
Região de moradia		
Campina Grande	74	31,2
Cidades circunvizinhas	163	68,8

Conforme os dados da tabela 2, poucos relataram ser tabagista (n = 6; 2,5%) e consumir bebida alcoólica (n = 9; 3,8%), a prevalência de diabetes e hipertensão foi de 28,3% (n = 67) e 65,8% (n = 156), respectivamente.

O histórico de dor de dente nos últimos 6 meses foi de 11,8% (n = 28) e a auto percepção de saúde bucal avaliada como boa, muito boa ou excelente (n = 149; 62,9%). A prevalência de disfunção familiar elevada foi 11,0% (n = 26) e de disfunção familiar moderada foi 6,8% (n = 16).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes de acordo com as condições sistêmicas, tabagismo, consumo de álcool, auto percepção de saúde bucal e funcionalidade familiar.

Variáveis	n	%
Diabetes		
Sim	67	28,3
Não	170	71,7
Hipertensão		
Sim	156	65,8
Não	81	34,2
Tabagista		
Sim	6	2,5
Não	231	97,5
Consome bebida alcoólica		
Sim	9	3,8
Não	228	96,2
Dor de dente nos últimos 6 meses		
Sim	28	11,8
Não	209	88,2
Autopercepção de saúde bucal		

Excelente / muito boa / boa	149	62,9
Ruim / péssima	88	37,1
APGAR familiar		
Disfunção familiar elevada (0-4)	26	11,0
Disfunção familiar moderada (5-6)	16	6,8
Boa funcionalidade familiar (7-10)	195	82,3

Com base na Tabela 3, verificou-se que a mediana do escore total do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida foi 12,16 (IIQ = 2,38-24,60). Os domínios mais afetados foram incapacidade física (Me = 2,00; IIQ = 0,00-3,52), invalidez (Me = 2,00; IIQ = 0,00-4,00) e incapacidade psicológica (Me = 2,00; IIQ = 0,00-4,00).

Tabela 3. Distribuição dos escores do OHIP-14 sobre o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida.

Variáveis	M	DP	Me	IIQ	
				P25	P75
OHIP-14					
1. Limitação funcional	1,86	1,69	1,51	0,00	4,00
2. Dor física	1,94	1,40	2,00	0,68	3,32
3. Desconforto psicológico	1,93	1,62	2,00	0,00	3,78
4. Incapacidade física	1,96	1,57	2,00	0,00	3,52
5. Incapacidade psicológica	1,95	1,66	2,00	0,00	4,00

Domínios da escala

1. Material	18,92	2,40	14,67	5,40	17,84	3,87	0,77	69,55	< 0,001
2. Afetivo	14,54	1,18	8,92	3,66	13,11	3,22	0,42	321,48	< 0,001
3. Emocional	18,91	2,24	10,30	4,49	16,73	4,78	0,38	376,15	< 0,001
4. Informação	18,69	2,56	11,57	4,44	16,89	4,41	0,50	230,40	< 0,001
5. Interação social positiva	17,11	5,01	10,58	5,46	15,46	5,85	0,76	72,51	< 0,001

Nota. M: média; DP: desvio-padrão;* Centros finais dos clusters para apoio social; ** $p < 0,001$.

A Tabela 5 mostra que a associação estatisticamente significativa foi observada entre apoio social e estado civil ($p = 0,019$).

Tabela 5. Análise de associação entre apoio social e características sociodemográficas.

Variáveis	Apoio Social						p-valor*
	Alto		Baixo		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,918 ⁽¹⁾
Feminino	81	75,0	27	25,0	108	100,0	
Masculino	96	74,4	33	25,6	129	100,0	
Idade							0,761 ⁽¹⁾

≤ 57 anos	92	75,4	30	24,6	122	100,0	
> 57 anos	84	73,7	30	26,3	114	100,0	
Estado civil							0,019^{(1)*}
Sem companheiro	69	67,0	34	33,0	103	100,0	
Com companheiro	107	80,5	26	19,5	133	100,0	
Escolaridade							0,402⁽²⁾
Sem escolaridade	21	65,6	11	34,4	32	100,0	
≤ 8 anos de estudo	96	73,8	34	26,2	130	100,0	
9-11 anos de estudo	48	81,4	11	18,6	59	100,0	
≥ 12 anos de estudo	11	73,3	4	26,7	15	100,0	
Cor autodeclarada							0,743⁽¹⁾
Branco	52	76,5	16	23,5	68	100,0	
Não branco	124	73,8	44	26,2	168	100,0	
Renda familiar							0,334⁽²⁾
< 1 salário mínimo	45	76,3	14	23,7	59	100,0	
1-3 salários mínimos	106	71,6	42	28,4	148	100,0	
> 3 salários mínimos	19	86,4	3	13,6	22	100,0	
Região de moradia							0,465⁽¹⁾
Campina Grande	53	71,6	21	28,4	74	100,0	

Cidades circunvizinhas	124	76,1	39	23,9	163	100,0
------------------------	-----	------	----	------	-----	-------

Nota. ⁽¹⁾ Teste qui-quadrado de Pearson; ⁽²⁾ Teste exato de Fisher; * p < 0,05

Conforme apresentado na Tabela 6, observou-se associação entre apoio social baixo e pacientes vivendo com disfunção familiar elevada (p < 0,001).

Tabela 6. Análise de associação entre o apoio social, condições sistêmicas, tabagismo, consumo de álcool, auto percepção de saúde bucal e funcionalidade familiar.

Variáveis	Apoio Social						p-valor*
	Alto		Baixo		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Diabetes							0,100 ⁽¹⁾
Sim	55	82,1	12	17,9	67	100,0	
Não	122	71,8	48	28,2	170	100,0	
Hipertensão							0,084 ⁽¹⁾
Sim	122	78,2	34	21,8	156	100,0	
Não	55	67,9	26	32,1	81	100,0	
Tabagista							0,172 ⁽²⁾
Sim	3	50,0	3	50,0	6	100,0	
Não	174	75,3	57	24,7	231	100,0	
Consome bebida alcoólica							0,999 ⁽²⁾

Sim	7	77,8	2	22,2	9	100,0
Não	170	74,6	58	25,4	228	100,0
Dor de dente nos últimos 6 meses						0,614 ⁽¹⁾
Sim	22	78,6	6	21,4	28	100,0
Não	155	74,2	54	25,8	209	100,0
Autopercepção de saúde bucal						0,823 ⁽¹⁾
Excelente / muito boa / boa	112	75,2	37	24,8	149	100,0
Ruim / péssima	65	73,9	23	26,1	88	100,0
APGAR familiar						< 0,001 ^{(1)*}
Disfunção familiar elevada (0-4)	6	23,1	20	76,9	26	100,0
Disfunção familiar moderada (5-6)	8	50,0	8	50,0	16	100,0
Boa funcionalidade familiar (7-10)	163	83,6	32	16,4	195	100,0

Nota. ⁽¹⁾ Teste qui-quadrado de Pearson; ⁽²⁾ Teste exato de Fisher; * p < 0,05.

De acordo com a Tabela 7, o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida foi maior entre os pacientes com baixo apoio social (Me = 16,15; IIQ = 4,22-25,31)

em comparação com os demais (Me = 11,23; IIQ = 2,00-24,42), porém sem diferença estatisticamente significativa ($p = 0,278$).

Tabela 7. Análise de associação entre o apoio social e o impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida.

Variáveis	Apoio Social										p-valor*
	Alto					Baixo					
	M	DP	Me	IIQ		M	DP	Me	IIQ		
				P25	P75				P25	P75	
OHIP-14											
1. Limitação funcional	1,78	1,72	1,49	0,00	4,00	2,11	1,57	2,02	9,49	4,00	0,181
2. Dor física	1,91	1,40	2,00	0,68	3,32	2,03	1,39	1,99	9,76	3,32	0,540
3. Desconforto psicológico	1,91	1,64	2,00	0,00	3,55	2,00	1,58	2,00	9,14	4,00	0,640
4. Incapacidade física	1,87	1,58	1,96	0,00	3,50	2,21	1,52	2,52	9,63	3,52	0,155
5. Incapacidade psicológica	1,90	1,65	2,00	0,00	4,00	2,10	1,68	2,70	9,00	4,00	0,505
6. Incapacidade social	1,85	1,77	1,38	0,00	4,00	2,12	1,66	2,57	9,00	4,00	0,291

												0,287
7. Invalidez	1,88	1,78	1,82	0,00	4,00	2,15	1,82	2,59	9,00	4,00		
Escore total	13,10	10,81	11,23	2,00	24,42	14,71	10,42	16,15	4,22	25,31		0,278

Nota. M: média; DP = desvio-padrão; Me = mediana; IIQ = intervalo interquartil (percentil 25 – percentil 75). Teste de Mann-Whitney.

DISCUSSÃO

A amostra do estudo destacou uma prevalência maior da população masculina 54,4% com idade até 57 anos que se submetiam a terapia renal substitutiva (TRS) através da hemodiálise. Num estudo da população idosa realizado na China, em 2014, constatou que dentre os idosos com Doença Renal Crônica (DRC), os mais acometidos eram mulheres apresentando uma prevalência significativamente maior do que os homens (17,6% vs. 14,9%).²⁰

No entanto, a epidemiologia dos pacientes que estavam em TRS num registro Latino-Americano e Europeu de 2013 destacou o sexo masculino sendo a maioria, 55% (71,7 pmp) e 62% (79,3 pmp), respectivamente²¹. No Relatório Anual de 2015 da Associação Renal Europeia que conta com 36 países, dentre os indivíduos que estavam realizando TRS, os homens também eram maioria totalizando quase dois terços do total de pacientes que estavam em TRS nesses países²². Coincidindo também com o estudo realizado por Luxardo, et al., (2018)²¹ que conferiu ao sexo masculino a maior carga de pacientes que se submetem a TRS.

Os resultados encontrados nesse estudo constataram que 55,1% dos pacientes apresentavam tempo de estudo menor ou igual a 8 anos. Em um estudo realizado em

Taiwan, ficou evidenciado que o nível educacional mais baixo é um fator de risco importante, trazendo complicações expressivas e influenciando negativamente no tratamento de substituição renal desses indivíduos²³.

Dos 237 indivíduos entrevistados, 67 apresentaram diabetes mellitus como diagnóstico primário totalizando 28,3%, pouco mais de um quarto do número total. No Relatório Anual da Associação Renal Europeia de 36 países, os pesquisadores conferiram que um quarto dos indivíduos apresentava diabetes mellitus como diagnóstico renal primário em pacientes que estavam em TRS²². Alguns estudos evidenciam essa doença sistêmica a um alto risco para a necessidade de submissão a TRS^{21,24}, coincidindo com o que ficou sinalizado no perfil da seleção amostral desse estudo.

Em relação a variável de autopercepção de saúde bucal, o estudo avaliou como boa, muito boa ou excelente em 62,9% dos indivíduos, demonstrando um baixo impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos pacientes em tratamento de hemodiálise. Os domínios mais afetados foram incapacidade física, invalidez e incapacidade psicológica. A hipótese de que as alterações bucais geravam alto impacto na qualidade de vida de indivíduos em tratamento de hemodiálise também foi negada por outros pesquisadores que avaliaram esses pacientes através de exame físico oral e questionários sobre sua autopercepção de saúde bucal^{25,26}.

Em um estudo realizado com pacientes em TRS observou-se que a frequência e a gravidade da doença periodontal nesses indivíduos eram mais altas quando comparados a pessoas saudáveis. Além disso, Myiata, et al., (2019)²⁷ evidenciaram a influência do diabetes na prevalência e gravidade das manifestações da doença periodontal e nas propriedades da saliva em pacientes em hemodiálise com periodontite. Os autores enfatizaram a importância da saúde bucal para manter a qualidade de vida e prolongar a

sobrevida desses pacientes. Em contrapartida, Ruospo, et al., (2017)²⁶ constataram que a periodontite não parece estar associada a um risco aumentado de morte precoce em adultos tratados com hemodiálise, o que faz a condição bucal não ser preocupante no estado geral de saúde desses indivíduos.

Em um outro estudo realizado em 6 países da Europa e Argentina em 4205 adultos em tratamento de hemodiálise, pesquisadores observaram que a doença oral é muito comum, frequentemente grave e altamente variável entre os países e concluíram que a pior saúde dental foi associada à morte precoce nesses pacientes, enquanto as práticas preventivas de saúde dental foram associadas a maior sobrevida⁵. Spanemberg, et al., (2019)²⁸ afirmaram que a falta da saúde oral é responsável pela redução da qualidade de vida por prolongar estado de dores, ocasionar danos funcionais estomatognáticos, estéticos, nutricionais e problemas psicológicos.

No presente estudo, a condição de saúde bucal impactou na qualidade de vida de modo mais expressivo entre os pacientes com baixo apoio social, porém, não apresentou valores estatisticamente significativos que conferissem alta impactação. As variáveis associadas a um maior impacto na qualidade de vida foram o baixo apoio social, a ausência de companheiro e a elevada disfunção familiar. Em relação ao apoio social, os domínios mais afetados do estudo foram o material, de informação e emocional. Sendo assim, o estudo evidenciou que os indivíduos em hemodiálise que menos desfrutavam de qualidade de vida eram os que recebiam menor apoio social, não tinham companheiro e apresentavam disfunção familiar elevada.

No sentido de explorar os fatores psicossociais associados à incidência de fragilidade em pacientes submetidos à hemodiálise de manutenção, Yuan, et al., (2020)²⁹ apontaram o apoio social como fatores de proteção no status da fragilidade com relação a fadiga, resistência, deambulação, doenças e perda de peso, demonstrando sua

importância para a qualidade de vida desses pacientes, como também foi demonstrado no presente estudo.

Entre os pacientes do estudo, naqueles que tinham companheiro o nível de apoio social foi maior quando comparados àqueles sem companheiro. Em uma pesquisa que associou as fontes de apoio social à saúde e qualidade de vida em idosos, Belanger, et al., (2016)³⁰ constataram que a falta de um companheiro está associada a menor prevalência de boa saúde, a maiores índices de depressão e menor qualidade de vida entre idosos canadenses e latino-americanos. Dentre os canadenses, o apoio de amigos e o fato de ter um parceiro estavam relacionados à boa saúde. Já nos latino-americanos, o apoio da família, filhos e companheiro estava associado a menos depressão e melhor qualidade de vida.

Nos pacientes em tratamento de hemodiálise, a ansiedade e a depressão são comorbidades muito comuns.^{24,29}. Em um estudo sobre indicadores e correlatos de distúrbios psicológicos realizado com pacientes chineses em hemodiálise, pesquisadores enfatizaram que os pacientes com melhor coesão familiar apresentavam maior nível de bem-estar psicossocial favorecendo a qualidade no condicionamento psicológico perante o tratamento da hemodiálise de manutenção, independente da sua condição econômica, convergindo com os resultados encontrados nesse estudo.²⁴

No município onde o estudo foi realizado, existem quatro hospitais que prestam assistência oferecendo tratamento de hemodiálise, no entanto, dois se recusaram a participar do estudo, o que nos limitou com o número de participantes da amostra. Tendo em vista que os questionários foram realizados em ambiente coletivo onde se encontravam os demais participantes da pesquisa, foi observado uma esquia dos indivíduos nas respostas sobre algumas questões mais pessoais, que podem ter interferido, de alguma forma, nos resultados do estudo. Os pesquisadores se depararam com uma

grande fragilidade emocional dos pacientes durante a aplicação dos questionários. Muitos precisaram de pausa durante a aplicação dos instrumentos para poderem se recompor.

No término da aplicação dos questionários, os pesquisadores registraram que alguns dos participantes da pesquisa já tinham ido a óbito, demonstrando a vulnerabilidade dos pacientes que estão em TRS e pontuando a dificuldade que seria um estudo de coorte com a mesma amostra populacional. O que também ficou evidenciado pelos pesquisadores, foi a falta de atenção profissional psicológica para esses pacientes que além de enfrentarem a TRS por dias alternados de forma contínua, tendo sua vida completamente modificada com relação às limitações impostas pelo adoecimento, enfrentam de perto a perda de seus companheiros de hemodiálise que se encontram na mesma situação.

CONCLUSÃO

O maior impacto na qualidade de vida dos pacientes que se submetem ao tratamento de hemodiálise foi evidenciado pelas variáveis de apoio social, ausência de companheiro e disfunção familiar elevada. A autopercepção de saúde bucal não gerou alto impacto na qualidade de vida desses indivíduos, no entanto, foi mais expressiva entre os pacientes com baixo apoio social, que por sua vez apresentavam elevada disfunção familiar. Já os domínios de apoios sociais mais afetados foram o material, de informação e emocional, sendo mais evidenciados nos indivíduos que não tinham companheiro e apresentavam elevada disfunção familiar.

REFERÊNCIAS

1. Piccoli GB , Alrukhaimi M , Liu ZH , Zakharova E. , Levin A. What we do and do not know about women and kidney diseases; questions unanswered and answers unquestioned: Reflection on World Kidney Day and International Woman's Day Nefrologia (Carlton). Nephrol Dial Transplant., 2018; Mar; 23 (3): 199-209.
2. Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, Neal B, Patrice HM, Okpechi I, Zhao MH, Nv J , Garg AX , Cavaleiro J , Rodgers UM , Gallagher H , Kotwal S , Cass A , Perkovic V. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review Lancet., 2015; 385 (9981): 1975-82.
3. Marinho, AWGB, Penha AP, Silva MT, Galvao TF. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. Cadernos Saúde Coletiva, 2017;v. 25, n. 3, p. 379–388, 2017.
4. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. J. bras. Nefrol., 2017; v.39, n.3, p.261-266.
5. Palmer, CS, Ruospo M, Wong G, Craig JC, Petruzzi M, De Benedittis M, Ford P, Johnson DW, Tonelli M, Natale P, Saglimbene V, Pellegrini F, Celia E, Gelfman R, Leal MR, Torok M, Stroumza P, Frantzen L, Bednarek-Skublewska A, Dulawa J, Del Castillo D, Bernat AG, Hegbrant J, Wollheim C, Schon S, Gargano L, Bots CP, Strippoli GF. Patterns of oral disease in adults with chronic kidney disease treated with hemodialysis. Nephrol Dial Transplant, 2016; v.31, p.1647–1653.
6. Honarmand, M. Farhad-Mollashahi L, Nakhaee A, Sargolzaie F. Oral manifestation and salivary changes in renal patients undergoing hemodialysis. J. clin. Exp. Dent., 2017; v.9, n.2, p.207-210.
7. Santos BPD, Oliveira, Vat, Soares, MC, Schwartz, E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise ABCS Health, 2017.
8. Kong LN, Hu P, Yao Y, Zhao QH .Social support as a mediator between depression and quality of life in Chinese community-dwelling older adults with chronic disease Geriatr Nurs., 2019; maio - jun; 40 (3): 252-256.

9. Clavé S, Tsimaratos M, Boucekine M, Ranchin B, Salomon R, Dunand O, et al. Quality of life in adolescents with chronic kidney disease who initiate haemodialysis treatment *BMC Nephrol*, 2019; 20 (1): 163.
10. Borges DCS, Furino FO, Barbieri MC, Souza ROD, Alvarenga WA, Dupas G. A rede e apoio social do transplantado renal *Rev Gaúcha Enferm*. 2016; dez;37(4):e59519.
11. Lima L, Santos C, Bastos C, Guerra M, Martins MM, Costa P. Adaptation and validation of the Instrumental Expressive Social Support Scale in Portuguese older individuals *Rev. Latino-Am. Enfermagem Ribeirão Preto*, 2018; vol.26.
12. Dobříková P, Pčolková D, AlTurabi LK, West Jr DJ. The Effect of Social Support and Meaning of Life on the Quality-of-Life Care for Terminally Ill Patients *Am J Hosp Palliat Care*, Nov 2015; 32 (7): 767-71.
13. Lorenzo, AP, Neves RB, Ribeiro KSQS. Análise da Rede de Apoio Social na Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 2011; v. 15, p. 153–166.
14. Canesqui, AM, Barsaglini, RA. Apoio social e saúde : pontos de vista das ciências sociais e humanas *Social support and health : standpoints from the social and human sciences. Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; v. 17(5), p. 1103–1114.
15. Sousa D, Pinho LGD, Pereira A. Qualidade De Vida E Suporte Social Em Doentes Com Esquizofrenia *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2017; 18(1), 91-101.
16. Oliveira BH., Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - short form. *Community Dent Oral Epidemiol*, 2005; v.33, n.4, p.307-14.
17. Ciconelli RM, Ferraz MB; Santos W, Meinão, I, Quaresma, MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. bras. Reumatol.*,1999; n. 39, v. 3, p.143-150.
18. Griep, RH, Chor, D, Faerstein, E, Werneck, GL, Lopes, CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde *Cad. Saúde Pública*, 2005; 21(3):703-714.
19. Hair JF, Black WC, Babin JB, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River: Prentice Hall; 2009.
20. Huang YP , Zheng T2 , Zhang DH , Chen LY , Mao PJ .Estudo de base comunitária sobre idosos com DRC e os fatores de risco associados. *Ren Fail.*, 2016; Nov; 38 (10): 1672-1676.

21. Luxardo R, Kramer A, González-Bedat MC, Massy ZA, Jager KJ, Rosa-Diez G, Noordzij M. A epidemiologia da terapia de substituição renal em duas partes diferentes do mundo: o Registro Latino-Americano de Diálise e Transplantes versus o Registro Europeu da Associação Renal-Associação Européia Renal de Diálise e Transplante. *Rev Panam Salud Publica*, 2018; 42: e87.
22. Kramer A, Pippias M, Noordzij M, Stel VS, Afentakis N, Ambühl PM, Andrusev AM, Fuster EA, Arribas Monzón FE, Åsberg A, Barbullushi M, Bonthuis M, Caskey FJ, Castro de Nuez P, Cernevskis H, des Grottes JM, Garneata L, Golan E, Hemmeler MH, Ioannou K, Jarraya F, Kolesnyk M, Komissarov K, Lassalle M, Macario F, Mahillo-Duran B, Martín de Francisco AL, Palsson R, Pechter Ü, Resic H, Rutkowski B, Santiuste Pablos C, Seyahi N, Simic Ogrizovic S, Slon Roblero MF, Spustova V, Stojceva-Taneva Ó, Traynor J, Massy ZA, Jager KJ. Relatório Anual de 2015 da Associação Renal Europeia - Associação Europeia de Diálise e Transplante (ERA-EDTA): um resumo. *Clin Kidney J.*, 2018; Feb; 11 (1): 108-122.
23. Chern YB, Ho PS, Kuo LC, Chen JB. A baixa escolaridade é um importante fator de risco para a incidência de peritonite em pacientes em diálise peritoneal crônica: um estudo de coorte retrospectivo com acompanhamento de 12 anos. *Perit Dial Int.*, Set-Out 2013; 33 (5): 552-8.
24. Wang SY, Zang XY, Liu JD, Cheng H, Shi YX, Zhao Y. Indicadores e correlatos de distúrbios psicológicos em pacientes chineses em hemodiálise de manutenção: um estudo transversal. *Int Urol Nephrol*, 2015; 47 (4): 679-89.
25. Silva JALS, Bernardino IM, Silva JRC, Lima TLMA, Soares RSC, D'Ávila S. Quality of life related to oral health of patients undergoing hemodialysis and associated factors. *Spec Care Dentist*, 2017; XX(X): 1-10.
26. Ruospo, M, Palmer S, Craig J, Gentile G, Johnson DW, Ford PJ. Periodontite e mortalidade precoce em adultos tratados com hemodiálise: um estudo de coorte multinacional de propensão *BMC Nephrol*. 2017; 18: 166.
27. Miyata Y, Obata Y, Mochizuki Y, Kitamura M, Mitsunari K, Matsuo T, Ohba K, Mukae H, Nishino T, Yoshimura A. Doença Periodontal em Pacientes em Diálise. *Int J Mol. Sci*, 2019; 20 (15): 3805.
28. Spanemberg, JC, Cardoso JA, Slob EMGB, López-López J. Quality of Life Related to Oral Health and its Impact in Adults, *Journal of Stomatology Oral and Maxillofacial Surgery*, 2019.

29. Yuan H , Zhang Y , Xue G , Yang Y , Yu S , Fu P . Explorar fatores psicossociais associados à incidência de fragilidade em pacientes submetidos à hemodiálise de manutenção. *J Clin Nurs*, 2020.
30. Belanger E , Ahmed T , Vafaei UM , Curcio CL , Phillips SP , Zunzunegui MV .Fontes de apoio social associadas à saúde e qualidade de vida: um estudo transversal entre idosos canadenses e latino-americanos. *BMJ Open*. 2016; 6 (6): e011503.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse estudo houve convergência em relação a falta de apoio social e saúde bucal associada a queda na qualidade de vida dos indivíduos em tratamento de hemodiálise. Apesar da autopercepção de saúde bucal não ter gerado grande impacto na queda da qualidade de vida desses indivíduos demonstrando que, diante do quadro de saúde geral em que os pacientes em hemodiálise se encontram, a saúde bucal não é uma preocupação importante, ficou evidenciado que os pacientes que recebem menos apoio social e apresentam alta disfunção familiar relataram ter uma pior condição de saúde bucal.

A queda na qualidade de vida dos indivíduos em hemodiálise que recebem menor apoio social, que não têm companheiro e que apresentam elevada disfunção familiar foi evidenciada como grande obstáculo na saúde geral desses pacientes.

Os pacientes com DRC em hemodiálise vivem uma rotina de 4 horas/dia durante três dias da semana ligados a uma máquina, uma dieta restrita, muitas vezes apresentam cateter exposto em decorrência da fragilidade dos vasos sanguíneos por não suportar o tratamento e lidam com o sentimento de morte muito próximo em decorrência da alta incidência nessa população. O estudo apontou fatores de riscos que podem ser abordados por políticas de enfrentamentos à DRC, sugerindo educação em saúde bucal voltada para esse público específico e uma atenção especial de suporte social que possa gerar resultados de proteção à saúde geral desses indivíduos melhorando sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, et al., 2015. Agregação familiar da doença renal crônica secundária à hipertensão arterial ou diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(2):471-478, 2015
- ANDERSON, A.H. et al. Time-updated systolic blood pressure and the progression of chronic kidney disease: Findings from the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study. *Ann intern med.*, Philadelphia, v.162, n.4, p.258-265, Aug. 2015.
- ANDRADE GRB, VAITSMAN J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 7(4): 925-934, 2002.
- BASTOS, M.G., BREGMAN, R., KIRSZTAJN G.M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *J Bras Nefrol* 33(1):93-108,2011.
- BASTOS, M.G., BREGMAN, R., KIRSZTAJN G.M.. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. *Rev Assoc Med Bras* 56(2): 248-53, 2010.
- beginning dialysis. *Spec Care Dentist*, Chicago, v.32, n.1, p. 6-10, 2012.
- BORGES DCS, et al. A rede e apoio social do transplantado renal, *Rev Gaúcha Enferm.*, 37(4):e59519, dez, 2016.
- BRASIL, M. DA S. Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica no Sistema Único de Saúde. Ministério Da Saúde, n. 1, p. 1–37, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [online]. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em 21 de janeiro de 2019.
- CANESQUI, A. M.; BARSAGLINI, R. A. Apoio social e saúde : pontos de vista das ciências sociais e humanas Social support and health : standpoints from the social and human sciences. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17(5), p. 1103–1114, 2012.
- CAPITANIO, B.L. et al. Prevalência de doença periodontal em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Braz j periodontol*, Belo Horizonte, v.26, i.2, p.14-22, Jun. 2016.
- CHAKRABORTY, S.P. Physiological complications in chronic kidney disease *international Journal of Recent Scientific Research* Vol. 9, Issue, 4(A), pp. 25588-25593, April, 2018.

CHOR D, GRIEP RH, LOPES CS, FAERSTEIN E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Caderno Saúde Pública*, 17(4): 887-896, 2001.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev. bras. Reumatol.* n. 39, v. 3, p.143-150, maio-jun, 1999.

DESSEN MA, BRAZ MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3): 221-231, 2000.

DOS SANTOS, G. S. et al. Rede social e virtual de apoio ao adolescente que convive com doença crônica: Uma revisão integrativa. *Aquichan*, v. 15, n. 1, p. 60-74, 2015.

DUSSE, L.M.S. et al. Biomarcadores da função renal: do que dispomos atualmente? *RBAC*. 49(1):41-51, 2017.

ELHAFEEZ, S.A. et al. Prevalence and burden of chronic kidney disease among the general population and high-risk groups in Africa: a systematic review. *BMJ open*, London, v.8, p.1-32, 2018.

FITZPATRICK, J.J. et al. Renal disease and chronic renal failure in dental practice. *J. ir. Dent. Assoc.*, Dublin, v.54, p.215-217, 2008.

FREITAS, R.P.A. et al. Impacto do apoio social sobre os sintomas de mulheres brasileiras com fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*. 2016.

GIL, A.C., *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo, Atlas, 2012.

GONÇALVES TA, PAWLOWISKI J, BANDEIRA DR, PICCINI CA. Avaliação do apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Cien Saude Colet* 16(3):1755-1769, 2011.

GONÇALVES, F.A. et al. Qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise ou diálise peritoneal: estudo comparativo em um serviço de referência de Curitiba – PR. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v.37, n.4, p.467-474, 2015.

GRIEP, RH, CHOR, D, FAERSTEIN, E, WERNECK, GL, LOPES, CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3):703-714, maio-jun, 2005

GRUBBS, V. et al. Chronic kidney disease and use of dental services in a United States public healthcare system: a retrospective cohort study. *BMC nephrology.*, London, v.13, n.16, p.2-6, 2012.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso à saúde. Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves Guedes, 2 Kenio Costa Lima, 3 Célia Pereira Caldas, 4 Renato Peixoto Veras *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [4]: 1185-1204, 2017.

GUZELDEMIR, E. et al. Oral Health–Related Quality of Life and Periodontal Health Status in Patients Undergoing Hemodialysis. *The Journal of the American Dental Association*, v. 140, n. 10, p. 1283-1293, 2009.

HAMID, M.J.A.A; DUMMER, C.D.; PINTO, L.S. Sistemic conditions, oral findings and dental management of chronic renal failure patients: general considerations and case report. *Bras. Dent. J.*, v.17, n.2, p.166-170, 2006.

HONARMAND, M. et al. Oral manifestation and salivary changes in renal patients undergoing hemodialysis. *J. clin. Exp. Dent.*, v.9, n.2, p.207-210, Fev. 2017.

HOU, Y. et al. Risk factors of periodontal disease in maintenance hemodialysis patients. *Medicine, Paris*, v.96, n.35, p.1-5, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/campina-grande.html>? Acesso em: 12 de Fevereiro de 2019

JHA, V. et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*, London, May. 2013.

JOHNSON, E. R. et al. Relationship between social support and body mass index among overweight and obese African American women in the rural deep south, 2011-2013. *Prev Chronic Dis*, v. 11, p. 14-34, 2014.

JUNIOR, et al. Tabagismo como fator de risco para a doença renal crônica: revisão sistemática. *J Bras Nefrol*36(4):519-528, 2014.

KIM, Y.J. et al. Avaliação da condição e risco periodontal em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Enstein, São Paulo*, v.15, n.2, p.173-7, 2017.

KLASSEN, J.T.; KRASKO, B.M. The dental health status of dialysis patients. *J. can. Dent. Assoc.*, Ottawa, v.68, n.1, p.34-38, 2002

KOVESDY, C.P. et al. Obesidade e doença renal: consequências ocultas da epidemia. *J. Bras. Nefrol.*, São Paulo, v.39, n.1, p.1-10, 2017.

KRAMER A ,et al. - Associação Europeia de Diálise e Transplante (ERA-EDTA): um resumo. *Clin Kidney J.*, 2018; Feb; 11 (1): 108-122.

LEVEY,A.S.,CORESH, J. Doença renal crônica. *Lancet*. 379 (9811): 165-80, 14 de Janeiro de 2012.

LIYANAGE T et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review *Lancet.*, 2015; 385 (9981): 1975-82.

LORENZO, A.P., et al.. Análise da Rede de Apoio Social na Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Volume v. 15, p. 153–166, 2011.

MARINHO, A. W. G. B. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 379–388, 2017.

MIYATA Y, et. Doença Periodontal em Pacientes em Diálise. *Int J Mol . Sci*; 20 (15): 3805, , 2019.

NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Inter Suppl*, v. 3, n. 1, p. 1-150, Jan. 2013.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. v.33, n.4, p.307-14, Aug. 2005.

PAIS-RIBEIRO, J.. Escala de satisfação com o suporte social. Lisboa: Placebo editora, 2011.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. O Processo De Transição Epidemiológica No Brasil: Uma Revisão De Literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, v. 6, n. 1, p. 99–108, 2015.

PICCOLI GB et al. What we do and do not know about women and kidneydiseases; questions unanswered and answersunquestioned: Reflection on World Kidney Day and International Woman’s Day *Nefrologia (Carlton)*. *Nephrol Dial Transplant.*, 2018; Mar; 23 (3): 199-209.

PIERALISI, N. et al. Oral lesions and colonization by yeasts in hemodialysis patients. *J. oral pathol. Med.*, Copenhagen, v.44, n.8, p.585-90, Sep. 2015.

ROSA-DIEZ G et al. , Renal replacement therapy in Latin American end-stage renal disease . *Clin J rim* , 7 (4): 431–436, ago 2014.

SANTOS, B.P. et al. Doença renal crônica: Relação dos pacientes com a hemodiálise. *ABCS health sci.*, Santo André, v.42, n.1, p.8-14, Abr. 2017.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SEKIGUCHI, R.T. et al. Decrease in oral health may be associated with length of time since

SESSO, R.C. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014. *J. bras. Nefrol.*, São Paulo, v.38, n.1, p.54-61, 2016.

SESSO, R.C. et al. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2016. *J. bras. Nefrol.*, São Paulo, v.39, n.3, p.261-266, 2017.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v. 25, n. 4, p. 284-290, 1997.

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

SOUSA, D. et al. Qualidade De Vida E Suporte Social Em Doentes Com Esquizofrenia *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(1), 91-101, 2017.

WEINERT, E.R.O.; HECK, M.P. Implicações orais da insuficiência renal crônica. *Int.j. dent.*, Recife, v.10, n.4, p.259-267, out./dez, 2011.

WERNECK F. *Nefrologia em Geriatria*. RJ: editora Rubio; 2008.

WHOQOL GROUP et al. The World Health Organization quality of life assessment: position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ZUCOLOTO, M.L.; MAROCO, J.; CAMPOS, J.A.D.B. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC oral health*, London, v.16, n.55, p.1-6, 2016.

APÊNDICES**APÊNDICE A**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO: IMPACTO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DO APOIO SOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE

PESQUISADOR: Prof. Dr. Sérgio D'Avila L. B. Cavalcanti

Colaboradora: Roberta Henriques de Carvalho

1. INTRODUÇÃO:

As informações a seguir descreverão esta pesquisa e o papel que o sr (a) terá como participante da mesma. O pesquisador responsável responderá a qualquer dúvida que possa existir sobre esse termo e sobre o estudo a ser realizado. Por favor, leia-o atentamente.

2. PROPÓSITO DA PESQUISA:

O sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo geral é preencher 3 questionários que contêm perguntas sobre como o sr (a) tem se sentido ultimamente e sobre o apoio que recebe.

3. DESCRIÇÃO DO ESTUDO:

Sua participação neste estudo é voluntária e o sr (a) poderá recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem constrangimento.

Este estudo pretende contribuir com a qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise, além de trazer maior conhecimento aos profissionais de saúde e benefícios a toda a população que sofre com essa condição.

4. CONFIDENCIALIDADE DO REGISTRO:

Todas as informações obtidas através deste estudo permanecerão em sigilo, assegurando a proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será divulgada nestas apresentações e nem serão utilizadas quaisquer informações que permitam a sua identificação.

5. CONTATOS:

Se houver qualquer dúvida sobre o estudo você receberá maiores informações com Prof. Dr. Sérgio D'Avila L. B. Cavalcanti, através do telefone (83)3344-5301 do programa de pós-graduação de Saúde Pública, ou pelo fone (83) 3315-3373 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, o qual essa pesquisa foi registrada.

Assinatura do Pesquisador

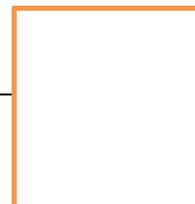
6. TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DA PESQUISA:

Eu, _____ RG nº: _____, li a descrição do estudo **“IMPACTO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E DO APOIO SOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE”** e, não havendo qualquer dúvida concordo em participar do mesmo. Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação da pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida.

Campina Grande ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

RG



APÊNDICE B

CENTRO HOSPITALAR
João XXIII

CENTRO HOSPITALAR JOÃO XXIII

Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata
CEP: 58400-515 - Campina Grande - PB
Telefone: (83) 2102-2323

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE ALTERAÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE" que será desenvolvido nas dependências do Centro Hospitalar João XXIII, pelo Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti. Outrossim, informamos que tal pesquisa não trará nenhum ônus para a instituição e só deverá ser iniciada após a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Campina Grande, 28 de novembro de 2017.

Almira Oliveira Pereira Diniz

Dra. Almira Oliveira Pereira Diniz – Secretária da Presidência da SAS/Hospital João XXIII

Dr. Luiz Almeida S. Jr.
CRM 7481-PB

Dr. Luiz Almeida de Sousa Júnior – Diretor Técnico do Setor de Hemodiálise do Hospital João XXIII



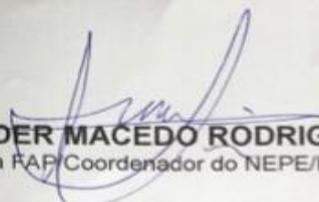
Fundação Assistencial da Paraíba - FAP

Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó
CNPJ: 08.841.421/0001-57 - CEP 58.429-350
Campina Grande - PB - Telefone: (83) 2102-0300
e-mail: presidencia@hospitaldafap.org.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da Pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE ALTERAÇÕES BUCAIS NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES SUBMETIDOS À HEMODIÁLISE”**. Sob orientação do Profº. Dr. Sérgio D’avila Lins Bezerra Cavalcante, do Programa de pós – Graduação em Odontologia - Mestrado, da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB a ser desenvolvida pela orientanda Paula Miliana Leal – a orientadora será responsável pela orientanda, caso contrário a primeira não poderá desenvolver e/ou orientar projetos na Instituição FAP. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a esta Pesquisa deverá ser entregue em uma via (CD) ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão (NEPE) da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 466/2012 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 18 de janeiro de 2018.


PROFº HELDER MACEDO RODRIGUES
Presidente da FAP/Coordenador do NEPE/FAP

Helder Macedo Rodrigues
CRP 2167
CPF 402.02.834-15
Presidente FAP

APÊNDICE C

	UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA		FICHA Nº _____
	INFORMAÇÕES GERAIS DOS PACIENTES		
Nome (Iniciais): _____			P.A.: _____ mmHg
Endereço: _____			
Naturalidade: _____			
Telefone: _____			
Hospital: _____			
Data de diagnóstico de IRC: _____			
Doença de base sugestiva de ter levado à IRC:			1 – Diabetes; 2 – Hipertensão; 3 - Outra (Qual?)
Faz hemodiálise desde quando? _____			
Quais os dias da semana que faz hemodiálise? _____			
Já conseguiu um transplante?			1 – Sim; 2 – Não.
Se sim, quando fez a cirurgia? _____			
Região de moradia:			1 – Campina Grande; 2 – Região metropolitana (Qual cidade?)
Sexo:			1 – Feminino; 2 – Masculino;
Idade: _____			
Data de nascimento: _____			
Estado civil:			1 – Solteiro (a); 2 – Viúvo (a); 3 – Separado (a); 4 – Casado (a); 5 – União Estável.
Escolaridade:			1 – Não alfabetizado; 2 – E. Fundamental; 3 – E. Médio; 4 – E. Superior.
Ocupação: _____			
Parou de trabalhar após o diagnóstico de IRC?			1 – Sim; 2 – Não.
Raça:			1 – Branco; 2 – Preto; 3 – Pardo; 4 - Amarelo; 5 – Indígena.
Renda familiar per capita: _____			
HÁBITOS E HISTÓRIA MÉDICA			
Está tomando algum medicamento no momento?			1 – Sim; 2 – Não.
Em caso afirmativo, qual? Especificar Concentração, Posologia e Tempo de Utilização.			

É fumante?			1 - Sim; 2 – Não.
Se sim, há quanto tempo? _____			
É ex-fumante?			1 - Sim; 2 – Não.
Se sim, parou há quanto tempo? _____			
Consome bebidas alcóolicas?			1 - Sim; 2 – Não.
Se sim, com qual frequência? _____			
Você ingeria bebida alcoólica no passado?			1 - Sim; 2 – Não.
Se sim, com qual frequência? _____			
Quantas vezes escova os dentes ao dia? _____			
Costuma escovar os dentes:			1 – Suavemente; 2 - Fortemente; 3 - Força média.
O que utiliza para realizar a higiene bucal? _____			
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE GERAL E BUCAL E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
Saúde de um modo geral/Autopercepção:			1 – Excelente; 2 – Muito boa; 3 – Boa; 4 – Ruim; 5 – Péssima.
Saúde dos dentes e da boca/Autopercepção:			1 – Excelente; 2 – Muito boa; 3 – Boa; 4 – Ruim; 5 – Péssima.
Satisfação com a aparência dos dentes:			1 – Muito satisfeito; 2 – Satisfeito; 3 – Aceitável; 4 – Insatisfeito.
Já sentiu dor de dente alguma vez na vida?			1 – Sim; 2 – Não.
Sentiu dor de dente nos últimos 6 meses?			1 – Sim; 2 – Não.
Dentista que geralmente usa (tipo de serviço):			1 - Particular/Plano de saúde ou convênio; 2 - Público no PSF; 3 - Público outros; 4 - Não sabe/Não lembra.
Onde você mora, tem cobertura pelo PSF:			1 – Sim; 2 – Não.
Data da última visita ao dentista: _____			
Já orientaram o(a) senhor(a) sobre como fazer a higienização bucal de maneira adequada?			1 – Sim; 2 – Não.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida relacionada a saúde bucal em pacientes portadores de insuficiência renal crônica

Pesquisador: SERGIO DAVILA LINS BEZERRA CAVALCANTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84642018.2.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.614.715

Apresentação do Projeto:

Encaminhado para análise e parecer com o fito de desenvolvimento de pesquisa pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pesquisadora Mestranda Paula Miliana Loal, sob a orientação do Professor Dr. Sergio D. L. B. Cavalcanti. Buscará o referido estudo avaliar se a condição de saúde bucal influencia na qualidade de vida e na taxa de sobrevida em pacientes portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo o pesquisador:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Avaliar o impacto das alterações bucais, incluindo índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), alterações na mucosa oral e uso de prótese, na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise.

OBJETIVO SECUNDÁRIO: Verificar a incidência de óbitos nessa população associando-a com o estado de saúde bucal desses pacientes:

- Verificar a associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas (idade, estado civil, escolaridade, cor autodeclarada, renda, região de moradia) e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal;
- Verificar a associação entre as características clínicas (tempo de hemodiálise, diabetes, hipertensão, tabagismo, etilismo, CPO-D, última visita ao Cirurgião-dentista, dor de dente, uso de

Endereço: Av. das Bananeiras, 351 - Campus Universitário

Bairro: Rodoponga **CEP:** 58 109-753

UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer 2.614.715

prétese, alterações na mucosa oral) e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme preconiza a Resolução nº 466/12/CNS/MS, toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos de maior, médio e menor potencial ofensivo. Para o referido estudo segundo o pesquisador responsável na Plataforma Brasil: "Esta pesquisa apresenta riscos mínimos de acordo com a Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012), havendo a necessidade de se obter um termo de consentimento por parte dos participantes (Apêndice 3).

Os riscos compreendem algum tipo de desconforto que o paciente possa vir a sentir durante o exame intraoral ou constrangimento durante a aplicação do questionário, entretanto serão amenizados através da efetuação adequada da técnica por profissionais devidamente capacitados e treinados, bem como aplicação de questionário validado.

Quanto aos benefícios, esta pesquisa poderá trazer contribuições significativas para a saúde dos pacientes com insuficiência renal crônica, pois a avaliação do impacto das alterações bucais na qualidade de vida desses pacientes possibilitará o desenvolvimento de ações de saúde bucal voltadas para as necessidades específicas dessa população."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo longitudinal do tipo coorte prospectivo, com abordagem quantitativa, onde os dados serão obtidos por observação direta. Serão excluídos da pesquisa: Pacientes incapazes de responder às questões da ficha clínica e ao questionário de qualidade de vida devido a déficit cognitivo. A pesquisa será realizada no município de Campina Grande-PB em dois hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) que oferecem serviço hospitalar de referência em Hemodiálise: Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP) e Centro Hospitalar João XXIII. A coleta de dados será realizada por meio da abordagem dos pacientes em hemodiálise nos referidos hospitais, esses pacientes serão submetidos a exame intraoral serão e entrevistados nas dependências dos hospitais a fim de verificar a condição de saúde bucal e percepção desses pacientes sobre a influência de sua saúde bucal na sua qualidade de vida.

- Os pacientes serão acompanhados por o período de um ano para verificar a ocorrência de óbito e correlacionar com as condições de saúde bucal encontradas no exame clínico.
- Aos pacientes será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), explicando os objetivos da pesquisa e a importância do estudo para a odontologia, os que se:

Endereço: Av. das Baraúnas, 351 - Campus Universitário
 Bairro: Rodasconi CEP: 58.109-753
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE
 Telefone: (83)3315-3373 Fax: (83)3315-0373 E-mail: cep@uepb.edu.br

ANEXO 2
QUESTIONÁRIO OHIP- 14

1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

3. Você já sentiu dores fortes em sua boca?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

4. Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

5. Você tem ficado pouco à vontade por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

9. Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

12. Você tem tido dificuldade de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

13. Você já sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

nunca raramente às vezes repetidamente sempre

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

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

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.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

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

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?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

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

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

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

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

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

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

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor 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?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

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

ANEXO 4

**VERSÃO EM PORTUGUÊS DO MEDICAL OUTCOMES STUDY -
QUESTIONÁRIO REDE DE APOIO SOCIAL
REDE DE APOIO SOCIAL**

<i>Se você precisar, com que frequência conta com alguém...</i>	
1. que o ajude, se ficar de cama?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
2. para levá-lo ao médico?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
3. para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
4. para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
5. que demonstre amor e afeto por você?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
6. que lhe dê um abraço?	(0) Sempre (1) Quase sempre

	<p>(2) Às vezes</p> <p>(3) Raramente</p> <p>(4) Nunca</p>
7. que você ame e que faça você se sentir querido?	<p>(0) Sempre</p> <p>(1) Quase sempre</p> <p>(2) Às vezes</p> <p>(3) Raramente</p> <p>(4) Nunca</p>
8. para ouvi-lo, quando você precisar falar?	<p>(0) Sempre</p> <p>(1) Quase sempre</p> <p>(2) Às vezes</p> <p>(3) Raramente</p> <p>(4) Nunca</p>
9. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	<p>(0) Sempre</p> <p>(1) Quase sempre</p> <p>(2) Às vezes</p> <p>(3) Raramente</p> <p>(4) Nunca</p>
10. para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	<p>(0) Sempre</p> <p>(1) Quase sempre</p> <p>(2) Às vezes</p> <p>(3) Raramente</p> <p>(4) Nunca</p>
11. que compreenda seus problemas?	<p>(0) Sempre</p> <p>(1) Quase sempre</p> <p>(2) Às vezes</p> <p>(3) Raramente</p> <p>(4) Nunca</p>
12. para dar bons conselhos em situações de crise?	<p>(0) Sempre</p> <p>(1) Quase sempre</p> <p>(2) Às vezes</p>

	(3) Raramente (4) Nunca
13. para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
14. de quem você realmente quer conselhos?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
15. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
16. com quem fazer coisas agradáveis?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
17. com quem distrair a cabeça?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
18. com quem relaxar?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca

19. para se divertir junto?	(0) Sempre (1) Quase sempre (2) Às vezes (3) Raramente (4) Nunca
-----------------------------	--

APGAR FAMILIAR

1. Estou satisfeita com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
2. Estou satisfeita pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
3. Sinto que minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida.	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afetividade e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, tristeza e amor.	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca
5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	(0) Quase sempre (1) Às vezes (2) Quase nunca