

ARTIGO ORIGINAL

Relação entre tratamento protético, autoestima e qualidade de vida em pacientes idosos em tratamento hemodialítico

Relationship between prosthetic treatment, self-esteem and quality of life in elderly patients undergoing hemodialysis

Evandro Silveira de Oliveira ¹  | Jéssica Vidal da Silva ¹  | Dhelfeson Willya Douglas-de-Oliveira ¹  | Larissa Doalla de Almeida e Silva ¹  | Emilio Henrique Barroso Maciel ²  | Frederico Lopes Alves ²  | Vanessa Gomes Brandão Rodrigues ²  | Cássio Roberto Rocha dos Santos ¹  | Pedro Henrique Scheidt Figueiredo ¹  | Olga Dumont Flecha ¹  | Patricia Furtado Gonçalves ¹ 

OPEN  ACCESS

Filiação Institucional

¹ Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Odonatologia, Diamantina, Minas Gerais, Brazil.
² Hospital Santa Casa de Caridade, Diamantina, Minas Gerais, Brazil.

Citação:

Silveira de Oliveira E, Vidal da Silva J, Douglas-de-Oliveira DW, Doalla de Almeida e Silva L, Barroso Maciel EH, Lopes Alves F, Gomes Brandão Rodrigues V, Rocha dos Santos CR, Scheidt Figueiredo PH, Dumont Flecha O, Furtado Gonçalves P. *Rev Estomatol.* 2021;29(1):e11016. DOI: 10.25100/re.v29i1.11016

Recebido: 14 de Fevereiro de 2021

Avaliado: 14 de Março de 2021

Aceito: 20 de Junho de 2021

Publicado: 15 Setembro 2021

Correspondence:

Patricia Furtado Gonçalves. Rua da Glória, 187-Centro, Diamantina – Minas Gerais, Brazil. CEP: 39100-000. Phone: +55 (38) 3532-6082 Email: patriciafu@yahoo.com

Copyright:

© Universidad del Valle.



RESUMO

Fundamento: O estado de saúde bucal pode ter influência física e psicológica sobre a vida dos indivíduos. Pode afetar simultaneamente o prazer na vida devido a interferência nas condições bucais, na fala, mastigação, sabor e deglutição, nos domínios sociais, sobre a aparência e autoconfiança dos indivíduos.

Objetivo: Verificar se o tratamento protético odontológico é capaz de gerar melhoria na qualidade de vida e na autoestima de pacientes idosos submetidos a hemodiálise.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo intervencional com 26 pacientes submetidos à hemodiálise na cidade de Diamantina, Brasil. Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a realização do tratamento; com e sem tratamento. O grupo tratamento recebeu ajustes ou confecção de uma nova prótese odontológica, já o grupo sem tratamento recebeu apenas avaliação clínica e orientações sobre higiene bucal. A qualidade de vida foi avaliada através do instrumento Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Questionnaire (SF-36) e Oral Health Impact Profile (OHIP) na sua versão 14. Já para a autoestima utilizou-se a Escala de Autoestima de Rosenberg.

Resultados: A média de idade foi 69,08 anos (±05,90) e o índice CPO-D médio foi de 29,65 (±01,35). Houve significância estatística na dimensão aspecto emocional do SF-36 nos dois grupos. O grupo que recebeu tratamento apresentou significância na incapacidade física do OHIP-14 e melhora da autoestima.

Conclusão: O tratamento protético odontológico gerou melhoria na qualidade de vida e impactou na autoestima de pacientes idosos submetidos à hemodiálise, sendo o impacto maior nos pacientes que realizaram tratamento protético.

PALAVRAS CHAVE

Qualidade de vida; Odontologia; Hemodiálise; Epidemiologia; Auto-conceito.

ABSTRACT

Background: Oral health status can have a physical and psychological influence on individuals' lives. It can simultaneously affect the pleasure in life due to interference in oral conditions, speech, chewing, taste and swallowing, in social domains, on the appearance and self-confidence of individuals.

Objective: To verify whether dental prosthetic treatment is able to improve the quality of life and self-esteem of elderly patients undergoing hemodialysis.

Materials and Methods: An interventional study was carried out with 26 patients undergoing hemodialysis in the city of Diamantina, Brazil. Patients were divided into two groups according to treatment completion; with and without treatment. The treatment group received adjustments or made a new dental prosthesis, while the group without treatment received only clinical evaluation and guidance on oral hygiene. Quality of life was assessed using the instrument Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Questionnaire (SF-36) and Oral Health Impact Profile (OHIP) in its version 14. For self-esteem, the Rosenberg Self-Esteem Scale was used.

Results: The mean age was 69.08 years (±05.90) and the mean DMFT index was 29.65 (±01.35). There was statistical significance in the emotional aspect dimension of the SF-36 in both groups. The group that received treatment showed significance in the physical disability of the OHIP-14 and improvement in self-esteem.

Conclusion: Dental prosthetic treatment improved the quality of life and impacted the self-esteem of elderly patients undergoing hemodialysis, with the greatest impact on patients who underwent prosthetic treatment.

KEY WORDS

Quality of life; Dentistry; Hemodialysis; Epidemiology; Self-concept.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

O procedimento de hemodiálise gera perdas na qualidade de vida e na autoestima dos que a ele se submetem. O tratamento odontológico pode promover ganhos na qualidade de vida relacionada a saúde bucal e na autoestima, sendo a reabilitação protética odontológica capaz de melhorar esses fatores na população em terapia hemodialítica.

INTRODUÇÃO

A etiologia da doença renal em fase terminal era considerada exclusivamente médica; ou seja, acreditava-se que fatores sociais e psicológicos não desempenhavam um papel causal direto. Uma vez que a insuficiência renal ocorreu, no entanto, os fatores psicossociais influenciam significativamente o bem-estar dos pacientes. As mudanças fisiológicas no corpo influenciam e são afetadas pelo ambiente psicossocial dos indivíduos.¹ Os pacientes que realizam diálise para sobreviver, se deparam com incertezas sobre o futuro. Eles não lidam apenas com complicações relacionadas ao tratamento, como hipertrofia do ventrículo esquerdo, artrosclerose e hiperparatireoidismo,^{2,3} mas também com as mudanças na percepção de sua autoestima.⁴ Embora os problemas de saúde bucal raramente sejam sérios, eles podem ter consequências sociais, econômicas e psicológicas significativas para os pacientes, impactando na qualidade de vida relacionada a saúde bucal.⁵

A saúde bucal é uma parte integral e crítica da saúde geral. A doença renal crônica pode afetar os tecidos bucais e levar ao aumento gengival, xerostomia, alterações na composição salivar,⁶ efeitos adversos relacionados à terapia medicamentosa, lesões mucosas, malignidades bucais, infecções bucais, anomalias dentárias e lesões ósseas.⁷ O estado de saúde bucal pode ter influência física e psicológica sobre a vida dos indivíduos. Pode afetar simultaneamente o prazer da vida dos indivíduos, devido a interferência das condições bucais na fala, mastigação, sabor e deglutição, nos domínios sociais, sobre a aparência e autoconfiança dos indivíduos.⁸

A média da idade dos pacientes submetidos à terapia de reposição renal está em ascensão. Vários estudos também observaram esse aumento drástico da população idosa que recebe diálise.^{9,10} O Sistema de Dados Renais dos Estados Unidos informou que 26% de todos os pacientes começaram em hemodiálise em 2011 com idade superior a 75 anos (26.639 pacientes).¹¹ A qualidade de vida em pacientes em hemodiálise foi menor que a da população em geral¹² e até que a de pacientes com transplante renal, câncer de mama ou leucemia.¹³ Em relação à saúde bucal do idoso, embora uma série de estudos tenha demonstrado uma diminuição mundial da perda dentária entre todas as

faixas etárias,^{14,15} a última pesquisa epidemiológica no Brasil encontrou que o número médio de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD) entre indivíduos de 65 a 74 anos foi de 27,53. O componente de dentes ausentes foi de 91,9%, sendo 97,7% desses indivíduos idosos que precisavam de próteses.¹⁶

O cuidado da saúde pode ser justificado em "quão bem ele mantém as pessoas saudáveis" em oposição a "quão bem ela cura doenças".¹⁷ Esse conceito inclui cuidados de saúde bucal, em que a manutenção do ótimo funcionamento e bem-estar é um objetivo importante. Embora vários estudos tenham demonstrado que os problemas bucais afetam negativamente o funcionamento e o bem-estar social e físico de uma pessoa,¹⁸⁻²⁰ a maioria desses estudos foi realizada utilizando amostras de pessoas comuns.^{21,22} Pesquisadores de um número limitado de estudos avaliaram pacientes com comprometimento médico para qualidade de vida relacionada à saúde bucal,²²⁻²⁴ sendo que não foram realizados estudos para avaliar pacientes que realizem hemodiálise com relação ao uso e adaptação de prótese dentárias e qualidade de vida. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar se o tratamento protético dentário em pacientes que realizam hemodiálise pode influenciar na autoestima e qualidade de vida desses sujeitos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Amostra

O presente estudo foi realizado no Setor de Hemodiálise da Santa Casa de Caridade de Diamantina, no Estado de Minas Gerais-Brasil, após receber parecer positivo (nº 900.184) fornecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A Santa Casa de Caridade é a única unidade que realiza a diálise renal no nordeste do estado Minas Gerais, atendendo pacientes provenientes do Vale do Jequitinhonha. Devido as peculiaridades da população estudada e por ser um grupo restrito de pacientes, realizou-se uma amostragem de conveniência sendo incluídos todos os pacientes acima de 60 anos, submetidos à hemodiálise rotineiramente e que concordaram em participar voluntariamente mediante convite. Foram excluídos os pacientes com déficit cognitivo ou que negaram o convite para participar. Todos os pacientes eram submetidos à hemodiálise (HD) convencional, sendo que a rotina médica nem o tratamento foram modificados durante o período do estudo. Todos os aspectos éticos foram seguidos, estando a pesquisa de acordo com as leis vigentes no país e sendo conduzida de acordo com a Declaração de Helsinki, 1975, revisada em 2013.

Intervenção

Após a seleção da amostra, os pacientes passaram por um

rígido exame bucal, realizado por um cirurgião-dentista (E.S.O.), no qual foram avaliados quanto a presença de lesões da mucosa bucal, condições de higiene bucal, índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), se possuíam necessidade de tratamento e a quanto a situação da prótese caso usassem. Cerca de 5 a 10 dias antes do início do tratamento os pacientes responderam aos questionários de caracterização socioeconômica, de autoestima, sobre qualidade de vida e receberam orientações sobre higiene bucal e das próteses caso usassem. Posteriormente os pacientes foram avaliados quanto a utilização, ou não, de próteses podendo essas serem totais ou parciais. Após essa etapa, dividiu-se os participantes em dois grupos de acordo com o interesse do paciente em realizar o tratamento: Grupo 1 (G1) que realizou o tratamento protético e Grupo 2 (G2) sem a realização de tratamento protético. Os pacientes que necessitavam trocar a mesma, foram convidados a realizar o tratamento protético-reabilitador, já os que possuíam prótese necessitando de ajustes esses foram realizados. Caso o paciente se negasse a realizar o tratamento protético eram fornecidas orientações de higiene bucal. Também foi realizado o tratamento dos pacientes que possuíam dentes. Passados 45 dias do fim do tratamento, os pacientes foram reavaliados, receberam instruções de higiene bucal e responderam os questionários novamente, sendo que as questões foram direcionadas para a percepção do paciente após o tratamento. Os questionários foram aplicados por pesquisadores treinados para esse fim e que desconheciam a análise e interpretação dos mesmos.

Medição da qualidade de vida e da autoestima

Utilizou-se a versão brasileira validada do Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Questionnaire (SF-36) para medir o nível de qualidade de vida.²⁵ Em resumo, o SF-36 é um questionário multidimensional, formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes. O questionário apresenta um score final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado de percepção de saúde e 100 ao melhor estado de percepção de saúde. Esse questionário apresenta a capacidade de avaliar não só aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade) como também aspectos positivos (bem-estar), sendo subdividido em oito sub-escalas de qualidade de vida: capacidade funcional, aspecto físico, dor corporal, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental e a avaliação comparativa entre a percepção do paciente de seu estado geral de saúde atual e o de um ano atrás. O desempenho da capacidade funcional relaciona escores dos pacientes às atividades diárias. Os aspectos físicos registram o impacto da saúde física sobre a vida. A dor corporal avalia o nível de dor e seu impacto sobre as atividades diárias normais.

O estado geral de saúde avalia a percepção subjetiva sobre o estado de saúde atual e futura e resistência à doença. Escores de vitalidade medem a sensação dos pacientes sobre a sua energia, vitalidade e momentos de fadiga. O aspecto social apresenta o impacto da saúde sobre as atividades sociais rotineiras e o aspecto emocional mede as influências do estado emocional em atividades diárias. A saúde mental pontua humor e bem-estar, incluindo depressão e ansiedade.

O questionário OHIP (Oral Health Impact Profile)²⁶ foi a medida específica utilizada para verificar a percepção dos pacientes sobre o impacto social das doenças bucais no seu bem-estar. Usou-se a versão do OHIP-14 validada por Almeida *et al.* (2004),²⁶ que foi desenvolvida como uma versão reduzida da OHIP para contextos onde o questionário completo é inadequado. O questionário mensura o impacto social da saúde oral com 14 itens em sete sub-escalas hierárquicas: limitação funcional (itens 1 e 2), dor física (itens 3 e 4), desconforto psicológico (itens 5 e 6), incapacidade física (itens 7 e 8), incapacidade psicológica (itens 9 e 10), incapacidade social (itens 11 e 12) e deficiência (itens 13 e 14).^{27,28}

A avaliação do nível de autoestima foi mensurada pela Escala de Autoestima de Rosenberg,²⁹ um instrumento unidimensional capaz de classificar o nível de autoestima em baixo, médio e alto. A escala original foi desenvolvida para adolescentes e possui dez sentenças fechadas, sendo seis delas referentes a uma visão positiva de si mesmo e quatro referentes a uma visão autodepreciativa. Com relação à pontuação, quanto maior o score obtido maior o nível de autoestima do indivíduo.²⁹ Todos os questionários foram aplicados e reaplicados após 45 dias do fim do tratamento, por um pesquisador previamente treinado através de simulações de aplicação e que desconhecia a interpretação dos mesmos. Durante a reaplicação do questionário, os pacientes eram orientados a relatarem sua percepção após o tratamento.

Análise estatística

As análises estatísticas foram efetuadas com o pacote estatístico SPSS® para Windows® (Statistical Package for the Social Sciences Inc., IBM) na versão 24.0. Inicialmente, as variáveis foram analisadas por métodos estatísticos descritivos que forneceram frequências relativa e absoluta, médias e desvios padrão. A normalidade dos dados e a homogeneidade da variância foram verificadas pelos testes de Kolmogorov-Smirnov e Levene respectivamente. Foram realizados os testes de Wilcoxon para comparação intergrupo e Mann-Whitney para análise intergrupo. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Tabela 1. Dados clínicos e demográficos dos pacientes, de acordo com tratamento protético.

Variável	G1 (tratamento protético) n (%)	G2 (sem tratamento protético) n (%)
Gênero		
Masculino	03 (42,86)	11 (57,89)
Feminino	04 (57,14)	08 (42,11)
Cor		
Feoderma	03 (42,86)	08 (42,11)
Melanoderma	02 (28,57)	06 (31,58)
Leucoderma	02 (28,57)	05 (26,32)
Tempo em hemodiálise		
1 mês a 1 ano	01 (14,29)	03 (15,79)
1 ano a 3 anos	02 (28,57)	07 (36,84)
Mais de 3 anos	04 (57,14)	09 (47,37)
Renda (família)		
1 a 2 salários mínimos	05 (71,43)	15 (78,95)
3 a 4 salários mínimos	01 (14,29)	03 (15,79)
Mais de 5 salários	01 (14,29)	01 (05,26)
Anos de estudo		
Analfabeto	00 (00,00)	02 (10,53)
1 a 4 anos	03 (42,86)	10 (52,63)
5 a 8 anos	02 (28,57)	05 (26,32)
9 a 12 anos	01 (14,29)	01 (05,26)
Mais de 12 anos	01 (19,29)	01 (05,26)
Uso de prótese		
Sem prótese	01 (14,29)	05 (26,32)
Prótese parcial removível	02 (28,57)	02 (10,53)
Prótese total	04 (57,14)	12 (63,16)

RESULTADOS

Dentre 108 pacientes que estavam realizando hemodiálise na instituição, 29 possuíam idade superior ou igual a 60 anos. Desses, 26 foram incluídos e 3 não atenderam aos outros critérios de inclusão ou se negaram a participar. Dos incluídos, 10 pacientes possuíam dentes e 16 não apresentavam nenhum dente. O G1 contou com 07 participantes (03 pacientes dentados e 04 edêntulos) que receberam tratamento. O G2 com 19 participantes (07 pacientes dentados e 12 edêntulos) que não receberam tratamento.

Os 26 participantes concluíram a avaliação após 45 dias, dessa forma não houve nenhuma perda no decorrer do estudo. A idade da população em estudo variou de 60 a 83 anos, com média de 69,08 anos ($\pm 05,90$), o índice CPO-D médio foi de 29,65 ($\pm 01,35$). Os dados demográficos e clínicos foram comparados entre os grupos submetidos ou não ao tratamento na Tabela 1.

Considerando qualidade de vida, antes e depois do tratamento nos grupos que sofreram ou não intervenção, quando comparados entre si, houve significância estatística na dimensão aspecto emocional para ambos os grupos no questionário SF-36. A análise da qualidade de vida relacionada a saúde bucal através do OHIP-14, mostrou significância na dimensão incapacidade física no grupo que sofreu intervenção. Já o grupo que não realizou tratamento protético não apresentou significância estatística para nenhuma variável para esse instrumento. A autoestima, avaliada pela escala de Rosenberg apresentou melhora estatisticamente significativa nos indivíduos que realizaram o procedimento protético com o fim do tratamento. Ao realizar as análises entre os dois grupos não observou-se nenhuma associação estatística (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Conviver com uma doença crônica afeta negativamente a educação, o trabalho, os cuidadores e a vida cotidiana.^{30,31} O presente estudo investigou a qualidade de vida em pacientes idosos, observando-se que a maioria das dimensões dos instrumentos utilizados não foram afetadas. Esse resultado é similar ao encontrado em outro estudo que mostrou que a qualidade de vida não é afetada pela idade³² sendo que os mais jovens experimentam uma pior qualidade de vida com o tratamento dialítico.³³ A idade avançada pode estar associada à deterioração da atividade física, proporcionando menores pontuações totais de SF-36 em pacientes em diálise. Em contraste, outro estudo relatou que os pacientes mais velhos estavam mais satisfeitos com sua vida em diálise e aceitaram suas limitações melhor do que os pacientes mais jovens.³⁴

As doenças crônicas são consideradas importantes fatores contribuintes para os resultados clínicos e na qualidade de vida.³⁵

Tabela 2. Qualidade de vida no baseline, na fase não tratada e na fase tratada.

	Variável	G1 (tratamento protético)		G2 (sem tratamento protético)		G1 x G2 p**
		Média (DP)	p*	Média (DP)	p*	
Autoestima	Autoestima Rosenberg Antes	20,64 (2,42)	0,012	18,93 (3,26)	0,160	0,111
	Autoestim. Rosenberg Depois	23,00 (3,57)		19,27 (3,57)		0,273
OHIP-14	Limitação funcional antes	2,90 (1,22)	0,429	3,73 (2,49)	0,527	0,887
	Limitação funcional depois	2,63 (1,12)		4,00 (2,72)		0,182
	Dor física antes	3,72 (1,84)	0,437	3,80 (2,21)	0,682	0,914
	Dor física depois	3,00 (1,48)		4,06 (1,75)		0,073
	Desconforto psicológico antes	3,36 (2,15)	0,891	4,20 (2,75)	0,061	0,403
	Desconforto psicol. depois	3,00 (1,61)		3,20 (1,69)		0,812
	Incapacidade física antes	3,72 (2,00)	0,028	3,06 (1,57)	0,732	0,376
	Incapacidade física depois	2,27 (0,64)		2,93 (1,66)		0,227
	Incapacidade psicológica antes	3,18 (1,60)	0,334	4,00 (2,75)	0,092	0,707
	Incapacidade psicol. depois	3,45 (1,75)		2,93 (1,66)		0,434
	Incapacidade social antes	2,54 (1,29)	0,180	3,53 (2,89)	0,248	0,505
	Incapacidade social depois	2,81 (1,32)		2,33 (1,29)		0,090
	Desvantagem social antes	3,18 (2,13)	0,269	3,13 (2,44)	0,609	0,849
	Desvantagem social depois	2,63 (1,12)		2,60 (1,24)		0,947
Total antes	22,63 (8,58)	0,194	25,46 (15,56)	0,623	0,676	
Total depois	19,81 (7,16)		22,06 (9,01)		0,189	
SF-36	Capacidade funtional antes	58,19 (38,15)	0,905	53,33 (27,88)	0,141	0,548
	Capacidade funcional depois	59,09 (26,72)		62,33 (24,04)		0,775
	Aspecto físico antes	43,18 (46,22)	0,395	31,66 (37,16)	0,526	0,582
	Aspect físico depois	34,09 (40,73)		40,00 (43,09)		0,723
	Dor antes	58,18 (36,76)	0,889	77,33 (28,44)	0,726	0,149
	Dor depois	60,37 (32,47)		78,33 (19,79)		0,136
	Estado geral de saúde antes	47,27 (21,37)	0,779	49,00 (17,44)	0,531	0,834
	Estado geral de saúde depois	49,54 (15,88)		52,00 (18,78)		0,753
	Estado emocional antes	73,81 (20,96)	0,236	78,93 (19,09)	0,182	0,418
	Estado emocional depois	61,33 (40,01)		65,24 (36,47)		0,792
	Aspecto emocional antes	60,60 (44,26)	0,046	51,13 (39,58)	0,012	0,591
	Aspecto emocional depois	85,22 (30,00)		83,33 (22,87)		0,635
	Aspecto social antes	73,86 (34,66)	0,726	69,16 (28,68)	0,091	0,456
	Aspecto social depois	72,27 (26,11)		81,83 (16,83)		0,356
Fadiga antes	64,54 (12,13)	0,349	66,66 (23,57)	0,779	0,417	
Fadiga depois	70,61 (22,84)		68,20 (24,06)		0,896	

*Teste de Wilcoxon (p<0,05). **Teste de Mann-Whitney (p<0,05).

A insuficiência renal afeta negativamente o bem-estar físico, psicossocial e econômico dos pacientes.³⁶ Esse fato pode estar relacionado com associação positiva na dimensão aspectos emocionais, o acesso ao tratamento/avaliação pode ter impactado na percepção psicossocial de sua saúde bucal dos dois grupos estudados. Assim como a melhora da incapacidade física foi observada no questionário OHIP-14 nos pacientes que sofreram intervenção. Podendo esse fato estar relacionado com a experiência psicológica mais importante relacionado a qualquer agravo bucal: a dor e desconforto.³⁷ Atchison & Gift (1997)³⁸ descobriram que indivíduos edêntulos podem reportar melhor autopercepção na saúde oral do que indivíduos com dentes, porque o fim dos problemas bucais pode representar uma melhora na saúde entre indivíduos que adotaram próteses completas após repetidos tratamentos dentários.

O CPOD médio dos pacientes foi de 29,65, sendo a falta de dentes o componente mais comum. Em um estudo realizado por Cunha *et al.* (2007),³⁹ o CPOD médio foi de 26,0, também sendo a falta de dentes o pior agravo. Essas descobertas são semelhantes aos resultados da pesquisa de saúde bucal realizada no Brasil em 2002-2003;⁴⁰ que mostrou CPOD de 27,79 para indivíduos com idade entre 65 a 74 anos. No presente estudo a maioria dos participantes utilizavam algum tipo de prótese, sendo esse dado divergente no estudo citado anteriormente.

O bem-estar psicossocial e o impacto da doença renal pode interferir na autoestima com o passar da idade.⁴¹ O ajuste, retenção, a estabilidade, o conforto e a estética de uma prótese dentária têm um impacto na qualidade de vida.^{42,43}

Esse fato pode estar relacionado com a associação positiva do tratamento protético com a autoestima dos pacientes. A reabilitação protética pode ter proporcionado maior segurança e bem-estar levando ao aumento da autoestima do grupo que realizou a reabilitação protética, embora as perdas de autoestima são comuns entre os pacientes com doença renal de todas as idades.⁴⁴ Assim, a melhor maneira de ajudar esses pacientes seria avaliar regularmente suas doenças psiquiátricas e sua necessidade de tratamento e, se necessário, encaminhá-los para uma avaliação psiquiátrica adicional.⁴⁵

O estudo apresentou algumas limitações como, baixa amostragem, falta de grupo controle, cegamento, entre outros. Tais problemas se justificam por se tratar de um grupo específico de um único centro de tratamento. Embora o estudo apresente algumas limitações os resultados apresentados podem ser úteis na elaboração de medidas preventivas melhorando a qualidade de vida e autoestima, guiar estudos multicêntricos com maior rigor metodológico e maior amostra ou serem úteis para elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para esses indivíduos.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos observa-se que o tratamento protético odontológico gerou melhoria na qualidade de vida e impactou na autoestima de pacientes idosos submetidos à hemodiálise.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses relacionado a este estudo.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não foi financiado.

REREFERENCES

- Burton, HJ, Kline, SA, Lindsay, RM, & Heidenheim, AP. The relationship of depression to survival in chronic renal failure. *Psychosomatic Medicine* 1986;48:261-269.
- Drüeke TB, Eckardt KU. Role of secondary hyperparathyroidism in erythropoietin resistance of chronic renal failure patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:28-31.
- London GM, Pannier B, Guerin AP, Blacher J, Marchais SJ, Darne B, et al. Alterations of left ventricular hypertrophy in and survival of patients receiving hemodialysis: Follow-up of an interventional study. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:2759-67.
- Welch JL, Austin JK. Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *J Adv Nurs* 2001;33:200-7.
- Nikias M. Oral disease and quality of life. *Am J Public Health* 1985;75(1):11-12.
- Epstein SR, Mandel I, Scopp IW. Salivary composition and calculus formation in patients undergoing hemodialysis. *J Periodontol.* 1980;51(6):336-338.
- Farrington K, Greenwood R, Ahmad S. Hemodialysis: mechanisms, outcome, and adequacy. In: Johnson RJ, Feehally J, eds. *Comprehensive Clinical Nephrology*. 2nd ed. New York: Mosby; 2003:975-990.
- Hebling E, Pereira AC. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. *Gerodontology* 2007;Sep;24(3):151-161.
- Jager KJ, van Dijk PC, Dekker FW, Stengel B, Simpson K, Briggs JD. The epidemic of aging in renal replacement therapy: an update on elderly patients and their outcomes. *Clin. Nephrol.* 2003;60(5):352-60.
- Hansberry MR, Whittier WL, Krause MW. The elderly patient with chronic kidney disease. *Adv. Chronic Kidney Dis* 2005;12(1):71-7.
- United States Renal Data System. *United States Renal Data System, 2014 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States*. 2014; National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, Bethesda, MD, 2014.
- Cleary J, Drennan J. Quality of life of patients on hemodialysis for end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2005;51:577-86.
- Chen ML, Ku NP. Factors associated with quality of life among patients on hemodialysis. *Nurs Res* 1998;6:393-403.
- Dye BA, Tan S, Smith V, Lewis BG, Barker LK, Thornton-Evans G, et al. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Vital Health Stat* 11 2007;(248):1-92.
- Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31 Suppl 1:3-23.
- Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Jones JA, Kressin NR, Kazis LE, et al. Oral conditions and quality of life. *J Ambul Care Manage* 2006;29(2):167-181.
- Naito M, Yuasa H, Nomura Y, Nakayama T, Hamajima N, Hanada N. Oral health status and health-related quality of life: a systematic review. *J Oral Sci* 2006;48(1):1-7.
- Sheiham A, Nicolau B. Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. *Periodontol* 2000 2005;39(1):118-131.
- Needleman I, McGrath C, Floyd P, Biddle A. Impact of oral health on the life quality of periodontal patients. *J Clin Periodontol* 2004;31(6):454-457.
- Kressin N, Spiro A 3rd, Bosse R, Garcia R, Kazis L. Assessing oral health-related quality of life: findings from the normative aging study. *Med Care* 1996;34(5):416-427.
- Locker D, Matear D, Stephens M, Lawrence H, Payne B. Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(5):373-381.
- Locker D, Matear D, Stephens M, Jokovic A. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. *Community Dent Health* 2002;19(2):90-97.
- Mumcu G, Inanc N, Ergun T, et al. Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behcet's disease (published corrections appears in *Oral Dis* 2006;12[3]:356). *Oral Dis* 2006;12(2):145-151.
- Cicconelli, RM, Ferraz, MB, Santos, W, et al. Brazilian-Portuguese version of the SF-36: A reliable and valid quality of life outcome measure. *Revista Brasileira de Reumatologia* 1999;39:143-150.

26. Almeida A, Loureiro CA, Araújo VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) na Forma Simplificada. Parte I: Adaptação cultural e linguística. *UFES Rev Odontol* 2004;6:06-15.
27. Niechzial M, Hampel E, Grobe T, et al. Determinants of the quality of life in chronic renal failure. *Soz Praventivmed* 1997;42:162-174.
28. Pagels AA, Soderkvist BK, Medin C, et al. Health-related quality of life in different stages of chronic kidney disease and at initiation of dialysis treatment. *Health Qual Life Outcomes* 2012;10:71.
29. Peterson SJ, Bredow TS. *Middle Range Theories: Application to Nursing Research*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2009.
30. Belasco A, Barbosa D, Bettencourt AR, Diccini S, Sesso R. Quality of life of family caregivers of elderly patients on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2006;48:955-63.
31. Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijenbrok-Kal MH, Hunink MG. Quality of life assessed with the medical outcomes study short form 36 Item health survey of patients on renal replacement therapy: A systematic review and meta analysis. *Value Health* 2007;10:390-7.
32. Ayoub AM, Hijazi KH. Quality of life in dialysis patients from the United Arab Emirates. *J Fam Community Med* 2013;20:106-12.
33. Bohlke M, Nunes DL, Marini SS, Kitamura C, Andrade M, Von Gysel MP. Predictors of quality of life among patients on dialysis in southern Brazil. *Sao Paulo Med J* 2008;126:252-6.
34. Valderrábano F. Erythropoietin in chronic renal failure. *Kidney Int* 1996;50:1373-91.
35. Kalantar Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association among SF36 quality of life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001;12:2797-806.
36. Welch JL, Austin JK. Stressors, coping and depression in haemodialysis patients. *J Adv Nurs* 2001;33:200-7.
37. Cunha-Cruz J, Hujuel PP, Kressin NR. Oral health-related quality of life of periodontal patients. *J Periodont Res* 2007;42(2):169-176.
38. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997;11:272-80.
39. Cunha FL, Tagliaferro EP, Pereira AC, Meneghim MC, Hebling E. Oral health of a Brazilian population on renal dialysis. *Special Care in Dentistry* 2007;27(6):227-231.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília, Ministério da Saúde. 2004.
41. Devins GM, Beanlands H, Mandin H, Paul LC. Psychosocial impact of illness intrusiveness moderated by self-concept and age in end-stage renal disease. *Health Psychology* 1997;16(6):529.
42. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990;54:680-687.
43. Demers M, Brodeur JM, Simard P et al. Problems associated with edentulism among the elderly. *J Can Dent Assoc* 1986;52:1019-1022.
44. Furr LA. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: A review of the literature. *Social Work in Health Care* 1998;27(3):97-118.
45. Sertoz OO, Ascı G, Toz F, Duman S, Elbi H, Ok E. Planning a social activity to improve psychological well-being and quality of life of hemodialysis patients: a pilot study. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*, 2009;13(4):366-372.