



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Centro de Ciências da Saúde

Faculdade de Odontologia

TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM
DOENÇA DE CROHN**

Rio de Janeiro

2023

Tamires Rocha de Oliveira

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM
DOENÇA DE CROHN**

Dissertação de Mestrado (Acadêmico) submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Área de concentração: Periodontia), Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia (Área de concentração: Periodontia).

Orientadoras: Anna Thereza Thomé Leão
e Sandra Regina Torres

Rio de Janeiro

2023

CIP - Catalogação na Publicação

O48a Oliveira, Tamires
 AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM
 PACIENTES COM DOENÇA DE CROHN / Tamires Oliveira.
 -- Rio de Janeiro, 2023.
 75 f.

 Orientadora: Anna Leão.
 Coorientadora: Sandra Torres Torres.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa
de Pós-Graduação em Odontologia, 2023.

 1. Doença de Crohn. 2. Saúde bucal . 3. Qualidade
de vida. I. Leão, Anna , orient. II. Torres, Sandra
Torres, coorient. III. Título.

Tamires Rocha de Oliveira

**AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES COM
DOENÇA DE CROHN**

Dissertação de Mestrado (Acadêmico) submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia (Área de concentração: Periodontia), Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Odontologia (Área de concentração: Periodontia).

Aprovada em _____

Profa. Dra. Anna Thereza Thomé Leão - Faculdade de Odontologia - Universidade
Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Sandra Regina Torres - Faculdade de Odontologia - Universidade
Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Carmelo Sansone - Faculdade de Odontologia - Universidade
Federal do Rio de Janeiro

Dr. Nilo Guliberto Martins Chavarry - Faculdade de Odontologia - Universidade
Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Michelle Agostini. - Faculdade de Odontologia - Universidade
Federal do Rio de Janeiro

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra à Marcos Henrique Melo de Oliveira e Andréia Barbosa da Rocha de Oliveira, meus pais. E à Manoel Nogueira da Rocha, meu avô. Que deu grande contribuição em minha formação.

AGRADECIMENTOS

Querido Deus,

Quero começar expressando minha profunda gratidão por todo amor e cuidado que tens demonstrado em minha vida. Sua presença constante e inabalável fé em mim foram fundamentais para que eu alcançasse este momento tão especial.

Não posso deixar de mencionar minha família, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando e incentivando em cada passo do caminho. Dando suporte, palavras de incentivo como as da minha mãe “agora falta pouco, vai” e do meu pai com seus jargões de quartel como “bora que falta menos do que faltava”, ou “reclama não porque nunca vi um selvagem ter pena de si mesmo”, ou ainda, recitando Rocky Balboa para me motivar. Seus estímulos e amor incondicional foram a base que sustentaram minha caminhada até aqui. Agradeço a parceria do meu irmão, e as minhas avozinhas que nos deixaram em 2021 e contribuíram, assim como meu avô, para o meu desenvolvimento acadêmico e profissional. Agradeço também ao meu melhor amigo e namorado Gui, que me deu todo apoio emocional, ouviu meus desabafos, deu conselhos e incentivo nessa reta final, e descobriu e me ensinou técnicas de formatação que eu estava tendo dificuldades. Amo a todos e sou muito agradecida a cada um de maneira singular!

Também quero expressar gratidão à instituição de ensino em que estudei. Foram anos de aprendizado, crescimento pessoal e profissional. Sou grata pelo ensino de qualidade, pelos recursos e oportunidades oferecidos e pela dedicação de todos os envolvidos no meu processo educacional.

Por fim, gostaria de agradecer minhas orientadoras de pesquisa. Seus conhecimentos, orientações, e paciência foram essenciais para que eu pudesse completar meu trabalho de conclusão de curso com excelência. Agradeço por compartilharem sua experiência e habilidades, por me apoiarem em momentos de dúvida e por sempre me encorajarem a ir além.

Sou grato por cada pessoa e cada momento que tornaram possível a minha formação. Espero ser capaz de retribuir todo o amor e generosidade que recebi ao longo dessa jornada.

Com gratidão, Tamires.

*Assim brilhe a luz de vocês
diante dos homens, para que vejam
as suas boas obras e glorifiquem ao
Pai de vocês, que está nos céus.”*

(Mateus 5:16)

RESUMO

OLIVEIRA, Tamires. Avaliação da percepção de saúde bucal em pacientes com Doença de Crohn. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação Mestrado Acadêmico – Área de concentração: Periodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A doença de Crohn pertence ao grupo das doenças inflamatórias intestinais (DII), que são condições patológicas que afetam o trato gastrointestinal. As manifestações orais da DC podem ser causadas pela própria doença, pela terapia farmacológica ou por deficiências nutricionais associadas à doença. A saúde bucal pode afetar as pessoas física e psicologicamente e pode influenciar diversos aspectos da vida cotidiana, como a forma de falar, mastigar, socializar, além da escolha de alimentos e do bem-estar como um todo. Assim sendo, a influência das condições bucais sobre os fatores da qualidade de vida relacionados à saúde dos pacientes deve ser avaliada. O *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) é um instrumento em forma de questionário, que foi previamente validado para o Brasil e utilizado em diferentes faixas-etárias, e revela o impacto da saúde bucal no cotidiano das pessoas. O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção do impacto da saúde bucal na vida diária dos indivíduos com DC. Os participantes incluídos no estudo foram aqueles com DC em acompanhamento ambulatorial, durante o período do estudo. A amostra do controle foi formada por pacientes do ambulatório de ortopedia do mesmo hospital, balanceados por gênero e idade, respectivamente. Foram coletados dados sociodemográficos, e foi aplicado o questionário OHIP-14, para avaliar o impacto da saúde bucal na vida diária dos participantes da pesquisa. Os dados coletados foram analisados para verificar se houve diferenças no impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre indivíduos com DC e controles. Foram realizados testes estatísticos apropriados, comparando os grupos. Não houve diferenças entre grupos, em relação às características sociodemográficas, sendo composto principalmente por mulheres, pessoas não brancas, com nível de instrução até ensino médio completo, recebendo até 3 salários-mínimos. A maioria nunca fumou e não faz ingestão de álcool. De acordo com as respostas do questionário, houve impacto negativo da saúde bucal na vida diária dos participantes dos dois grupos. As dimensões de desconforto psicológico e dor física foram negativamente mais afetadas e a limitação social, incapacidade social e desvantagem social, as dimensões menos afetadas, não havendo diferenças estatísticas entre os grupos, em nenhuma das dimensões do OHIP-14, nem na pontuação total. Foi encontrado ao menos um impacto negativo da condição de saúde bucal em 83% dos indivíduos do grupo controle e 94% do grupo DC, sem diferença significativa entre os grupos. Foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação ao sangramento gengival ($p=0,033$) no qual 23 (43,4%) pacientes com DC relataram ter sangramento gengival e entre os controles apenas 6 (19,4%) tinham a mesma queixa. Todos os pacientes que perceberam o sangramento gengival relataram 1 ou mais impactos negativos no questionário ($p=0,046$). A saúde bucal do grupo DC é impactada negativamente sob ótica do OHIP-14, principalmente nos domínios dor física e desconforto psicológico, com os quais têm associação às perdas dentárias, presença de machucados na boca e de sangramento gengival, detectados pelo questionário

de autoavaliação. A maior frequência de sangramento gengival percebido no grupo DC sugere uma condição periodontal pior em comparação ao controle, que deve ser verificada e confirmada em estudos clínicos de associação.

Palavras chave: doença de Crohn; saúde bucal; qualidade de vida; mucosa bucal, OHIP-14.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Tamires. Assessment of self-perceived oral health among patients with Crohn's disease. Rio de Janeiro, 2023. Dissertação Mestrado Acadêmico – Área de concentração: Periodontia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Crohn's disease (CD) is a type of inflammatory bowel disease. The oral manifestations of CD may be related to the disease itself, to the pharmacological therapy or to nutritional deficiencies. Oral health may affect various aspects of everyday life, such as the speech, chewing, socialization, and well-being. Thus, the influence of oral conditions on the quality of life related to health should be evaluated. The Oral Health Impact Profile (OHIP-14) has been previously validated for Brazilian Portuguese, and has been applied in different age groups. The aim of this study was to evaluate the impact of oral health on the daily lives of individuals with CD. Participants included in the study were those with CD attending a specialized outpatient clinic, during the study period. The control sample consisted of patients from the orthopedics clinic of the same hospital, balanced by gender and age. Sociodemographic data were collected, and the OHIP-14 questionnaire was applied to assess the impact of oral health on the daily lives of research participants. Data were analyzed with appropriate statistical tests to verify differences between individuals with CD and controls. The sample was composed mainly of non-white women, with education level up to high school, earning until three minimum wages, and there were no differences between groups, in relation to sociodemographic characteristics. Most of the individuals never smoked or consumed alcohol. There was some negative impact on the answers to the questionnaire. Psychological discomfort and physical pain were negatively the most affected dimensions and social limitation, social incapacity and social disadvantage were the least affected dimensions, and there were no statistical differences between the groups neither in the dimensions, nor in the total of OHIP-14 score. Impact of oral health condition was found in 83% of individuals in the control group and 94% in the CD group, with no significant difference between groups. A statistically significant difference was found in relation to gingival bleeding, which was referred by 23 (43.4%) patients with CD and 6 controls (19.4%, $p=0.033$). All patients who noticed gingival bleeding reported 1 or more impacts on the questionnaire ($p=0.046$). Patients from both groups reported various negative impacts on their daily lives, with no significant differences between groups. The oral health of the CD group was negatively impacted from the perspective of the OHIP-14, mainly in the domains of physical pain and psychological discomfort, which were associated with tooth loss, presence of mouth sores and gingival bleeding, detected by the self-assessment questionnaire. The higher frequency of perceived gingival bleeding in the CD group suggests a worse periodontal condition compared to controls, which should be verified and confirmed by clinical studies.

Keywords: Crohn's disease; oral health; OHIP-14, quality of life; oral mucosa.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Valor das medianas do somatório doas respostas do OHIP-14 entre grupos.....	39
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados sociodemográficos dos 81 participantes do estudo, de acordo com o grupo	34
Tabela 2- Medianas dos dados das dimensões coletadas pelo questionário OHIP14, nos 81 pacientes do estudo, de acordo com o grupo	36
Tabela 3- Frequência dos impactos por dimensão relatados no grupo com doença de Crohn e no grupo controle.....	37
Tabela 4- Dados de saúde bucal dos pacientes do estudo.....	38
Tabela 5- Associação entre número de dentes perdidos e escore total do OHIP e suas dimensões que foram significativas do grupo DC.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

aMMP-8	Metaloproteinase de matriz ativa
DC	Doença de Crohn
DII	Doença inflamatória intestinal
DP	Doença periodontal
FO-UFRJ	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
IADC	Índice de atividade da Doença de Crohn
IHB	Índice de Harvey-Bradshaw
IL-1 β	Interleucina 1 β
IL-6	Interleucina-6
OHIP-14	Oral Health Impact Profile
RCU	Retrocolite Ulcerativa
TGF- β ₁	Fator de transformação do crescimento β ₁
TNF- α	Fator de necrose tumoral α
UC	Colite ulcerativa
5-ASA	Ácido 5- aminossalicílico

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	x
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	xii
LISTA DE TABELAS.....	xiii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	xiv
1 INTRODUÇÃO.....	16
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 Doença de Crohn.....	18
2.2 Manifestações orais da DC.....	19
2.3 Associação da doença periodontal e doença de Crohn.....	21
2.4 Associação entre cárie e doença de Crohn.....	25
2.5 Definição de saúde bucal.....	25
2.6 Oral Health Impact Profile (OHIP-14).....	27
3 OBJETIVO.....	28
4 HIPÓTESE NULA.....	29
5 METODOLOGIA.....	30
5.1 População do estudo.....	31
5.2 Tamanho amostral.....	31
5.3 Coleta De Material.....	31
5.3.1 Dados sociodemográficos.....	31
5.3.2 Dados clínicos.....	31
5.3.3 Questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14).....	32
5.3.4 Análise estatística.....	34
6 RESULTADOS.....	35
7 DISCUSSÃO.....	43
8 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
ANEXOS.....	62
APÊNDICE.....	69

1. INTRODUÇÃO

As doenças inflamatórias intestinais (DIIs) são condições patológicas que afetam o trato gastrointestinal e compreendem principalmente a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU). O mecanismo etiopatogênico da DC ainda não é claro, mas pensa-se tratar de uma condição multifatorial, envolvendo genética, ambiente, microbiota e resposta imune relacionada à microbiota (Dogan et al., 2013; Marks et al., 2010). É de extrema importância uma melhor compreensão da doença e sua influência na saúde bucal, pois assim poderiam ser realizados diagnósticos mais precoces e precisos para as manifestações orais da DC, influenciando na terapêutica e na conduta dos mesmos, minimizando os desconfortos que acometem tais pacientes.

As manifestações orais da DC podem ser causadas pela própria doença, pela terapia farmacológica ou resultado das deficiências nutricionais decorrentes da DC. As manifestações orais se dividem em específicas e não específicas e têm uma prevalência de 0.5% até 80% (Dockett et al., 2012), e incluem uma diversidade de lesões cujas áreas mais afetadas são: a gengiva, lábios, mucosa vestibular e região retromolar. As lesões presentes nos tecidos bucais incluem as lesões com aspecto pedregoso ou de paralelepípedos (nódulos granulomatosos da mucosa) (Galbraith et al., 2005; Freysdottir et al., 2007; Basu et al., 1975; Harty et al., 2005), ulceração linear profunda (Rowland et al., 2010; Harty et al., 2005), hiperplasia gengival (Freysdottir et al., 2007), fissura labial na linha média, linfadenopatia cervical persistente (Michailidou et al., 2009), úlceras aftosas (Freysdottir et al., 2007; Harty et al., 2005), queilite angular (Rowland et al., 2010; Bangsgaard et al., 2009), edema difuso dos lábios, mucosa bucal e tecidos moles faciais (Chi et al., 2010), eritema perioral (Rowland et al., 2010) e mais raramente, a pioestomatite vegetante (Chi et al., 2010).

Tem sido relatada uma maior prevalência da doença periodontal (DP) em pacientes com DC do que na população em geral, com maior perda de inserção clínica, aumento da profundidade de bolsas periodontais e perda óssea nos pacientes com DC (Johannsen et al., 2015). A microbiota subgengival de

pacientes com DII com doença periodontal não tratada foi avaliada em estudo, onde foi observado que várias espécies, como *Campylobacter gracilis* e *Treponema denticola* diferiram entre pacientes com DC ou UC e os controles, em locais inflamados independentemente do grau de destruição periodontal, e essas diferenças foram mais pronunciadas em pacientes com DC (Lira-Junior & Figueiredo, 2016).

Uma maior prevalência de cárie também tem sido observada neste grupo de pacientes quando comparados ao grupo controle. Maiores níveis de *Lactobacilli* spp. e *Streptococcus mutans* tem sido observado em pacientes com DC (Brito et al, 2008; Lauritano et al, 2019).

Tendo em vista as manifestações orais da DC, seria importante verificar a frequência com que pacientes acometidos pela DC têm dificuldades relacionadas a saúde oral. O questionário Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14), avalia o impacto da saúde oral na vida cotidiana dos pacientes. Este questionário contém 14 itens divididos em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem. Nele são abordados problemas com os dentes, mucosas e próteses (Slade, 1997). Este questionário foi adaptado e validado no Brasil, com pequenas alterações em alguns termos aparentemente subjetivos, para melhor compreensão da população. O OHIP14 é um instrumento viável para a pesquisa internacional, por ser adaptável a diferentes culturas, avaliando dificuldades que uma saúde oral prejudicada pode trazer à rotina dos pacientes (Oliveira & Nadanovsky, 2005).

A interação entre a DC e as manifestações bucais precisa ser melhor entendida. As informações obtidas no presente estudo poderão contribuir com embasamento científico sobre a percepção de saúde bucal dos pacientes acometidos pela DC.

O perfil do paciente que desenvolve manifestações orais da DC, para o diagnóstico precoce e o manejo clínico desses pacientes.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Doença de Crohn

A DC é um processo inflamatório crônico recorrente de etiologia ainda desconhecida (Teixeira, 2000), multifatorial, envolvendo fatores genéticos, imunológicos e ambientais (Frances et al., 2010). Postula-se que indivíduos geneticamente predispostos apresentam resposta imunológica exacerbada à microbiota intestinal (Esberard, B. 2012; Na Li & Rui-Hua Shi 2018). A prevalência da DC na Europa Ocidental e nos Estados Unidos da América é de aproximadamente 20 a 40 casos para 100.000 habitantes, e a incidência de 2 casos por 100.000 habitantes (LOGAN, 1998). Os dados nacionais ainda estão sendo coletados (MOREIRA et al., 2019).

A doença tem distribuição bimodal quanto à sua incidência com um maior pico entre os 13 e 35 anos de idade, (Figueiredo, 2006; Habashneh et al., 2012). Os locais mais frequentemente afetados são o intestino delgado e o grosso, podendo se associar ao envolvimento perianal (Teixeira, 2000). Manifestações extraintestinais associadas ou isoladas podem surgir antes, durante e após o início dos sintomas digestivos, como manifestações articulares, cutâneas, oculares, hepatobiliares e urinárias (Langholz, et al., 1997).

Os sintomas mais comuns da DC são: diarreia crônica (às vezes com sangramento), dor abdominal, perda de peso, anemia secundária e fístulas, com a taxa de prevalência variando de 16,7% a 40%. Adicionalmente também podem ocorrer manifestações extraintestinais, afetando os olhos, pele, articulações e mucosa oral. As lesões orais precedem, coincidem ou vem logo após o início dos sintomas intestinais (Ghandour & Issa, 1991). Contudo, a prevalência de lesões orais das DII, varia substancialmente entre os estudos (Cones, et al. 1998; Pittock et al. 2001), o que aponta para a necessidade de mais estudos sobre este tópico.

Dentre as várias classificações propostas para a DC, a de Montreal (Silverberg et al, 2015), introduzida em 2005, é a mais utilizada e tem como objetivo, uniformizar a caracterização da doença, utilizando parâmetros clínicos reprodutíveis e características epidemiológicas (Bechara et al, 2015). A

diferenciação entre doença ativa e em remissão pode ser feita com base no Índice de Harvey-Bradshaw (IHB) (Harvey & Bradshaw, 1980). Que é um índice com uma boa correlação com o Índice de Atividade da DC (IADC) (Sandborn et al, 2002).

O tratamento da DC pode ser farmacológico ou cirúrgico, sendo este último reservado apenas para complicações. Havendo ainda uma alternativa não farmacológica, que consiste na correção nutricional (Frances et al., 2010). O tratamento de DII inclui derivados do ácido 5-aminossalicílico (5-ASA), corticoesteróides, imunomoduladores, inibidores de calcineurina, terapia biológica e antibióticos. A seleção do tratamento depende do local da doença, a atividade da doença e o curso ou comportamento da doença (Van Assche et al., 2010; Dignass et al., 2012).

2.2 Manifestações orais da doença de Crohn

As manifestações orais em um paciente com DC foram descritas pela primeira vez em 1969 (Dudeney, 1969). Desde então, vários artigos foram publicados sobre as manifestações orais em pacientes com DC. A prevalência das manifestações orais neste grupo varia de 0,5% a 37%, não havendo portanto consenso sobre este dado na literatura (Bradley et al, 2004; Trost e McDonnell, 2005; Turkcapar et al, 2006; Michailidou et al, 2009; Rowland et al, 2010; Stein et al, 2010). Essa faixa pode estar relacionada a fatores como idade e etnia da população do estudo, experiência do investigador, definição de lesões relacionadas à doença e possível tratamento de pacientes no momento do estudo (Rowland et al, 2010).

Lesões orais são mais comuns em crianças do que em adultos - um estudo prospectivo de três anos mostra lesões orais em 41,7% das crianças com DC (Harty et al, 2005). As lesões orais podem preceder a atividade da doença intestinal (Tan, et al. 2017). Um estudo retrospectivo com 40 pacientes mostrou que 42% dos pacientes com idade entre 1 e 39 anos, antes de serem diagnosticados com DC, já apresentavam lesões orofaciais (Jurge et al, 2014). Durante a atividade da doença intestinal, as lesões orais podem ser mais graves,

mas aproximadamente 30% dos pacientes apresentam lesões orais, apesar da remissão da doença (Rowland et al, 2010; Lankarani et al, 2013).

A DC pode se manifestar na mucosa oral com uma diversidade de aspectos clínicos (Jurge et al, 2014). Uma avaliação de 147 pacientes mostrou que 42 pacientes (29%) apresentaram uma lesão, enquanto 12 pacientes (8%) apresentaram mais de uma lesão (Stein et al, 2010).

Edema, úlceras e lesões hiperplásicas na mucosa jugal são as manifestações orais mais frequentes (Stein et al, 2010). Essas lesões podem ser dolorosas, dificultar a higiene bucal e até levar a queixas psicológicas (Boirivant & Cossu, 2012; Lankarani et al, 2013).

As lesões orais encontradas em paciente com DC podem ser caracterizadas como específicas (com características histologicamente semelhantes às intestinais), e não específicas (que são mais comuns em pacientes acometidos pela DC do que na população geral, porém também podem ocorrer em pacientes sem DC). Nos casos de manifestações específicas, as porções mais afetadas na boca são a mucosa bucal, gengiva, lábios, áreas vestibulares e retromolar (Litsas, 2011).

Como manifestações orais específicas da DC tem-se as nodularidades da mucosa de aspecto pedregoso (Lankarani et al., 2013), o edema difuso (Jurge et al, 2014; Chi et al, 2010; Harikishan et al, 2012), a granulomatose orofacial (Ojha et al, 2007 (Girlich et al, 2002), a queilite granulomatosa (Bogrieder et al., 2003; Hakim & Chauvin, 2004; K. H. Katsanos et al., 2015), e a pioestomatite vegetante (Hegarty et al, 2004; Chi et al., 2010; Femiano et al, 2009). Como lesões não específicas, temos as ulcerações lineares (Antunes et al., 2015), ulcerações aftosas recorrentes (Laranjera et al., 2015; Lankarani et al, 2013; Daley e Armstrong, 2007), alterações de glândulas salivares (Katsanos et al., 2015; Lira-Junior R. et al., 2016) levando à xerostomia e halitose, que são outros achados não específicos da DC (Lankarani, Sivandzadeh and Hassanpour, 2013). Existem também diversas manifestações orais associadas a deficiências nutricionais (Pereira & Munerato 2015) e efeitos orais adversos da terapia farmacológica (Carter et al., 2004; Akintoye et al., 2008; Toruner et al., 2008; Naganuma et al., 2013; Spielman, 1998; Muhvic et al., 2016; Katsanos et al.,

2015; Yuan & Woo, 2014; Kalantzis et al., 2005; Troeltzsch et al., 2012; Deeming et al., 2005).

As lesões inespecíficas podem estar relacionadas a deficiências nutricionais devido à diarreia crônica, ingestão alimentar reduzida, alteração da microbiota intestinal, ressecção intestinal, má absorção ou efeitos colaterais de medicamentos (Scheper e Brand, 2002; Fatahzadeh et al, 2009).

O tratamento das lesões na cavidade oral na maior parte das vezes não é específico e passa pelo controle da doença intestinal podendo, em alguns casos, ser necessária a utilização de medicação tópica ou sistêmica para alívio da sintomatologia. Em alguns casos é necessária a realização de biópsia para eliminar outras hipóteses diagnosticas. Em casos de deficiências nutricionais, os exames laboratoriais são importantes e em outros, a história do uso de determinados medicamentos sugere o diagnóstico de efeito adverso aos mesmos. Na maioria dos casos, as manifestações orais aparecem meses ou anos após o envolvimento intestinal, contudo em determinados casos podem ser a primeira manifestação da doença. Sendo assim, o conhecimento dos sinais e sintomas orais associados às DII pode contribuir para um diagnóstico precoce desta doença (Lankarani et al., 2013).

Não foram encontrados estudos que trouxessem a real prevalência de cada achado oral das manifestações da DC, portanto esta informação permanece desconhecida.

2.3 Associação da doença periodontal e doença de Crohn

A periodontite é definida como doença inflamatória crônica multifatorial associada a um biofilme disbiótico, e caracterizada pela destruição progressiva dos tecidos de inserção dental (Tonetti, Greenwell, Kornman, 2018). A participação do sistema imune frente às agressões que os microrganismos podem causar, representa um fator importante de ser elucidado, pois diversas outras doenças inflamatórias crônicas apresentam mecanismos semelhantes de atuação a nível de mediadores inflamatórios, que podem coexistir com a doença periodontal e levar a interações entre ambas, e até mesmo à um agravamento

dos quadros (Beck, Slade, Offenbacher, 2000; Offenbacher & Jared, 1998; Lan-Chen et al, 2008; Xiong et al., 2006; Stegeman, 2005).

O desenvolvimento da DP em pacientes com doenças sistêmicas crônicas, se mostra elevado devido a fatores inflamatórios e infecciosos comuns a diversas doenças (Weidlich et al, 2008) desenvolvendo entre elas um sinergismo, onde mecanismos inflamatórios das doenças sistêmicas afetam os sítios que apresentam tendência ao desenvolvimento da DP. Estes por sua vez, através da resposta imunoinflamatória aos agentes infecciosos, passam a liberar localmente e na corrente sanguínea mais substâncias pró-inflamatórias, que podem causar agravamento das doenças sistêmicas, porém o início desta relação ainda é muito discutido (Nagasawa et al, 2010).

É reconhecido que há relação entre DP e outras doenças crônicas inflamatórias com via única ou dupla, devido ao efeito direto de invasão bacteriana e aos efeitos indiretos de respostas inflamatórias (Borngakke, 2001). O tratamento da periodontite leva à redução dos níveis de circulação das bactérias periodontais e reduz marcadores inflamatórios (D'Aiuto et al., 2004). Portanto, é uma ideia plausível que a incidência e atividade dessas doenças, possa ser reduzida com o tratamento periodontal (Borngakke, 2001).

Alguns estudos epidemiológicos foram realizados para investigar um possível aumento na prevalência de DP em pacientes com DII. Esses estudos apresentaram resultados conflitantes. Em estudos que realizaram exame periodontal de boca inteira encontraram um aumento da prevalência de DP (Brito et al., 2008; Habashneh et al., 2012), bem como maior gravidade e extensão de periodontite em pacientes com DII (Habashneh et al., 2012). Um estudo avaliou a prevalência e indicadores de risco de periodontite em pacientes com DII em comparação com controles pareados por idade e sexo, e foi detectado de forma significativa que mais pacientes com DII tiveram periodontite moderada/grave (85,6% vs. 65,6%, $p < 0,001$) e periodontite grave (36,7% vs. 25,6%, $p < 0,001$) do que controles. Indivíduos com DII apresentaram chances ~3,5 maior de ter periodontite moderada/grave ($p < 0,001$). Os indicadores de risco positivos para DII foram a gravidade da periodontite e maiores escores de sangramento, enquanto o tabagismo foi negativamente associado à RCU (Baima et al., 2022). O que desperta para a necessidade de investigação dessa relação e da

patogênese envolvida. Pode ser que esta relação esteja intimamente relacionada ao mecanismo imunoinflamatório do organismo, que é atuante em ambas as condições. Num outro estudo em que um exame periodontal parcial foi realizado em pacientes com DII, foi constatado que o estado periodontal não se mostrou significativamente distinto do grupo de controle (Grössner-Schreiber et al., 2006). Além do risco maior de DP, as DII parecem estar associadas também a maior experiência de cárie, quando comparado à pacientes sem DII (Papageorgiou et al. 2017).

Um estudo que investigou o desenvolvimento e evolução da periodontite apical em pacientes afetados pela DII, concluiu que esta relação deve ser considerada cuidadosamente (Barta, 2019). É importante tratar a doença levando em conta todos os fatores possíveis. Motivação e educação adequadas podem mudar o conhecimento e atitude do paciente em direção de alcançar uma saúde bucal satisfatória e reduzir a atividade da doença local, juntamente a várias outras doenças sistêmicas (Barta, 2019).

A resposta imunoinflamatória é a principal fator que conduz o dano ao tecido observado tanto em DII quanto em periodontite. Portanto, é razoável supor que a resposta inflamatória pode ser o principal fator que representa um risco aumentado de periodontite na população com DII. No soro, Interleucina-18 mostrou níveis significativamente mais elevados em pacientes com DC e RCU quando em comparação com controles (Figueredo et al., 2011).

Níveis aumentados de citocinas pró-inflamatórias foram encontradas em pacientes com DII, especialmente naqueles com doença ativa (Szczeklik et al., 2012; Rezaie et al., 2006) Foram encontrados níveis salivares mais elevados de IL-1 β , IL-6 e Fator de necrose tumoral - α em pacientes com DC ativa do que em pacientes com doença inativa e em controles (Szczeklik et al., 2012). Curiosamente, os pacientes com DC também apresentaram aumento de concentração de fator de transformação do crescimento β_1 (TGF- β_1), óxido nítrico e peroxidação lipídica salivar; e reduções significativas na capacidade antioxidante total, albumina e ácido úrico (Rezaie et al., 2006). Por outro lado, pacientes com RCU apresentaram maior concentração salivar de TGF- β_1 e de óxido nítrico em comparação com o grupo controle (Rezaie et al., 2007).

Um tópico importante que foi avaliado como um possível fator responsável pela susceptibilidade alterada à DP em pacientes com DII, é a microbiota oral. Na microbiota periodontal de pacientes com DII foram encontrados, predominantemente, pequenos bastonetes móveis, Gram-negativos, que eram mais consistentes com o gênero *Wolinella* spp. (Van Dyke et al, 1986). Outro estudo relatou diminuição da diversidade geral da microbiota oral em pacientes pediátricos com DC, mas não em pacientes com RCU (Dockett et al., 2012).

Foi encontrada uma diferença significativa na composição da microbiota salivar em pacientes com DII. Os autores também observaram um aumento significativo do gênero *Prevotella* spp. na microbiota salivar de pacientes com DIIs (Said et al., 2014). Em modelos de ratos com colite, as mudanças foram observadas na microbiota da língua, mucosa bucal e saliva. Além disso, a comunidade microbiana na saliva era mais sensível à mudança do que na língua e mucosa bucal (Rautava et al, 2015).

Foi analisada a microbiota subgingival de pacientes com doença periodontal não tratada e DII. Descobriu-se que várias espécies, como *C. gracilia* e *T. denticola* diferiram entre pacientes com DC, RCU e controles em locais inflamados independentemente do grau de destruição periodontal, e essas diferenças foram mais pronunciadas em pacientes com DC. Essas espécies podem ser prejudiciais para a interação micróbio-hospedeiro (Brito et al., 2013). Em uma coorte de pacientes pediátricos com DC, foi observado que *Capnocytophaga* spp., *Rothia* spp. e bactérias da subdivisão TM7 eram mais abundantes em DC em relação a controles saudáveis (Kelsen et al., 2015).

A concentração e a prevalência de bactérias patogênicas periodontais selecionadas e a concentração de metaloproteinase-8 da matriz ativa (aMMP-8) foi investigada em um grupo de pacientes com DII e compararam os resultados com um grupo de indivíduos controle saudáveis (J Schmidt et al., 2018). Os resultados deste estudo revelaram alterações na resposta imune do hospedeiro de pacientes com DII em termos de metaloproteinase de matriz ativa (aMMP-8). Na DC o aumento de aMMP-8 foi associado à gravidade da doença periodontal.

Portanto, há indícios que existe uma relação entre as DIIs e a manutenção e agravamento da DP, como demonstram algumas pesquisas. No entanto, apesar de haver indícios de interações entre os quadros, ainda não há um consenso acadêmico a respeito. Isso mostra que a temática necessita ser mais amplamente estudada.

2.4 Associação entre cárie e doença de Crohn

Estudos apontam para uma maior prevalência de cárie em pacientes com DC quando comparados àqueles que não apresentam esta enfermidade (Brito et al, 2008; Szymanska et al, 2014). Acredita-se que o aumento do risco de cárie dentária esteja associado a hábitos alimentares, mudanças nas condições salivares e microbiológicas da cavidade oral nestes pacientes, porém mais estudos são necessários para avaliar a relação causal entre DC e cárie (Szymanska et al, 2014). Esta condição oral pode levar à maior perda de dentes e episódios de dor, afetando a qualidade de vida do paciente (Rikardsson et al., 2009; Szymanska et al, 2014).

2.5 Indicadores de saúde bucal

A saúde bucal tem aspecto multidimensional, envolvendo uma série de habilidades como falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doenças. A saúde bucal está relacionada às experiências, expectativas e adaptabilidade das pessoas (Glick et al., 2016), afetando-as tanto física quanto psicologicamente e influenciando a maneira como crescem, e se socializam (Baiju et al., 2017). Além de análises clínicas objetivas, realizadas pelo profissional de odontologia, há instrumentos subjetivos, também chamados de indicadores sociodentais, que têm sido desenvolvidos para identificar as necessidades de saúde bucal autorreferidas, com o objetivo de avaliar seu impacto na qualidade de vida (Baiju et al., 2017; Slade, 1997). As doenças bucais podem interferir nas atividades diárias dos indivíduos devido a episódios de dor e sofrimento, constrangimento psicológico, como humor e irritação, e privação social (Bulgareli, 2018). Há um grande número de questionários que

relacionam os fatores sociodemográficos com as condições clínicas bucais, exemplos desses indicadores incluem o Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) (Atchison & Dolan, 1990), Dental Impact on Daily Living (DIDL) (Leão & Sheiham, 1995), Oral Impact on Daily Performance (OIDP) (Adulyanon & Sheiham, 1997), o Oral Health Impact Profile (OHIP) (Slade, 1994), no entanto o OHIP-14 é o preferido entre esses indicadores porque pode ser facilmente aplicado (Slade, 1997; Gabardo et al., 2015). Esse indicador tem sido utilizado em diversos locais e adaptações foram feitas para levar em conta as diferenças culturais entre grupos populacionais quanto à percepção de saúde (Fernandes et al., 2006; Montero-Martín et al., 2009; Gabardo et al., 2015; Gera et al, 2020; Osman et al, 2018).

2.5.1 Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Doenças e lesões que afetam a saúde oral podem causar impacto na qualidade de vida dos indivíduos. O OHIP-14 é um questionário de propriedades psicométricas, que averigua o impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas através das questões que são referentes a aspectos do cotidiano (Slade & Spencer, 1997). Este questionário tem sido aplicado em distintas culturas e diferentes países, na busca por uma eventual associação do estado bucal com fatores sociais, econômicos, demográficos e comportamentais (Walter et al., 2007; Ikebe et al., 2004; Nguyen, 2011; Gera et al, 2020; Osman et al, 2018). O questionário foi previamente validado para o Brasil em diferentes grupos (Oliveira & Nadanovsky, 2005; Silveira, 2019.).

Um estudo realizado na Polônia utilizou uma versão modificada do OHIP em pacientes com lesões bucais para avaliar a percepção de impacto da saúde bucal na vida dos mesmos (Wąsacz et al, 2019). Não é de nosso conhecimento nenhum estudo que tenha aplicado o OHIP-14 em pacientes com DC até o momento. Não se sabe se a presença de infecção bucal poderia afetar ou complicar o quadro clínico de pacientes com DC. Neste trabalho será utilizada a versão original do OHIP-14, na língua portuguesa, para avaliar o impacto da saúde bucal em pacientes com DC.

A presença de manifestações e sintomas orais na DII, juntamente com o maior risco de cárie e periodontite, devem ser levados em consideração. A cooperação entre gastroenterologistas e dentistas é crucial para alcançar o diagnóstico precoce, melhor gerenciamento das terapias e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Novos desenvolvimentos na pesquisa também podem envolver a busca de novas terapias e seu possível impacto na saúde bucal (Lauritano et al, 2019).

3. OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar a percepção do impacto da saúde bucal na vida diária dos indivíduos com DC.

4. HIPÓTESE NULA

Indivíduos com DC apresentam impactos na saúde bucal semelhantes àqueles sem DC na vida diária.

5. METODOLOGIA

5.1. População do estudo

Foi realizado um estudo transversal em que foi analisada a percepção de saúde bucal através de um questionário e comparada entre indivíduos com e sem DC.

O grupo de estudo foi formado por pacientes com DC provenientes do Ambulatório Especializado em Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Os controles foram pacientes atendidos do serviço de ortopedia do HUCFF, que foram convidados a participar do estudo enquanto estavam na sala de espera do ambulatório aguardando o atendimento rotineiro, durante o mesmo período de setembro a dezembro de 2022. Os controles foram balanceados por sexo e idade com os indivíduos com DC.

Os indivíduos com DC e controles que aceitaram participar do estudo, receberam informações por escrito a respeito do estudo, bem como do caráter voluntário da participação e assinaram o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 466/12 do CNS/MS. (Anexo 1) O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUCFF/UFRJ e foi aprovado com Número do Parecer: 5.565.585 (Anexo 6).

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de DC, provenientes do Ambulatório Especializado em Doença Inflamatória Intestinal do HUCFF, que soubessem ler e tivessem capacidade de responder o questionário.

Foram excluídos: grávidas ou lactantes; indivíduos com outras comorbidades que afetem os tecidos bucais; Pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais (retocolite ulcerativa, colite indeterminada ou não classificada); Pacientes com outras doenças autoimunes.

5.2 Tamanho amostral

A amostra contou com 81 participantes no total, e os pacientes convidados a participar foram aqueles com DC em acompanhamento no Ambulatório Especializado em DII e de Ortopedia, do HUCFF/UFRJ, durante o período do estudo. A amostra foi de conveniência e os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2022.

A amostra do grupo de estudo foi de 53 pacientes e do grupo controle foi formada por 28 pacientes do Ambulatório de Ortopedia do HUCFF, balanceados por gênero e idade.

5.3 Coleta de material

5.3.1. Dados sociodemográficos

Após o aceite para participar do estudo, foram coletados os dados demográficos e sociais, através de questionários que foram respondidos sob a supervisão da investigadora principal, com formulário específico onde constaram: dados sociodemográficos e clínicos (sendo este último item no grupo DC). Foram comparados os dados dos indivíduos com e sem DC. Dentre os indivíduos com DC foram comparadas as características demográficas de sexo, etnia, idade, idade ao diagnóstico, escolaridade, renda mensal, número de cohabitantes em domicílio, origem urbana ou rural, e história familiar.

5.3.2. Dados clínicos:

Os pacientes responderam em ficha da pesquisa sobre possuírem outras comorbidades e também sobre medicações em uso no momento em que preenchiam.

5.3.3. Questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14)

Foi aplicado o questionário OHIP-14 (Quadro 1), que contém perguntas sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Este questionário é composto por 14 itens tendo cinco opções de resposta (Anexo 3). Para cada questão há uma única resposta. As respostas fornecidas foram codificadas da seguinte forma: 0 (para nunca), 1 (raramente), 2 (as vezes), 3 (constantemente), e 4 (sempre). O escore total do questionário se dá pelo método aditivo dos códigos das respostas dos itens, podendo variar de 0 a 56), sendo que o valor mais alto identifica pior impacto da saúde bucal na vida diária. (Slade, 1997).

Este questionário é uma versão resumida e objetiva do OHIP-49 (Slade & Spencer, 1994). Cada par de perguntas está inserido em uma dimensão, totalizando então 7 dimensões abordadas por este questionário. O quadro 1 mostra as dimensões em que se classificam: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social, e desvantagem (Afonso A. et al., 2017).

Quadro 1. Questionário *Oral Health Impact Profile -14 (OHIP-14)* com 14 itens e 7 dimensões.

	Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua dentadura...
Limitação funcional	1- Você teve problemas para falar alguma palavra? 2- Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?
Dor física	3- Você sentiu dores fortes em sua boca? 4- Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento?
Desconforto psicológico	5- Você tem ficado pouco à vontade? 6- Você se sentiu estressado?
Incapacidade física	7- Sua alimentação tem sido prejudicada? 8- Você teve que parar suas refeições?
Incapacidade psicológica	9- Você tem encontrado dificuldade em relaxar? 10- Você já se sentiu um pouco envergonhado?
Incapacidade social	11- Você tem estado irritado com outras pessoas? 12- Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias?
Desvantagem social	13- Você já sentiu que a vida em geral ficou pior? 14- Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias?

Fonte: Adaptado de Afonso A. et al., 2017

Algumas perguntas sobre auto-avaliação de saúde bucal e uso de serviço odontológico, extraídas do "Questionário de Saúde Bucal da Pesquisa Nacional de Saúde" (PNS) também foram aplicadas (Stopa et al, 2019) (Anexo 4).

Em relação à pergunta sobre avaliação da saúde bucal, os grupos foram subdivididos de acordo com percepção de saúde e recategorizados para análise estatística em: muito boa, regular e ruim.

5.3.4. Análise estatística

Foi realizada uma análise descritiva da amostra, e avaliadas diferenças estatísticas entre os grupos e entre os pacientes com diferentes dados clínicos e sociodemográficos.

Para a realização da análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences 2021 (SPSS21), foram utilizados os testes de qui-quadrado, Fischer, e Mann-Whitney, de acordo com a variável. A diferença das medianas dos escores do OHIP entre os grupos também foi analisada. O escore total do OHIP foi calculado através da soma dos impactos e categorizado em 0 e 1 ou mais impactos. As 7 dimensões do OHIP também foram calculadas de acordo com a soma dos itens de cada uma e categorizadas em 0 e 1 ou mais impactos. Foi considerado impacto, quando havia uma resposta afirmativa a cada questão. Os testes Qui-quadrado, de Fischer e Mann-Whitney foram usados para comparações intergrupo. A Correlação de Spearman foi realizada entre as variáveis do número de dentes perdidos e o escore total do OHIP e das diferentes dimensões para os dois grupos. A mediana do OHIP e das dimensões foi calculada para os dois grupos considerando a variável percepção de sangramento gengival (com sangramento e sem sangramento) e machucados na boca (com machucados e sem machucados). O teste de Kolmogorov- Smirnov foi usado para avaliar a distribuição da amostra em relação à normalidade.

6. RESULTADOS

Foram coletados os dados sociodemográficos de 81 pacientes no total, sendo 53 com DC e 28 controles, que estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1- Dados sociodemográficos dos 81 participantes do estudo, de acordo com o grupo

Características	Control e N=28 (%)	Crohn N=53 (%)	p
Idade Mediana (mínima-máxima)	48,5 (20-87)	46 (19- 76)	0,17 5
Sexo			0,81 4
Feminino	21(71,0)	36 (68,5)	
Masculino	7 (29,0)	17 (31,5)	
Raça			0,95 3
Branco	13 (41,9)	23 (42,6)	
Não branco	15 (58,1)	30 (57,4)	
Nível de Instrução			0,07 7
Ensino fundamental completo	6 (24,1)	13(24,1)	
Ensino médio completo	17 (65,5)	24 (44,4)	
Ensino superior completo	3 (10,3)	17 (31,5)	

Renda N(%)			0,29 2
Até 1 salário	13 (46,1)	18 (34,0)	
Entre 1 a 3 salários	11 (39,0)	18 (33,3)	
Mais de 3 salários	4 (16,1)	17 (31,5)	
Fuma			0,98 6
Sim	2 (6,5)	3 (5,7)	
Parei	5 (19,4)	9 (18,9)	
Nunca fumei	21 (74,2)	40 (75,5)	
Usa álcool			
Sim	6 (19,4)	14 (25,9)	0,49 2
Não	22 (80,6)	39 (74,1)	

Teste estatístico – Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos da população e mostra que eles não apresentaram diferença significativa entre os grupos. A tabela 2 mostra as medianas das respostas ao questionário OHIP-14 dos dois grupos, agrupadas pelas dimensões. As dimensões de desconforto psicológico e dor física foram as mais afetadas. A limitação social, incapacidade social e desvantagem as menos afetadas. Não houve diferenças estatísticas entre os grupos, nas respostas a nenhuma das dimensões do OHIP-14, nem na pontuação total. O teste de Kolmogorov-Smirnov ($<0,05$) demonstrou que os dados não apresentaram uma distribuição normal.

Tabela 2- Medianas dos dados das dimensões coletadas pelo questionário OHIP14, nos 81 pacientes do estudo, de acordo com o grupo

Dimensão	Controle N=28	Crohn N=53	p
Limitação funcional	0 (0-7)	0 (0-8)	0,307
Dor física	2 (0-8)	2 (0-8)	0,603
Desconforto psicológico	2,5 (0-8)	2 (0-8)	0,814
Incapacidade física	0 (0-8)	1 (0-8)	0,609
Incapacidade psicológica	0,5 (0-8)	2 (0-8)	0,150
Incapacidade social	0 (0-8)	0 (0-8)	0,960
Desvantagem	0	0	0,995
OHIP total	6 (0-54)	7 (0-56)	0,257

Teste de Mann-Whitney

Quando o somatório de cada dimensão foi categorizado em: 0, para sem impactos e 1 para aqueles com pelo menos 1 impacto, não houve diferença significativa entre os grupos DC e controle para nenhuma delas. (Tabela 3) As dimensões que apresentaram maior frequência de indivíduos (50% ou mais) com pelo menos um impacto nos dois grupos foram: dor física, desconforto psicológico e incapacidade psicológica. O grupo com DC também apresentou mais pessoas com incapacidade física. O somatório total do OHIP identificou uma alta frequência de indivíduos relatando impacto da saúde bucal no seu cotidiano.

Quando o escore total do OHIP foi categorizado em: “sem impacto” (OHIP =0) e “com 1 ou mais impactos” (OHIP ≥1), 5,7% (n=3) dos pacientes com DC e 17,9% (n=5) do grupo controle não relataram impactos, sem diferença significativa entre eles.

Tabela 3- Frequência dos impactos por dimensão relatados no grupo com doença de Crohn e no grupo controle.

Dimensão	Controle N=28	Crohn N=53	P
Limitação funcional n (%)			
Sem impacto	22 (78,6)	34 (64,2)	0,181
Pelo menos1 impacto	06 (21,4)	19 (35,8)	
Dor física n (%)			
Sem impacto	6 (21,4)	7 (13,2)	0,338
Pelo menos1 impacto	22 (78,6)	46 (86,8)	
Desconforto psicológico n (%)			
Sem impacto	9 (32,1)	12 (22,6)	0,353
Pelo menos1 impacto	20 (67,9)	41 (77,4)	
Incapacidade física n (%)			
Sem impacto	17 (60,7)	25 (47,2)	0,246
Pelo menos1 impacto	11 (39,3)	28 (52,8)	
Incapacidade psicológica n (%)			
Sem impacto	14 (50,0)	15 (28,3)	0,053
Pelo menos1 impacto	14 (50,0)	38 (71,7)	
Incapacidade social n (%)			
Sem impacto	20 (71,4)	35 (66) 18 (34)	0,621
Pelo menos1 impacto	8 (28,6)		
Desvantagem social n (%)			
Sem impacto	20 (70)	38 (70,4)	0,980
Pelo menos1 impacto	8 (30)	15 (29,6)	
OHIP total n (%)			
Sem impacto	5 (17,9)	3 (5,7)	0,117
Pelo menos1 impacto	23 (82,1)	50 (94,3)	

Teste Qui-quadrado.

Foram também coletados dados de saúde bucal dos 81 pacientes, nos quais a mediana do número de dentes perdidos nos pacientes com DC foi igual a 4, com valor mínimo de 2 e máximo de 22 dentes, e nos controles a mediana também foi igual a 4 com variação de valor mínimo e máximo de 2 e 22 dentes perdidos respectivamente, sendo o valor de p igual a 0,479.

Foi percebida maior frequência de machucados na boca em pacientes com DC totalizando 9 (16,7%) contra 1 (3,2%) no grupo controle, com P igual a 0,085 (Teste Qui-quadrado). Quando comparados ao escore do OHIP, categorizado nos grupos “sem impacto” e com “pelo menos um impacto relatado”, 100% do grupo que percebeu machucado na boca apresentou algum impacto.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa em relação ao sangramento gengival ($p=0,033$) no qual 23 (43,4%) pacientes com DC relataram ter sangramento gengival e entre os controles apenas 6 (19,4%) tinham a mesma queixa. Todos os pacientes que perceberam o sangramento gengival relataram 1 ou mais impactos no OHIP (Teste de Fisher, $p=0,046$).

Em relação a autopercepção de saúde bucal, dos pacientes com DC 25 (47,2%) julgaram ser boa, 17 (32,1%) regular, e 11 (20,8%) ruim. No grupo controle 12 (40%) julgavam ser boa, 14 (46,7%) regular e 4 (13,3%) ruim.

Para avaliar a consistência interna do OHIP14 foi realizado teste de alfa Cronbach resultando em uma consistência interna muito boa, superior a 0,90.

Tabela 4- Dados de saúde bucal dos pacientes do estudo

	Controle N=28	Crohn N=53	P
Dentes perdidos mediana (min e max)	4 (2-6)	4 (2-22)	0,479
Machucado na boca N(%)	1 (3,2)	9 (16,7)	0,085
Sangramento gengival	6 (19,4)	23 (43,4)	0,033
Autopercepção de Saúde bucal N(%)			0,387
Boa	12 (40%)	25 (47,2)	
Regular	14 (46,7)	17 (32,1)	
Ruim	4 (13,3)	11 (20,8)	

Teste Mann-Whitney para dados numéricos e qui-quadrado/Fisher para dados categóricos

A figura 1 mostra um gráfico box-plot com as medianas do somatório das respostas para do OHIP-14 entre grupos, de acordo com a percepção de saúde bucal categorizada em muito boa, regular e ruim. Pode ser observado que havia valores maiores para os pacientes com percepção muito ruim da saúde bucal, em ambos os grupos, e a mediana do subgrupo que tem percepção muito ruim parece ser pior, no grupo de pacientes com doenças de Crohn, do que nos controles, embora essa diferença não tenha alcançado significância estatística para o grupo total e nem entre os subgrupos de categorização.

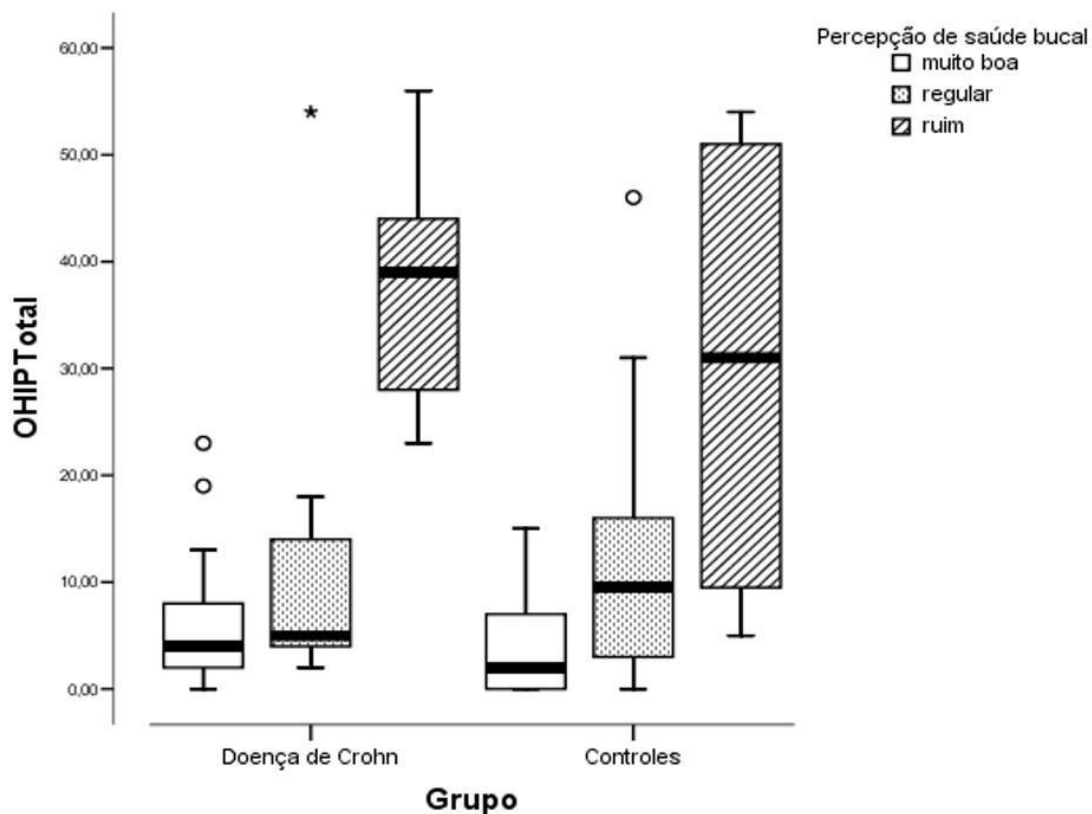


Figura 1- Somatórios das respostas do OHIP-14 entre grupos, de acordo com a percepção de saúde bucal categorizada em muito boa, regular e ruim.

Foram também realizadas análises dos dois grupos, com DC e controle, separadamente. A associação entre as variáveis: presença de machucados na boca, sangramento gengival e número de dentes perdidos e o impacto do OHIP e suas dimensões foram testadas.

As associações entre número de dentes perdidos e a mediana do escore total do OHIP e dos escores das dimensões foram calculadas para cada grupo separadamente. Houve associação significativa entre o número de dentes perdidos e o escore do OHIP total e de algumas dimensões para o grupo com DC (Tabela 5). Esta correlação demonstra que dentes perdidos impactam negativamente na vida diária dos pacientes com DC em 5 dimensões. Não houve associação entre estas variáveis no grupo controle.

Tabela 5: Associação entre número de dentes perdidos e escore total do OHIP e suas dimensões que foram significativas do grupo DC (Correlação de Spearman <0.05).

Dimensão	Rho	P
Limitação funcional	0,371	0,007
Dor física	0,311	0,026
Desconforto psicológico	0,413	0,003
Incapacidade física	0,442	0,001
Incapacidade psicológica	0,407	0,003
OHIP total	0,406	0,003

Quando avaliada a variável sangramento gengival e o escore do OHIP e suas dimensões, para cada grupo separadamente, as medianas dos impactos do questionário e de suas dimensões foram comparadas entre aqueles que relataram sangramento e os que não relataram. Houve diferença significativa entre os pacientes do grupo controle somente para a dimensão de “desconforto psicológico” entre aqueles que relataram a presença de sangramento gengival, mediana 4 (1-8) e os que não relataram, mediana 2 (0-8 (mínima(min) - máxima(max))) (Teste Mann-Whitney $p=0,033$). Enquanto, para o grupo de pacientes com DC, houve diferença significativa somente para dimensão “Incapacidade psicológica” entre aqueles que relataram presença de sangramento com mediana de 2 (0-8 (min-max)) e ausência do mesmo, mediana 1 (0-8 (min-max)) (Teste Mann-Whitney $p=0,016$).

Também foi realizada uma análise entre a variável presença de machucado na boca e as medianas dos escores do OHIP total e de suas dimensões. No grupo controle, não houve diferença entre as medianas do escore do OHIP ou de suas dimensões quando comparados pacientes que relataram a presença ou não de machucados na boca (teste Mann-Whitney). Em relação ao grupo com DC, houve diferença significativa para escore total do OHIP, com mediana 18 (4-44) para aqueles com machucado na boca e mediana 6 (0-56) para os que não apresentaram (Mann-Whitney, $p=0,039$) e para as dimensões “dor física” e “desconforto psicológico”, sendo medianas 5 (1-7(min-max)) e 4 (1-8(min-max)) para aqueles com machucado e medianas 2 (0-8(min-max)) e 2 (0-

8) (min-max) para os que não relataram a presença de machucados , respectivamente (Mann-Whitney $p=0,044$ e $p= 0,041$).

1. DISCUSSÃO

Neste estudo, foi aplicado um questionário para avaliação da percepção de saúde bucal (OHIP-14) em pacientes com DC, em comparação com controles. Foi observado que 83% do grupo controle e 94% do grupo DC relataram um ou mais impactos em sua vida diária devido a sua condição de saúde bucal, sem, no entanto, haver diferença significativa entre os grupos. As condições clínicas de saúde bucal relatadas pelos pacientes, como número de dentes perdidos, sangramento gengival e machucados na boca foram associadas a pelo menos um impacto na vida diária dos dois grupos.

As dimensões de desconforto psicológico e dor física foram as mais afetadas, em ambos os grupos. A terceira dimensão mais afetada foi incapacidade psicológica, que afetou um pouco mais o grupo com DC do que o controle, chegando próximo a uma diferença significativa. Mais da metade do grupo com DC também relatou um ou mais impactos na dimensão de incapacidade física. A dimensão da dor física, que envolve “sentir-se incomodado ao comer alimentos” e “sentir dor na boca ou no dente” tem se apresentado como uma limitação muito frequente em diferentes estudos. Estes resultados corroboram trabalhos que avaliaram população geral de adultos no Brasil e no Canadá (Alvarenga et al, 2011 e Locker e Quiñonez, 2009). Estes achados não foram comparados com outras investigações em pacientes com DC, pois não foram encontradas publicações com aplicação do OHIP-14, nem outros questionários avaliando saúde bucal em pacientes com DC.

Um estudo em pacientes com síndrome de Sjogren ao analisar cada domínio do questionário OHIP-14 observou maior impacto oral para os domínios “dor física e “desconforto psicológico”. Esses resultados podem estar relacionados às dificuldades nas atividades diárias, como comer, engolir, falar ou usar dentaduras e, provavelmente, estão associados a hipossalivação desta condição (Serrano et al., 2022). Estes resultados relacionados aos impactos relatados foram semelhantes aos encontrados na nossa investigação.

Foi observada maior prevalência de “machucados na boca” em pacientes com DC, numa porcentagem de 16,7%, em relação a 3,2% no grupo controle com valor de p sendo de 0,085, estando relativamente próximo de haver significância estatística. Esse maior número de lesões bucais em pacientes com

DC podem estar relacionadas diretamente com a doença, ou ser produto da terapia farmacológica, ou ainda de deficiências nutricionais relacionadas à DC. O tratamento sistêmico da DC é dirigido à manutenção e remissão dos sintomas e em alguns casos é suficiente para tratar as manifestações orais. O fato de não termos encontrado diferenças estatísticas entre grupos se deve, provavelmente, ao fato de que os controles também apresentavam doenças sistêmicas capazes de apresentar manifestações orais, ou ao tamanho da amostra. Além disso, os pacientes portadores de DC tratados no ambulatório de gastroenterologia no HUCFF também realizam acompanhamento nutricional no hospital, o que reduz as possibilidades de terem manifestações orais devido a deficiências nutricionais. Todos os pacientes que apresentaram machucados na boca relataram um ou mais impactos na vida diária associada à saúde bucal. O grupo com DC que relatou presença desta condição também se sentiu mais incomodado para comer alguns alimentos, sentiu dor e ficou mais estressado.

Um estudo realizado em 2013 com pacientes com DC, RCU e controles, também não encontrou diferenças estatisticamente significativas relacionadas aos dados sociodemográficos entre os grupos. Porém este estudo foi realizado em pacientes com doença periodontal diagnosticada, com exame clínico e cultura, nos quais a presença de uma microbiota bacteriana inflamatória foi significativamente maior no grupo com DC que nos pacientes com RCU (Brito et al., 2013), que é um resultado compatível com a pesquisa presente, uma vez que foi encontrado mais relatos de sangramento gengival (indicador de inflamação) no grupo com DC, também com significância estatística. No entanto, o desenho do nosso estudo difere, pois aplicamos questionários, sem exames clínicos e coleta microbiana. Os pacientes do grupo controle que relataram presença de sangramento se sentiram mais estressados, enquanto o grupo com DC nestas condições se sentiu mais irritado e com dificuldade de realizar suas atividades diárias. Estas associações demonstram que tais condições afetam, o cotidiano destes indivíduos.

Em relação ao número de dentes perdidos, não houve diferença entre os grupos. Os pacientes com DC, entretanto, apresentaram uma associação entre o maior número de dentes perdidos e o número de impactos relatados no questionário como um todo. Além de algumas limitações no dia a dia, como

dificuldade para falar, incômodo para comer alguns alimentos, se sentiram mais estressados, com a alimentação prejudicada, dificuldade para relaxar ou se sentiram envergonhados, entre outros. Um estudo em adultos mostrou que a perda dentária teve impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos no que se refere apenas à dimensão “incapacidade física” do OHIP-14 (Passos-Soares et al., 2018). A associação encontrada mostra que o impacto da perda dentária relacionado ao prejuízo na alimentação e à necessidade de interrompê-la foi 50% maior nos indivíduos com perda dentária maior do que 7 dentes, do que entre aqueles com até 7 unidades dentárias perdidas (Passos-Soares et al., 2018).

Outros estudos também mostraram haver impacto entre a quantidade de dentes perdidos e a dificuldade de realização das atividades diárias dos indivíduos, sendo que 76% dessas pessoas relataram sentir dificuldade de mastigar e de sentir o gosto dos alimentos (Silva et al., 2007; Silva et al., 2010). Demais trabalhos também ratificam prejuízo na mastigação entre indivíduos com uma maior perda dentária.

Sentir-se doente ou saudável é uma questão subjetiva mediada por fatores de natureza psicológica, social, e cultural, sem necessária relação a situação clínica dos indivíduos, o que pode explicar o fato de que mesmo havendo significância estatística em relação à presença de sangramento gengival (maior no grupo com DC que no grupo controle), os resultados do escore total OHIP-14 não foram significativamente diferentes entre os grupos.

O OHIP apresentou uma boa consistência interna e quando comparado à medida que avalia a percepção da saúde bucal dos pacientes também apresentou uma boa associação. A população também foi homogênea entre os grupos, em relação às características sociodemográficas, sendo composta principalmente por mulheres, pessoas não brancas, com nível de instrução até ensino médio completo, recebendo 1 ou mais salários-mínimos. Além disso, a maioria nunca fumou e não faz ingestão de álcool.

Os resultados deste estudo são importantes para o clínico pois indicam que os indicadores clínicos de saúde bucal trazem impactos sobre a qualidade de vida dos indivíduos, mostrando que o acompanhamento com o cirurgião dentista é imprescindível para a manutenção da saúde bucal e bem estar.

Porém este é o primeiro estudo que aplica o questionário OHIP14 em pacientes portadores de DC. Portanto, é indicado que sejam realizados mais estudos aplicando este questionário em amostras populacionais maiores, e realizando também exame clínico, para identificar possíveis discrepâncias entre os achados e a autopercepção das pessoas. Nosso estudo também teve como limitação um tamanho amostral pequeno e de conveniência, o que pode ter afetado alguns resultados. Além de ser um estudo transversal, que não acompanhou as variações de atividade da doença, tratamento, hospitalizações que podem ocorrer durante a DC e possivelmente afetar a saúde bucal e o cotidiano destes indivíduos (Van der Have et al, 2014).

Durante o estudo não houve possibilidade de realizar exame clínico nos participantes, pois o envio do projeto ocorreu durante o período da pandemia por COVID-19, no entanto seria de grande interesse apresentar dados de exame clínico bucal dos pacientes e comparar os resultados com suas respostas ao questionário para verificar a eficácia do mesmo nesta população. É recomendado que se realizem mais estudos relacionados à saúde bucal dos pacientes com DC efetuando a coleta de dados de exame clínico bucal, comparando aos resultados dos questionários respondidos pelos participantes.

2. CONCLUSÃO

A saúde bucal do grupo DC é impactada negativamente sob ótica do OHIP-14, principalmente nos domínios dor física e desconforto psicológico, com os quais têm associação às perdas dentárias, prevalência de machucados e de sangramento gengival, detectados pelo questionário de autoavaliação. A maior frequência de sangramento gengival percebido no grupo DC sugere uma condição periodontal pior em comparação ao controle, que deve ser verificada e confirmada em estudos clínicos de associação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adeyemo TA, et al. Orofacial manifestations of hematological disorders: anemia and hemostatic disorders. *Indian J Dent Res.*, v 22, p. 454-461, 2011.

Adulyanon S, Sheiham A. Oral impactos nas performances diárias. In: Slade GD, editores. *Medindo Saúde Bucal e Qualidade de Vida*. Chapel Hill: Universidade da Carolina do Norte. p.151-160, 1997.

Afonso A, et al. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação Portuguesa de OHIP-14. *Psic., Saúde & Doenças*, v 18 nº .2, 2017.

Akintoye SO, et al. Diabetes mellitus and endocrine diseases. In: Greenberg MS, Glick M, Ship JA. *Burket's oral medicine: Diagnosis & treatment* 11th ed. Hamilton: Bc Decker Inc, p. 509-53, 2008.

Al Johani KA, et al. Orofacial granulomatosis: clinical features and long-term outcome of therapy. *J Am Acad Dermatol.* v 62, p. 611-620, 2010.

Alstead EM, et al. Lichen planus and mesalazine. *J Clin Gastroenterol*; v 13, p. 335-337, 1991.

Alvarenga et al. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de pacientes maiores de 50 anos de duas instituições públicas do município de Araraquara-SP, Brasil. *Rev Odontol UNESP*, v 40, p 118-124. 2011.

Antunes, H., et al. Oral manifestations of Crohn's disease. *BMJ Case Reports*. 2015.

Armstrong TD, Jerrold E. Oral manifestations of gastrointestinal diseases. *Can J Gastroenterol. Apr.*, v 21, nº 4, p. 241–244, 2007.

Asarch A, et al. Lichen planus-like eruptions: an emerging side effect of tumor necrosis factor-alpha antagonists. *J Am Acad Dermatol*; v 61, p. 104-111, 2009.

Atarbashi-Moghadam S, et al. (2016). Pyostomatitis Vegetans: A Clue for Diagnosis of Silent Crohn's Disease. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* : 10(12), ZD12–ZD13.

Atchison KA, Dolan TA. Desenvolvimento do Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica. *J Dent Educ*, v 54, nº 11, p. 680-687, 1990.

Baiju RM, et al. Saúde Bucal e Qualidade de Vida: Conceitos Atuais. *J Clin Diag Res*, v 11, nº6, 2017.

Baima G, et al. Periodontitis prevalence and severity in inflammatory bowel disease: A case–control study. *Journal of periodontology*, 2022.

Baker, SR; Gibson, B.; Locker, D. O perfil de impacto na saúde oral está à altura? Investigando a validade de construto da escala usando modelagem de equações estruturais. *Comunidade Dent. Epidemiologia Oral.*, v 36, p 532–541, 2008.

Bangsgaard N, et al. Organised angular cheilitis as the initial sign of Crohn's disease in two children. *Acta Derm Venereol.* v 91, p. 207–8, 2011.

Basu MK, et al. Oral manifestations of Crohn's disease. *Gut.* v 16, p. 249–54, 1975.

Bechara, CS et al. Caracterização de pacientes operados por doença de Crohn pela classificação de Montreal e identificação de fatores preditores de sua recorrência cirúrgica *Rev. Col. Bras. Cir.*, v 42, nº2, 2015.

Beck J, et al. Oral disease, cardiovascular disease and systemic inflammation. *Periodontol* v 23, nº 1, p. 110–20, 2000.

Bogerieder T, et al. Orofacial granulomatosis as the initial presentation of Crohn disease in a adolescent. *Dermatology*, v 206, p. 273-8, 2003.

Borgnakke WS. Does treatment of periodontal disease influence systemic disease? *Dent Clin North Am.* v 59, p. 885–917, 2015.

Bradley PJ, et al. Crohn's disease manifesting in the head and neck. *Acta Otolaryngol*; v 124, p. 237–241, 2004.

Brito F, et al . Prevalence of periodontitis and DMFT index in patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *J Clin Periodontol* *J Clin Periodontol.* v 35, nº6, p. 555–560, 2008.

Brito F, et al. Subgingival microflora in inflammatory bowel disease patients with untreated periodontitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol*; v 25, p. 239-245, 2013.

Bulgareli JV, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saude Publica*, v 52: p. 44, 2018.

Carter MJ, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*; v 1, p. 16, 2004.

Cheifetz AS. Management of active Crohn disease. *JAMA*, v 309 nº 20, p. 2150-2158, 2013.

Chi AC, et al. Oral manifestations of systemic disease. *Am Fam Physician*. v 82, p. 1381–8, 2010.

Ciavarella D, et al. Update on gingival overgrowth by cyclosporine A in renal transplants. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*; v 12, p. 19-25, 2007.

Cosnes A, et al . Long-term evolution of oral localisation of Crohn's disease. *Gastroenterology*, v 114, p. 956, 1998.

Danese S, et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol*; v 11, p. 7227-7236, 2005.

Deeming GM, et al. Methotrexate and oral ulceration. *Br Dent J*; v 198, p. 83-85, 2005

Derossi SS, Raghavendra S. Anemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v 95: p. 131-141, 2003.

Dignass A, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 2: current management. *J Crohns Colitis*; v 6: p. 991-1030, 2012.

Dignass AU, et al. European consensus on the diagnosis and management of iron deficiency and anaemia in inflammatory bowel diseases. *J Crohns Colitis*; v 9, p. 211-222, 2015.

Docktor MJ, et al. Alterations in diversity of the oral microbiome in pediatric inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*; v 18: p. 935-942, 2012.

Dogan B, et al. Multidrug resistance is common in *Escherichia coli* associated with ileal Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* v 19, p. 141-150, 2013.

Dudeney TP. Crohn's disease of the mouth. *Proc R Soc Med*; v 62, p. 1237, 1969.

Edwards D, Boritz E, Cowen EW, Brown RS. Erythema multiforme major following treatment with infliximab. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*; v 115, p. 36-40, 2013.

El Hakim M, Chauvin P. Orofacial granulomatosis presenting as a persistent lip swelling: review of 6 new cases. *J Oral Maxillofac Surg*; v 62, p. 1114-7, 2004.

Elahi M., et al. Association of oral manifestations with ulcerative colitis. *Gastroenterol. Hepatol. Bed. Bench.*; v 5, p. 155–160, 2012.

Elahi M., et al. Association of oral manifestations with ulcerative colitis. *Gastroenterol. Hepatol. Bed. Bench.* v 5, p. 155–160, 2012.

Fatahzadeh M. Inflammatory bowel disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*; v 108, p. 1-10, 2009.

Femiano F, et al. Pyostomatitis vegetans: A review of the literature *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* v 14, nº 3, p. 114-17, 2009.

Fernandes MJ, et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal na prática odontológica geral na Escócia: validação do OHIP-14. *Community Dent Oral Epidemiol*, v 34, nº1, p. 53-62, 2006.

Figueredo CM, et al. Expression of cytokines in the gingival crevicular fluid and serum from patients with inflammatory bowel disease and untreated chronic periodontitis. *J Periodontal Res*; v 46, p. 141-146, 2011.

Frances D, et al. Problemas do intestino. In: Monahan. F., D., Sands, J., K., Neighbors, M., et al. (Ed.). *Enfermagem MédicoCirúrgica. Perspectivas de Saúde e Doenças*. 8ª edição. Loures, Lusodidacta, v 3, p. 1284-1291, 2010.

Freysdottir J, et al. Oral biopsies from patients with orofacial granulomatosis with histology resembling crohn's disease have a prominent th1 environment. *Inflamm Bowel Dis.*, v 13:p. 439–45, 2007.

Gabardo MC, et al. Variáveis sociais, econômicas e comportamentais associadas à qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adultos brasileiros. *Ciênc Saúde Colet*, v 20, nº, p. 1531-40, 2015.

Galbraith SS, et al. Asymptomatic inflammatory bowel disease presenting with mucocutaneous findings. *Pediatrics.*, v 116, p. 439–44. 2005.

Gera A, et al. Uma versão dinamarquesa do perfil de impacto na saúde bucal- 14 (OHIP - 14): tradução e adaptação transcultural. *MC Oral Health*; v 20, nº 1, p. 254, 2020.

Ghandour K, Issa M. Oral Crohn's disease with late intestinal manifestations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*, v 72, nº 5, 565–567, 1991.

Ghosh S, et al. Sulfasalazine induced lichen planus in a patient of rheumatoid arthritis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.*, v 79, p. 541-544, 2013.

Girlich C, et al. Orofacial granulomatosis as initial manifestation of Crohn's disease: a report of two cases. *Eur J Gastroenterol Hepatol.*, v 14, p. 873-876, 2002.

Glick M, et al. Uma nova definição de saúde bucal desenvolvida pela FDI World Dental Federation abre as portas para uma definição universal de saúde bucal. *J Am Dent Assoc*, v 147, nº 12, p. 915-17, 2016.

Grave B, et al. Orofacial granulomatosis—a 20-year review. *Oral Dis.*, v 15, nº 1, p. 46–51, 2009.

Greuter T., et al. Extraintestinal manifestations of pediatric inflammatory bowel disease: Prevalence, presentation and anti-TNF treatment. *J. Pediatric Gastroenterol.*; v 65, p. 200–206, 2017.

Habashneh, R.A.; Khader, Y.S.; Alhumouz, M.K.; Jadallah, K.; Ajlouni, Y. The association between inflammatory bowel disease and periodontitis among Jordanians: A case-control study. *J. Periodontal.*, v 47, p. 293–298, 2012.

Harikishan G, Reddy NR, Prasad H, Anitha S. Oral Crohn's disease without intestinal manifestations. *J Pharm Bioallied Sci.*, v 4, p. 431-434, 2012.

Hartman C, Eliakim R, Shamir R. Nutritional status and nutritional therapy in inflammatory bowel diseases. *World J Gastroenterol.*, v 15, p. 2570-2578, 2009.

Harty S, Fleming P, Rowland M, Crushell E, McDermott M, Drumm B, et al. A prospective study of the oral manifestations of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.*, v 3, p. 886–91, 2005.

Harty S., Fleming P., Rowland M., Crushell E., McDermott M., Drumm B., Bourke B. A prospective study of the oral manifestations of Crohn's disease. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, v 3, p. 886–891, 2005.

Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's-disease activity. *Lancet*, v 1, n° 8167, p. 514, 1980.

Hassell TM, Hefti AF. Drug-induced gingival overgrowth: old problem, new problem. *Crit Rev Oral Biol Med.*, v 2, p. 103-137, 1991.

Hassell TM, Hefti AF. Drug-induced gingival overgrowth: old problem, new problem. *Crit Rev Oral Biol Med.*, v 2, p. 103-137, 1991.

Hegarty AM, Barrett AW, Scully C, Pyostomatitis vegetans *Clin Exp Dermatol* v 29, p. 1-7, 2004.

Huber MA, Sankar V. Hematologic diseases. In: Glick M. Burket' s Oral Medicine. 12th ed. Shelton, Connecticut: People's Medical Publishing House, p. 463-488, 2015.

Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology.*, v 21, p.167–76, 2004.

J Schmidt, et al., Matriz ativa metaloproteinase-8 e bactérias periodontais-interligação entre periodontite e doença inflamatória intestinal? *J Periodontol.*, v 89, p. 699-707, 2018.

Jose F.A., Garnett E.A., Vittinghoff E., Ferry G.D., Winter H.S., Baldassano R.N., Kirschner B.S., Cohen S.A., Gold B.D., Abramson O., et al. Development of Extraintestinal Manifestations in Pediatric Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm. Bowel. Dis.*, v 151, p. 63–68, 2009.

Jurge S, et al. Orofacial manifestations of gastrointestinal disorders. *Br J Hosp Med (Lond).*, v 75, p. 497–501, 2014.

Kalantzis A, et al. Oral effects of low-dose methotrexate treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*, v 100, p. 52-62, 2005.

Katsanos, KH., et al., (2015). Review article: non-malignant oral manifestations in inflammatory bowel diseases. *Alimentary*.

Katz J., Shenkman A., Stavropoulos F., Melzer E. Oral signs and symptoms in relation to disease activity and site of involvement in patients with inflammatory bowel disease. *Oral Dis.*, v 9, p. 34–40, 2003.

Kaur N, Mahl TC. Pneumocystis carinii pneumonia with oral candidiasis after infliximab therapy for Crohn's disease. *Dig Dis Sci.*, v 49, p. 1458-1460, 2004.

Kelsen J, et al. Alterations of the Subgingival Microbiota in Pediatric Crohn's Disease Studied Longitudinally in Discovery and Validation Cohorts. *Inflamm Bowel Dis*; v 21, p. 2797-2805, 2015.

Lahti, S.; Suominen-Taipale, L.; Hausen, H. Impactos na saúde oral entre adultos na Finlândia: efeitos concorrentes da idade, número de dentes e próteses removíveis. *EUR. J. Oral Sci.* v 116 , p 260-266, 2008.

Lan-Chen- K, et al. Associations between periodontal diseases and systemic diseases: A review of the inter-relationships and interaction with diabetes, respiratory diseases, cardiovascular diseases and osteoporosis. *Public Health.*; v 122, nº 4, p. 417–33, 2008.

Langholz E, et al. Inflammatory bowel diseases with onset in childhood. Clinical features, morbidity, and mortality in a regional cohort. *Scand J Gastroenterol.*; v 32, p. 139-47, 1997.

Lankarani KB, Gholam Reza Sivandzadeh, Shima Hassanpour. Oral manifestation in inflammatory bowel disease: A review. *World J Gastroenterol* v 19, p. 8571-8579, 2013.

Laranjeira N., et al. Oral Mucosa Lesions And Oral Symptoms In Inflammatory Bowel Disease Patients. *Arq. Gastroenterol.*, v 52, p. 105–110, 2015.

Lauritano D, et al. Prevalence of Oral Lesions and Correlation With Intestinal Symptoms of Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Ju15.*, v 9, nº 3, p. 77, 2019.

Leão A, Sheiham A. Relação entre estado clínico odontológico e impactos subjetivos na vida diária. *J Dent Res*, v 74, nº 7, p. 1408-1413, 1995.

Lira-Junior R, Figueiredo CM. Doenças periodontais e inflamatórias intestinais: há evidências de interações patogênicas complexas? *World Journal of Gastroenterology*, v 22, nº 35, p. 7963, 2016.

Litsas G. Crohn's disease of the mouth: report of a case. *Eur J Paediatr Dent.* 2011;12:198–200.

Locker D., Quiñone C., Impactos Funcionais e Psicossociais de Distúrbios Oraís em Adultos Canadenses: Uma Pesquisa Nacional da População. *Associação J Can Dent.*, v 75, p 521. 2009.

Marks DJ, et al. Crohn's disease: An immune deficiency state. *Clin Rev Allergy Immunol* 38: 20-31. 2010

Michailidou E., et al. Oral lesions leading to the diagnosis of Crohn disease: Report on 5 patients. *Quintessence Int.*, v 40, p. 581–588, 2009.

Michailidou E., et al. Oral lesions leading to the diagnosis of Crohn disease: Report on 5 patients. *Quintessence Int.* v 40, p. 581–8, 2009.

Mocciaro F., et al. Oral lichen planus after certolizumab pegol treatment in a patient with Crohn's disease. *J Crohns Colitis.*, v 5, p. 173-174, 2011.

Montero, et al. Estrutura dimensional da qualidade de vida relacionada com a saúde oral em trabalhadores espanhóis saudáveis. *Qual. de Saúde Life Outcomes*, v 8, p 24, 2010.

Montero-Martín J, et al. Validação do Perfil de Impacto na Saúde Bucal (OHIP-14sp) para adultos na Espanha. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, v 14, nº 1, p. 44-50, 2009.

Moss AC, et al. Clinical challenges and images in GI. Oral lichenoid reaction in a patient with Crohn's disease receiving infliximab. *Gastroenterology.*, v 132, p. 488-829, 2007.

Muhvić-Urek, M., et al. Oral pathology in inflammatory bowel disease. *World Journal of Gastroenterology*, v 22, nº 25, p. 5655–5667.

Mulliken RA, Casner MJ. Oral manifestations of systemic disease. *Emerg Med Clin North Am*; v 18, p. 565-575, 2000.

Naganuma M, et al. A prospective analysis of the incidence of and risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol.*, v 48, p. 595-600, 2013.

Nagasawa T, et al. Relationship between periodontitis and diabetes - importance of a clinical study to prove the vicious cycle; *Inter Med.*, v 49, p. 881-885, 2010.

Nagpal S, et al. Periodontal disease and anemias associated with Crohn's disease. A case report. N Y State Dent J; v 78, p. 47-50, 2012.

Nguyen TC, et al. Chewing ability and dental functional status. Int J Prosthodont., v 24, nº 5, 428–36, 2011.

Nico M, et al. Pyostomatitis vegetans and its relation to inflammatory bowel disease, pyoderma gangrenosum, pyodermatitis vegetans, and pemphigus. Journal of Oral Pathology & Medicine, v 41, nº 8, p. 584- 588, 2012.

Nilsson M, Kopp S. Gingivitis and periodontitis are related to repeated high levels of circulating tumor necrosis factor-alpha in patients with rheumatoid arthritis. J Periodontol., v 79, p. 1689–1696, 2008.

Nuttall, NM. et al. Um modelo de resposta populacional empiricamente derivado da forma abreviada do Oral Health Impact Profile. *Comunidade Dent. Epidemiologia Oral*, v 34, p 18–24, 2006.

O'Valle F, et al. Gingival overgrowth induced by nifedipine and cyclosporin A. Clinical and morphometric study with image analysis. J Clin Periodontol; v 22, p. 591-597, 1995.

Offenbacher S, et al. Potential pathogenic mechanisms of periodontitis associated pregnancy complications. Ann Periodontol., v 3, nº 1, p. 233–50,1998.

Ojha J, et al. Gingival involvement in Crohn disease. J Am Dent Assoc., v 138, 1574-1581, 2007.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;. Blackwell Munksgaard, v 33, p. 307–14, 2005.

Osman SM, et al. Validação e comparação das versões árabes do GOHAI e OHIP-14 em pacientes com e sem experiência em dentadura. MC Oral Health; v 18, nº1, p. 157, 2018.

Oviedo C., et al. Frequency of oral manifestation in patients with inflammatory bowel disease in Chile. Int. J. Odontostomat., v 11, p. 267–271, 2017.

Padmavathi B., et al. Oral Crohn's disease. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology, v 18, p. 139–142.

Papageorgiou SN, et al. Inflammatory bowel disease and oral health: systematic review and a meta-analysis. *J Clin Periodontol.*, v 44, p. 382–393, 2017.

Papapanou PN, et al. Periodontitis: Consensus report of workgroup 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-Implant Diseases and Conditions. *J Clin Periodontol.*, v 45, n^o 20, p. 162-170, 2018.

Pastor-Nieto MA, et al. Methotrexate-associated lymphoproliferative disorder presenting as oral ulcers in a patient with rheumatoid arthritis. *Actas Dermosifiliogr*; v 100, p. 142-146, 2009.

Pereira, MS, Munerato, MC. Oral Manifestations of Inflammatory Bowel Diseases: Two Case Reports. *Clinical Medicine & Research*, v 14, n^o 1, p. 46–52, 2016.

Piskin S, et al. Serum iron, ferritin, folic acid, and vitamin B12 levels in recurrent aphthous stomatitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, v 16, p. 66-67, 2002.

Pittock S, et al. The oral cavity in Crohn's disease. *J PediatrJ Pediatr.*, v 138, n^o 5, p. 767–771, 2001.

Rahier JF, et al. Second European evidence-based consensus on the prevention, diagnosis and management of opportunistic infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*; v 8, p. 443-468, 2014.

Rautava J, et al. Oral microbiome composition changes in mouse models of colitis. *J Gastroenterol Hepatol.*, v 30, p. 521-527, 2015.

Rener-Sitar K, et al. Psychometric properties of Croatian and Slovenian short form of Oral Health Impact Profile questionnaires. *Croat Med J*, v 49, n^o 4, p.536-544, 2008.

Rezaie A, et al. Alterations in salivary antioxidants, nitric oxide, and transforming growth factor-beta 1 in relation to disease activity in Crohn's disease patients. *Ann N Y Acad Sci.*, v 1091, p. 110-122, 2006.

Rezaie A, et al. Study on the correlations among disease activity index and salivary transforming growth factor-beta 1 and nitric oxide in ulcerative colitis patients. *Ann N Y Acad Sci.*, v 1095, p. 305-314, 2007.

Rikardsson S., et al. Perceived oral health in patients with Crohn's disease. *Oral Health. Prev. Dent.* 2009;7:277–282

Rowland M, et al. Looking in the mouth for Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis.*, v 16, p. 332–337, 2010.

Saghafi S, et al. Pyostomatitis vegetans: Report of a rare case *Pol J Pathol* v 62, nº 2, p. 125-128, 2011.

Said HS, et al. Dysbiosis of salivary microbiota in inflammatory bowel disease and its association with oral immunological biomarkers. *DNA Res.*, v 21, p. 15-25, 2014.

Salama M, Lawrance IC. Stevens-Johnson syndrome complicating adalimumab therapy in Crohn's disease. *World J Gastroenterol.*, v 15, p. 4449-4452, 2009.

Sandborn WJ, et al. A review of activity indices and efficacy endpoints for clinical trials of medical therapy in adults with Crohn's disease. *Gastroenterology*, v 122, nº 2, p. 512-30, 2002.

Santos, CM, et al. O Oral Health Impact Profile-14: Uma escala unidimensional? *Cafajeste. Saúde Pública*, v 29, p 749–757, 2013.

Sciubba JJ, Said-Al-Naief N. Orofacial granulomatosis: presentation, pathology and management of 13 cases. *J Oral Pathol Med.*, v 32, p. 576-585, 2003.

Scully C., Hodgson T. Recurrent oral ulceration: Aphthous-like ulcers in periodic syndromes. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.*, v 106, p. 845–852, 2008.

Serrano J, et al. Utilidade da aplicação do questionário OHIP-14 para avaliar o impacto da xerostomia e hipossalivação na qualidade de vida em pacientes com síndrome de Sjögren primária, v 51, p 810-817., 2022.

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p. 841-850, 2010.

SILVA, P. V. et al. Impacto do número de dentes no desempenho de atividades diárias. *RFO, Passos Fundo*, v.12, n. 3, p.13-17, 2007.17.

SILVEIRA MF, et al. Validade e Confiabilidade do Instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP-14) em Adolescentes., v 29, nº 2921, p. 1982-4327, 2019.

Silverberg MS, et al. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol*, v 19, p. 5-36, 2005.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.*, v 11, nº 1, p. 3-11, 1994.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.*, v 25, nº 4, p. 284–290, 1997.

Slade GD. Derivação e validação de um perfil resumido de impacto na saúde bucal. *Community Dent Oral Epidemiol*, v 25, nº 4, p. 284-290, 1997.

Slade GD. *Medindo Saúde Bucal e Qualidade de Vida*. Chapel Hill: Departamento de Ecologia Dentária, Escola de Odontologia da Universidade da Carolina do Norte, 1997.

Soares, GH, et al.. Uma análise de rede psicométrica do OHIP-14 nas populações australiana e brasileira. *JDR Clínica. Trans. Res.*, v 6, p 333–342, 2021.

Souza MM, et al. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. *Revista Brasileira de Coloproctologia*, v 28, nº 3, p. 324-328, 2008.

Spielman AI. Chemosensory function and dysfunction. *Crit Rev Oral Biol Med.*, v 9, p. 267-291, 1998.

Stegeman CA. Oral manifestations of diabetes. *Home Healthc Nurse.*, v 23, nº 4, p. 233–41, 2005.

Sun A, et al. Burning mouth syndrome: a review and update. *J Oral Pathol Med*; v 42, p. 649-655, 2013.

Szczeklik K, et al. Proinflammatory cytokines in the saliva of patients with active and non-active Crohn's disease. *Pol Arch Med Wewn.*, v 122, p. 200-208, 2012.

Szymanska S., et al. Dental caries, prevalence and risk factors in patients with Crohn's disease. *PLoS One*. 2014 Mar 7;9(3):e91059.

Tajra JB, et al. Clinical and epidemiological characteristics of Crohn's disease: a cohort of midwest –Brazil. *unidade de coloproctologia – hospital de base do distrito federal – Brasília, DF, Brasil. International Journal of Inflammatory Bowel Disease*, v 4, n° 1, p. 9–48, 2018.

Tan CX, et al. Gastrointestinal diseases and their oro-dental manifestations: part 2: ulcerative colitis. *Br Dent J.*, v 222, p. 53–57, 2017.

Teixeira MG. Tratamento cirúrgico da doença de Crohn [Tese de livre-docência]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

Tilakaratne WM, et al. Orofacial granulomatosis: review on aetiology and pathogenesis. *J Oral Pathol Med.*, v 37, p. 191-195, 2008.

Tonetti MS, et al. Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol.*, v 45, n° 20, p. 149-161, 2018.

Toruner M, et al. Risk factors for opportunistic infections in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*; v 134, p. 929-936, 2008.

Triantafyllidis JK, et al. The role of enteral nutrition in patients with inflammatory bowel disease: current aspects. *Biomed Res Int.*, v 197, p. 167, 2015.

Troeltzsch M, et al. Oral mucositis in patients receiving low-dose methotrexate therapy for rheumatoid arthritis: report of 2 cases and literature review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.*, v 115, p. 28-33, 2013.

Trost LB, McDonnell JK. Important cutaneous manifestations of inflammatory bowel disease. *Postgrad Med J.*, v 81, p. 580–585, 2005.

Turkcapar N, et al. The prevalence of extraintestinal manifestations and HLA association in patients with inflammatory bowel disease. *Rheumatol Int.*, v 26, p. 663–668, 2006.

Van Assche G, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis.*, v 4, p. 7-27, 2010.

Van Dyke TE, et al. Potential role of microorganisms isolated from periodontal lesions in the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Infect Immun.*, v 53, p. 671-677, 1986.

Walter MH, et al. Oral health related quality of life and its association with sociodemographic and clinical findings in 3 northern outreach clinics. *J Can Dent Assoc.*, v 73, nº 2, p. 153, 2007.

Wąsacz K. et al. Validation of a modified Oral Health Impact Profile scale (OHIP-14) in patients with oral mucosa lesions or periodontal disease. *Med Probl.*; v 56, nº 3, p. 231-237, 2019.

Weidlich P, et al. Association between periodontal diseases and systemic diseases; *Braz Oral Res.*, v 22, nº 1, p. 32-43, 2008.

Wu YC, et al. Oral manifestations and blood profile in patients with iron deficiency anemia. *J Formos Med Assoc.*, v 113, p. 83-87, 2014.

Xin, WN; Ling, JQ Validação de uma versão chinesa do perfil de impacto na saúde bucal-14. *Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi*, v 41, p. 242–245, 2006.

Xiong X, et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. *BJOG.*, v 113, nº 2, p. 135–43, 2006.

Yuan A, Woo SB. Adverse drug events in the oral cavity. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.*, v 119, p. 35-47, 2015.

Zbar AP, et al. Oral Crohn's disease: is it a separable disease from orofacial granulomatosis? A review. *J Crohns Colitis.*, v 6, p. 135–142, 2012.

Zippi M, et al. Extraintestinal manifestations in a large series of Italian inflammatory bowel disease patients. *World. J. Gastroenterol.*, v 20, p. 17463–17467, 2014.

Zucoloto ML; Marrocos, J.; Campos, JÁ. Propriedades Psicométricas do Perfil de Impacto em Saúde Bucal e Nova Abordagem Metodológica. *J. Dente. Res.*, v 93, p 645-650, 2014.

ANEXO 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr.(a), você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa desenvolvido por Tamires Rocha de Oliveira e equipe, intitulado “Avaliação da percepção de saúde bucal em pacientes com doença de Crohn”, cujo objetivo principal será Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos com DC.

Finalidade do estudo: Esse estudo será usado para contribuir com embasamento científico sobre o perfil do paciente que desenvolve manifestações orais da DC, para medir o impacto da DC sobre a saúde oral dos pacientes, e trazer maiores esclarecimentos e conscientização a respeito desta relação.

Procedimentos: após coleta de dados sociodemográficos e do índice de atividade da Doença de Crohn, os participantes da pesquisa deverão responder um questionário sob forma de entrevista, com perguntas sobre sua saúde bucal e qualidade de vida. Este questionário é composto por 14 itens tendo cinco opções de resposta: 0 (para nunca), 1 (raramente), 2 (as vezes), 3 (constantemente), e 4 (sempre).

Qualquer problema referente à pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores, que se comprometem em trabalhar com ética, transparência e competência para que esta seja com mínimo risco.

Despesas e Compensações: A pesquisa não irá gerar despesas aos participantes, mas se houver despesas, o participante será ressarcido, ou seja, receberá o valor para compensar.

Riscos e Benefícios: O(a) paciente será informado(a) e esclarecido(a) sobre sua condição de saúde oral e dos riscos aos quais está exposto. Os riscos referentes ao estudo que será realizado estão relacionados ao vazamento de dados pessoais que serão obtidos, e devem permanecer sob sigilo protegendo suas identidades. Estes riscos serão minimizados com as devidas precauções que serão tomadas para não haver vazamento das informações e ser mantido o sigilo, portanto, somente a pesquisadora principal e suas orientadoras terão acesso a minha documentação.

Retirada do consentimento: O participante tem o direito de se recusar a responder qualquer pergunta que não o deixe confortável.

Acesso aos resultados do estudo: o participante tem o direito de saber os resultados da pesquisa. Os resultados vão ser divulgados em textos científicos e na dissertação (trabalho final do curso da pesquisadora) para que outros profissionais possam saber o que aprendemos com essa pesquisa. Qualquer alteração na sua saúde bucal e o que deve ser feito será informado a você. Os dados do estudo serão guardados por um período mínimo de 05 anos.

Sigilo e confidencialidade: Todos os dados serão guardados em pastas ou em arquivos do computador da pesquisadora, mas somente ela terá acesso a eles.

Uso do material biológico: não será coletado material biológico para este estudo.

Acesso ao pesquisador responsável: O Sr.(a) pode contatar o pesquisador responsável, Tamires Rocha de Oliveira, a qualquer momento, para tirar quaisquer dúvidas no telefone: (21)995534862, e no endereço da Faculdade de Odontologia da UFRJ, Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco 325 / 2o andar, Ilha do Fundão/ Cidade Universitária – Rio de Janeiro.

Se o Sr.(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/HUCFF/UFRJ, R. Prof. Rodolpho Paulo Rocco, n.º255 , Cidade Universitária/Ilha do Fundão , 7º andar, Ala E - pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta-feira, das 8 às 16 horas, ou por meio do e-mail: cep@hucff.ufrj.br;3. O comitê de ética em pesquisa é um colegiado interdisciplinar e independente, que possui como principal função proteger participantes humanos no desenvolvimento de pesquisas científicas.

Lembramos que a sua participação na pesquisa é totalmente voluntária e os dados colhidos durante o estudo serão inteiramente sigilosos, manuseados apenas pelo pesquisador e pelo seu orientador, podendo ser utilizados em publicações científicas.

Você receberá uma via deste termo e a outra ficará com o pesquisador responsável, e tanto você como o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas deste documento e assinar a última.

Li e aceito participar do estudo,

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Rio de Janeiro, de de 2021.

ANEXO 2 – Ficha para registro de dados coletados

Nome Completo:
Data de nascimento:
Idade:

Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
--

Raça:
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda
<input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Sem declaração

Você é fumante?
<p>a. <input type="checkbox"/> Sim - Há quanto tempo? _____ anos. Quantos cigarros por dia? _____.</p> <p>b. <input type="checkbox"/> Parei de fumar - Há quanto tempo? _____</p> <p>c. <input type="checkbox"/> Nunca fumei.</p>

Faz uso de bebida alcólica?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Caso sim, qual é a frequência do consumo?
<input type="checkbox"/> Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente
<input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Raramente

Idade ao diagnóstico da Doença de Crohn:
--

Migração: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Qual das seguintes alternativas descreveria melhor o seu nível de instrução?
<input type="checkbox"/> Sem instrução e menos de 1 ano de estudo
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto ou equivalente
<input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo ou equivalente
<input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto ou equivalente
<input type="checkbox"/> Ensino médio completo ou equivalente
<input type="checkbox"/> Ensino superior incompleto ou equivalente

- () Ensino superior completo ou equivalente
() Não determinado

Qual é sua renda familiar?:

- (a) Até 1 salário mínimo
(b) Até 3 salários mínimos
(c) De 3 a 6 salários mínimos
(d) De 6 a 10 salários mínimos
(e) Mais de 10 salários mínimos

Qual é o número de dependentes na sua família?

Manifestações orais:

Tratamentos prévios e atuais:

Medicações em uso:

Histórico familiar de Doença de Crohn:

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO SOBRE O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (Oral Health Impact Profile (OHIP-14))

Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não existe nenhuma resposta certa do que a outra. Responder aquilo que você realmente pensa.

Responder com 0 (para nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (constantemente), e 4 (sempre).

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre a situação de sua boca e seus dentes nos últimos seis meses	0 Nunca	1 Raramente	2 Às vezes	3 Frequentemente	4 Sempre
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
3. Você já sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4. Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
5. Você ficou preocupada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
6. Você se sentiu estressada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					

8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
10. Você se sentiu envergonhada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
11. Você ficou irritada com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
12. Você teve dificuldade de realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					

ANEXO 4- Ficha para registro de informações sobre saúde bucal.

Algumas perguntas sobre sua saúde bucal serão feitas a seguir:

1. Lembrando-se dos seus dentes de cima, você perdeu algum dente?	
1. Não	2. Sim, perdi __ __ Dentes
3. Sim, perdi todos os dentes de cima	4. Não sei

2. Lembrando-se dos seus dentes de baixo, você perdeu algum dente?	
1. Não	2. Sim, perdi __ __ Dentes
3. Sim, todos os dentes de baixo	4. Não sei

3. Você usa algum tipo de prótese dentária (dente artificial)?	
1. Não	
2. Sim, para substituir um dente	
3. Sim, para substituir mais de um dente	
4. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em cima	
5. Sim, prótese dentária total (dentadura/chapa) em baixo	
6. Sim, próteses dentárias totais (dentaduras/chapas) em cima e em baixo	
7. Não sei	

4. Possui implantes?	
1. Sim 2. Não 3. Não sei	

5. Você tem algum machucado na boca?	
1. Não 2. Sim 3. Não sei	

6. Você tem algum dente mole?	
1. Não 2. Sim 3. Não sei	

7. Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?	
1. Muito Boa	
2. Boa	
3. Regular	
4. Ruim	
5. Muito ruim	

8. Suas gengivas sangram?

Sim Não Não sei

9. Você já fez algum tratamento periodontal?

Sim Não Não sei

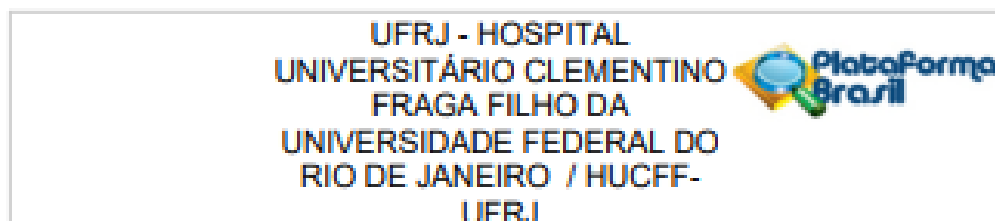
10. Quando você consultou um dentista pela última vez?

1. Há menos de 1 ano
2. Entre 1 ano e menos de 2 anos
3. Entre 2 anos e menos de 3 anos
4. 3 anos ou mais
5. Nunca consultou
6. Não sei

11. Qual o principal motivo da sua última consulta ao dentista?

01. Limpeza, revisão, manutenção ou prevenção
02. Dor de dente
03. Extração
04. Tratamento dentário
05. Problema na gengiva
06. Tratamento de ferida na boca
07. Implante dentário
08. Aparelho nos dentes (ortodôntico)
09. Colocação/manutenção de prótese ou dentadura
10. Fazer radiografia
11. Fazer o orçamento do tratamento
12. Outro (Especifique: _____)
13. Não lembro

Apêndice- Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da percepção de saúde bucal em pacientes com doença de Crohn.

Pesquisador: TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57138122.4.0000.5257

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.565.585

Apresentação do Projeto:

Protocolo número 043/22.

Trata-se de resposta às pendências apontadas no parecer número 5.463.395 de 10/06/22.

O presente projeto é de um estudo observacional, tipo caso-controle e acadêmico a ser realizado no curso de Mestrado da FACULDADE DE ODONTOLOGIA, PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA.

A doença de Crohn pertence ao grupo das doenças inflamatórias intestinais (DII), que são condições patológicas que afetam o trato gastrointestinal e compreendem principalmente a doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa. As manifestações orais da DC podem ser causadas pela própria doença, pela terapia farmacológica ou por deficiências nutricionais associadas à doença. A saúde bucal pode afetar as pessoas física e psicologicamente e pode influenciar diversos aspectos da vida cotidiana, como a forma de falar, mastigar, socializar, além da escolha de alimentos e do bem-estar como um todo. Assim, a influência das condições bucais sobre os fatores da qualidade de vida relacionados à saúde dos pacientes deve ser avaliada. O Oral Health Impact Profile (OHIP-14) é um questionário que foi previamente validado para o Brasil e utilizado

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.065.985

em diferentes faixas- etárias. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos com DC. Os participantes incluídos no estudo serão recrutados no Ambulatório Especializado em Doença Inflamatória Intestinal do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A amostra será de conveniência e os pacientes convidados a participar serão aqueles com DC em acompanhamento no ambulatorial, durante o período do estudo. A amostra do controle será formada por pacientes do ambulatório balanceados por gênero e idade numa proporção de 2:1 com controles, respectivamente. Serão coletados dados pessoais, socioculturais, e será aplicado o questionário OHIP-14, para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos participantes da pesquisa. Os dados coletados serão analisados para verificar se há diferenças no impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre indivíduos com DC e controles, e verificar se há associação entre as respostas do questionário com os dados sociodemográficos e clínicos. Desta forma, as informações obtidas poderão contribuir para o conhecimento da importância da saúde bucal nos pacientes com DC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos com DC.

Objetivo Secundário:

Verificar se há diferenças no impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre indivíduos com DC e controles.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos, segundo o autor:

Os riscos inerentes ao estudo que será realizado estão relacionados à quebra de sigilo e vazamento dos dados dos pacientes. Para garantir o sigilo das informações coletadas, apenas os investigadores do estudo terão acesso a documentação. Os dados registrados serão mantidos em armários trancados, dentro do Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral da Faculdade de Odontologia da UFRJ, onde as duas investigadoras estão lotadas.

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.541-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.565.585

Benefícios, segundo o autor:

Após o preenchimento dos questionários, os participantes do estudo receberão esclarecimentos relevantes sobre sua condição, para que tenham maior compreensão da mesma, e também receberão orientações para que possam desenvolver melhores condutas e hábitos que venham a favorecer sua qualidade de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo observacional, acadêmico, com baixo risco para o participante da pesquisa.

As pendências foram atendidas:

- 1) Refazer a redação sobre os riscos no Projeto Detalhado e em Informações básicas do projeto.
- 2) Indicar no TCLE o contato da pesquisadora principal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados e se encontram listados abaixo.
- 2) O TCLE foi adequado às exigências da resolução do CNS 466/2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há impedimentos éticos no presente projeto de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. A submissão deve ser como Notificação.
2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.1.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Parecer: 5.565.585

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMações BÁSICAS DO PROJETO_1908079.pdf	25/06/2022 22:02:16		Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	25/06/2022 21:59:55	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_mestrado.docx	25/06/2022 21:56:03	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/06/2022 21:55:39	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ficha_para_registro_de_saude_bucal.docx	05/03/2022 13:30:26	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	oral_health_impact_profile.docx	05/03/2022 13:17:35	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	indice_de_harvey_bradshaw.docx	05/03/2022 13:13:57	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	ficha_para_registro_de_dados_coletados.docx	05/03/2022 13:13:15	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termo_de_anuencia_institucional.pdf	05/03/2022 13:07:45	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Pesquisadores_Participantes_do_estudo_e_respectivos_links_para_Curriculo_Lattes.docx	05/03/2022 13:02:25	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_detalhado.docx	05/03/2022 12:44:37	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orçamento_financeiro_detalhado.docx	05/03/2022 11:10:59	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	05/03/2022 11:09:07	TAMIRES ROCHA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cep@hucff.ufrj.br

UFRJ - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO
FRAGA FILHO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / HUCFF-
UFRJ



Continuação do Formos: S-585-585

RIO DE JANEIRO, 05 de Agosto de 2022

Assinado por:
Monique Loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco Nº255, 7º andar, Ala E, sala 35
Bairro: Cidade Universitária CEP: 21.941-913
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 Fax: (21)3938-2481 E-mail: cop@hucff.ufrj.br