JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Impacto da saúde bucal na qualidade de vida

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo, para a obtenção
do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Medicina Preventiva

Orientador: Prof. Dr. Euclides Ayres de
Castilho

**São Paulo
2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Lacerda, Josimari Telino de
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida / Josimari Telino de Lacerda --
São Paulo, 2005.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Departamento de Medicina Preventiva.
Área de concentração: Medicina Preventiva.
Orientador: Euclides Ayres de Castilho.

Descritores: 1.SAÚDE BUCAL 2.QUALIDADE DE VIDA 3.INIQÜIDADE
NA SAÚDE

USP/FM/SBD-214/05

Ao Júlio, meu querido companheiro na jornada diária em busca de nossos sonhos.

Ao Luan, fruto do amor que nos une e que nos faz crer que o sonho é possível.

Ao meu pai, que, com seu exemplo, ensinou-me que o sonho dá sentido à vida.

À minha mãe, presença marcante a indicar que o sonho se conquista passo a passo e

que só alcançará plenitude, se compartilhado com os que amamos.

AGRADECIMENTOS

Hoje realizo um dos muitos sonhos que orientam minha caminhada. Sua busca teve início há 20 anos, quando optei por permanecer em uma terra “estrangeira”, frio e distante dos meus entes queridos, onde antevi a possibilidade de alcançar vãos mais altos. Ao longo desta jornada, foram muitos os que contribuíram para sua realização. Seria difícil citar todos eles, por isso começo por tributar o penhor do melhor agradecimento aos que passaram por minha vida acadêmica e a quem, direta ou indiretamente, contribuiu para a realização deste momento.

Nomeio algumas pessoas, para enfatizar o grau de importância de suas presenças nesta conquista e consignar o preito de gratidão a cada uma delas.

Agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Dr. Euclides Ayres de Castilho, pela confiança, pelo apoio integral, pela serenidade e pela tranquilidade com que me conduziu ao longo deste trabalho.

Ao professor Paulo Elias, que, ao acolher uma aluna ouvinte, instigou-a a ingressar no Programa de Pós-Graduação desta casa.

Ao professor Nelson Gouveia, sempre atento ao cumprimento dos requisitos do PAE.

Ao professor Júlio Litvoc, abastecedor de contribuição com material de relevância para o tema.

A todos os funcionários deste Programa, especialmente à Fátima, Lílían, Chris, Lúcia, Marlene, Rosa e Ivaldo, sempre prontos a auxiliar e facilitar o nosso cotidiano.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da USP, pela bolsa de estudos concedida.

Ao Prefeito municipal de Chapecó, professor Pedro Uczai, cuja visão empreendedora viabilizou a realização da presente pesquisa.

À amiga Marlene Foschiera, Secretária Municipal de Saúde de Chapecó (1997-2004), gestora exemplar, fiel defensora dos princípios do Sistema Único de Saúde, sou grata pela confiança e respeito ao longo de todo o trabalho.

Às amigas Mirvaine, Gessiani, Jaqueline e Jussara, pelo incentivo e pela dedicação na execução da pesquisa.

Aos examinadores, anotadores, monitores e auxiliares, o registro especial na contribuição do processo de coleta dos dados.

A todos os agentes comunitários de saúde de Chapecó, zelosos vigilantes do bem-estar coletivo, por viabilizarem a identificação dos domicílios e estabelecerem o elo com os entrevistados. Sem sua colaboração, o caminho teria sido mais árduo.

Aos entrevistados, por permitirem o ingresso em seus domicílios e por disponibilizarem parte de seu tempo a esta pesquisa.

Ao amigo Wagner Marcenes, primeiro a desafiar e a indicar prazo para a conquista deste título, pelos desafios propostos, pelo incentivo e pelo conhecimento repartido.

São 13 anos de carreira acadêmica, todos compartilhados com o amigo Jefferson Traebert, eterno sonhador e pássaro de vôos altos. Obrigada pelo exemplo, pela confiança e pelo estímulo constante.

Cristina Calvo e a Sérgio Freitas, queridos amigos, sempre prontos a comungar saberes, dúvidas e inquietações na especialização, no mestrado e, agora, no doutorado. Minha gratidão e admiração.

Ao Júlio e Luan, por compreenderem as ausências, mesmo quando presente. O apoio e o carinho expressos no olhar, no silêncio e na espera, me conduziram até aqui.

À D. Wanda e Milena, por amenizarem os afastamentos e facilitarem o cotidiano.

Ao coordenador do curso de Odontologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, pela liberação das atividades acadêmicas.

Aos colegas de trabalho, pela paciência e cobertura nas disciplinas.

Ao Seu Telino, pela valiosa contribuição na revisão da tese.

Fazendo-se e refazendo-se no processo de fazer a história, como sujeitos e objetos, mulheres e homens, virando seres da inserção no mundo e não da pura adaptação ao mundo, terminaram por ter no sonho também um motor da história. Não há mudança sem sonho como não há sonho sem esperança. (Paulo Freire)

Esta tese está de acordo com:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Júlia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suley Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de tabelas	x
Lista de quadros e figuras	xiv
Resumo	xv
Summary	xvi
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Condição de Vida e Saúde	4
1.2 Condição de Saúde Bucal	17
1.3 Saúde e Qualidade de Vida	40
2 HIPÓTESE	55
3 OBJETIVOS	56
3.1 Geral	56
3.2 Específicos	56
4 MÉTODO	58
4.1 Contextualização do Estudo	58
4.2 Tipo de estudo	59
4.3 População do Estudo	60
4.4 Amostra	60
4.5 Plano Operacional	66
4.6 Variáveis em Estudo	73
4.7 Digitação e Análise dos Dados	79
4.8 Questões Éticas	83
5 RESULTADOS	84
5.1 Análise Descritiva da População em Estudo	84
5.2 Fatores de Determinação do Impacto Oral no Desempenho Diário	104
5.3 Fatores de Determinação para Alta Severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário	117
5.4 Análise da Diferença do Impacto Oral no Desempenho Diário nos Fatores Determinantes do Impacto	129

6 DISCUSSÃO	131
6.1 Validade e Limitações do Estudo	131
6.2 Perfil Epidemiológico em Saúde Bucal	133
6.3 Impacto Oral no Desempenho Diário	139
6.4 Fatores Determinantes para o Impacto Oral no Desempenho Diário	144
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES	150
8 ANEXO	154
9 REFERÊNCIAS	159
Apêndices	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Variáveis definidoras dos grupos de condição de vida. Chapecó, SC, 2004.....	63
Tabela 2 - Número de pessoas e frequência relativa de pessoas segundo grupo.....	66
Tabela 3 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo variáveis sociodemográficas. Chapecó, SC, 2004.....	85
Tabela 4 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo condição da moradia. Chapecó, SC, 2004.....	86
Tabela 5 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo percepção da condição de saúde. Chapecó, SC, 2004.....	87
Tabela 6 - Distribuição da população estudada segundo tipo ou local da dor orofacial sentida nos últimos seis meses. Chapecó, SC, 2004.....	88
Tabela 7 - Distribuição da população do estudo segundo intensidade da dor orofacial nos últimos seis meses. Chapecó, SC, 2004.....	89
Tabela 8 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo os hábitos e os cuidados com a saúde bucal. Chapecó, SC, 2004.....	90
Tabela 9 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo condição de acesso a serviços odontológicos. Chapecó, SC, 2004.....	91
Tabela 10 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo motivo e local da consulta odontológica no último ano. Chapecó, SC, 2004.....	92
Tabela 11 - Experiência de cárie dentária da população de 35 a 44 anos segundo componentes do índice CPO-D. Chapecó, SC, 2004.....	93
Tabela 12 - Necessidade de tratamento para cárie dentária segundo tipo de procedimento e número de dentes afetados nos indivíduos de 35 a 44 anos. Chapecó, SC, 2004.....	94
Tabela 13 - Presença de sangramento, cálculo dental, bolsa periodontal rasa, bolsa profunda e perda de inserção segundo número de sextantes atingidos, nos indivíduos de 35 a 44 anos. Chapecó SC, 2004.....	96

Tabela 14 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo condição periodontal pelo Índice Comunitário Periodontal (CPI). Chapecó, SC, 2004.....	97
Tabela 15 - Distribuição dos 504 indivíduos de 35 a 44 anos segundo perda dental. Chapecó, SC, 2004.....	98
Tabela 16 - Distribuição dos 504 indivíduos de 35 a 44 anos segundo uso de prótese dental nos arcos superior e inferior. Chapecó, SC, 2004.....	99
Tabela 17 - Distribuição dos 504 indivíduos de 35 a 44 anos segundo necessidade de prótese dental nos arcos superior e inferior. Chapecó, SC, 2004.....	100
Tabela 18 - Estatística descritiva do Impacto Oral no Desempenho Diário nos últimos seis meses e do número de atividades afetadas na população estudada. Chapecó, SC, 2004.....	101
Tabela 19 - Impacto Oral no Desempenho Diário nos últimos seis meses segundo atividade envolvida, entre os 504 adultos entrevistados. Chapecó, SC, 2004.....	102
Tabela 20 - Sintoma Principal e Condição Oral responsáveis pelo Impacto Oral no Desempenho Diário em cada atividade avaliada, segundo percepção da população estudada. Chapecó, SC, 2004.....	103
Tabela 21 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo Impacto Oral no Desempenho Diário e condição demográfica e socioeconômica. Chapecó, SC, 2004.....	106
Tabela 22 - Associação entre características demográficas e condição socioeconômica e Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.....	107
Tabela 23 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo Impacto Oral no Desempenho Diário e percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e acesso a serviços de saúde. Chapecó, SC, 2004.....	109

Tabela 24 - Associação entre Impacto Oral no Desempenho Diário e percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e acesso a serviços de saúde – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.....	110
Tabela 25 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo Impacto Oral no Desempenho Diário e condição de saúde bucal segundo critérios normativos. Chapecó, SC, 2004.....	112
Tabela 26 - Associação entre condição de saúde bucal segundo critérios normativos e o Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.....	113
Tabela 27 - Análise de regressão logística múltipla não condicional hierarquizada para o Impacto Oral no Desempenho Diário. Chapecó, SC, 2004.....	116
Tabela 28 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e condição demográfica e socioeconômica. Chapecó, SC, 2004.....	118
Tabela 29 - Associação entre características demográficas e condição socioeconômica e alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.....	119
Tabela 30 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e a percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com saúde bucal e acesso a serviços de saúde. Chapecó, SC, 2004.....	121
Tabela 31 - Associação entre alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e acesso a serviços de saúde – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.....	122
Tabela 32 - Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e condição de saúde bucal segundo critérios normativos. Chapecó, SC, 2004.....	124

Tabela 33 - Associação entre condição de saúde bucal segundo critérios normativos e alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.....	125
Tabela 34 - Análise de regressão logística múltipla não condicional hierarquizada para alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário. Chapecó, SC, 2004.....	128
Tabela 35 - Incremento do Impacto Oral no Desempenho Diário referido pelos indivíduos de 35 a 44 anos nos fatores de determinação da presença e da severidade do mesmo. Chapecó, SC, 2004.....	130

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Metas de Saúde Bucal para o ano 2000 estabelecidas pela OMS e FDI, segundo idades índice.....	18
Quadro 2 - Resumo das publicações revisadas sobre cárie dentária em adultos.....	22
Quadro 3 - Resumo das publicações revisadas sobre a condição periodontal em adultos.....	26
Quadro 4 - Resumo das publicações revisadas sobre a perda dental em adultos.....	31
Quadro 5 - Características dos grupos.....	65
Figura 1 - Modelo de Determinação Social segundo Dahlgren; Whitehead, 1992..	7
Figura 2 – Modelo teórico de avaliação da saúde bucal proposto por Locker (1988).....	45
Figura 3 - Modelo de Análise Proposto.....	82

RESUMO

Lacerda JT. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 210p.

Os indicadores clínicos mensuram as seqüelas biológicas dos agravos e eventos em saúde, não expressando o sofrimento e as limitações vivenciados pelos indivíduos frente ao seu perfil patológico. O uso de indicadores subjetivos, para identificar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, vem se ampliando nos últimos anos, mais precisamente nas duas últimas décadas. No Brasil, esta preocupação é recente. Este estudo transversal de base populacional (n=504), realizado em Chapecó-SC, teve como propósito estabelecer a relação entre a condição bucal e o impacto na qualidade de vida em adultos de 35 a 44 anos, bem como verificar a influência dos hábitos e dos cuidados, a percepção da condição de saúde e das características sociodemográficas neste processo. A amostra foi selecionada em múltiplo estágio, sendo um deles por conglomerado. O Impacto Oral no Desempenho Diário (IODD) demarcou a variável dependente. A condição de saúde bucal segundo critérios normativos, dos hábitos e dos cuidados, percepção da condição de saúde e aspectos sociodemográficos, constituíram as variáveis independentes. Profissionais treinados realizaram a coleta dos dados através de exames clínicos e entrevistas domiciliares. Na análise dos fatores determinantes para presença e severidade do impacto, foram utilizados modelos de regressão logística múltipla, não condicional, hierarquizada. Adotaram-se $p < 0,20$ para a seleção das variáveis de controle mediante análise univariada, e $p < 0,05$ para a identificação de associação entre o impacto e as demais variáveis analisadas. O Impacto Oral no Desempenho Diário foi referido por um quinto da população estudada e apresentou baixa severidade. Envolveu, em média, menos de uma atividade do cotidiano. *Comer e mastigar bem os alimentos* apresentou-se como a atividade mais afetada, seguida por *limpar os dentes e a boca*. *Dor* foi o principal sintoma responsável pelas limitações no desempenho da maioria das performances, exceto para *sorrir e falar*, em que a ausência de dentes e próteses mal-adaptadas definiram os sintomas mais referidos. Morar em domicílios de maior aglomeração ($p < 0,001$) e nas áreas de pior condição de vida ($p < 0,001$), ser mulher ($p = 0,016$) e ter sofrido com dor orofacial nos últimos seis meses ($p < 0,001$) compuseram fatores associados ao impacto. Maior severidade do impacto foi associado a condições de maior aglomeração domiciliar ($p < 0,01$), morar nas áreas de pior condição de vida ($p = 0,024$), ser mulher ($p = 0,020$), ter sofrido com dor orofacial nos últimos seis meses ($p < 0,001$) e avaliar sua saúde como razoável ou ruim no último mês ($p = 0,018$). Recomenda-se a utilização de indicadores subjetivos na definição de ações dos serviços e de grupos prioritários ao atendimento em saúde bucal. Não se trata de refutar a contribuição dos indicadores clínicos, mas do acréscimo de medidas que qualifiquem a informação da condição de saúde bucal.

Descritores: qualidade de vida; saúde bucal; iniquidade em saúde

SUMMARY

Lacerda JT. Oral health impact on quality of life [thesis]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 210p.

Clinical indicators measure biological consequences of disease patterns and events. They do not express the suffering and life limitations felt by individuals, with regard to their pathological condition. The use of subjective indicators to identify the oral health impact on quality of life has been increasing in the last few years, particularly in the last two decades. In Brazil, this is a recent worry. This cross-sectional study took place in Chapecó, in the state of Santa Catarina., Brazil. Its aim was to establish a relationship between oral condition and its impact on quality of life in adults between 35 and 44 years-old (n=504), it also aims to assess the influence of habits and care, the self perception of health condition and the socio-demographic characteristics in this process. A sample was selected through multiple stages, one of them through a conglomerate. Oral health impact on quality of life was the outcome measured by Oral Impact on Daily Performance index (OIDP). Others variables were oral health condition according to normative criteria, habits and care, self perception of condition on health and socio-demographic aspects. Trained professionals collected data through clinical examination and home interviews. In the analysis of determining factors for the presence and severity impact, unconditional multiple logistic regression models were performed following the theoretical model. The factors investigated and possible control variables were grouped in blocks, arranged according to order they affected the impact on quality of life. To identify the control variables a $p < 0.20$ was assumed (univariate) was assumed and to identify associations between a given factor and impact a $p < 0,05$ was assumed. Oral Impact in Daily Performances referred to one fifth of the studied population and was of low severity. On average it affected less than one daily performance. *Eating and enjoying food* was the performance most affected, followed by *cleaning teeth*. *Pain* was the main symptom responsible. Toothache, missing teeth and loose or wearing prosthesis were the causing oral most referred. Households overcrowded ($p < 0,001$), living in areas with poor conditions ($p < 0,001$), being a woman ($p = 0,016$) and having suffered orofacial pain within the last six months ($p < 0,001$) were associated with oral health on impact quality of life. Greatest severity was associated with households overcrowded ($p < 0,01$), living in areas with poor conditions ($p = 0,024$), being a woman ($p = 0,020$), having suffered orofacial pain in the last six months ($p < 0,001$) and self perception of health condition as reasonable or poor in the last month ($p = 0,018$). It is recommended that subjective indicators are used for defining service action and priority groups with regard to oral health provision. Its aim is not to deny the need for clinical indicators, but to bring extra measuring tools to improve the quality of information to oral health conditions.

Key words: quality of life, oral health, health inequalities

1 INTRODUÇÃO

Cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional têm necessidades e riscos específicos à sua conformação biológica, localização geográfica, estilo de vida e condição social, e este aspecto se traduzirá em um perfil de problemas de saúde-doença peculiar. Assim, os estudos das desigualdades sociais em saúde constituem importante ferramenta para os serviços de saúde (Castellanos, 1992; Castellanos, 1997; Medronho et al., 2003).

Akerman et al. (1994) ressaltam a importância de identificar os motivos pelos quais certos eventos ocorrem mais em determinadas populações que em outras, evidenciando seus determinantes em relação às características dos grupos populacionais, e não dos aspectos individuais.

Revisando os métodos utilizados, para estudar as desigualdades sociais em saúde, Borrell (1997) descreve os principais indicadores empregados no nível socioeconômico. A referida autora apresenta a estruturação da sociedade baseada em classes sociais como um importante eixo dos estudos de desigualdades e indica a escala do *British Registrar General* como a categorização de classe social mais utilizada internacionalmente. Ocupação, nível de renda e educação são apontados como importantes variáveis nos estudos de desigualdades, podendo ser utilizadas enquanto definidoras de classe social, ou para mensurar desigualdades em aspectos específicos, tais como: acesso à informação, bens e serviços, estilos de vida. As variáveis que

caracterizam o lar são também listadas pela autora em sua revisão. São elas: pessoas por moradia, condição de propriedade do domicílio, acesso a serviços básicos e bens materiais. Um quarto grupo de variáveis são os índices de privação, indicadores compostos, amplamente utilizados no Reino Unido. Baseados na caracterização de áreas geográficas, estes índices possibilitam a localização espacial dos indivíduos, aspecto de fundamental importância ao planejamento local de saúde, principalmente no contexto dos Distritos Sanitários. Por fim, o desemprego é referido pela autora como um indicador utilizado no estudo das desigualdades, tanto na composição de índices de privação como usado separadamente.

No âmbito da Odontologia, predomina o uso de indicadores unitários nos estudos sobre desigualdades em saúde. Os indicadores mais utilizados são: escolaridade, renda familiar e propriedade de bens, com destaque para moradia e automóveis. No tocante aos indicadores compostos, observa-se o uso freqüente da combinação de grau de escolaridade dos pais e dos indivíduos e a renda familiar (Locker, 1993; Pattussi, 1999).

A histórica utilização quase exclusiva de indicadores clínicos na definição de condição de saúde bucal da população e na avaliação de serviços de saúde é um aspecto em constante discussão no meio odontológico. A ênfase nos indicadores clínicos, segundo Chen e Hunter (1996), superdimensiona a visão normativa do processo saúde-doença, mascarando as dimensões sociais da saúde bucal.

Buck e Newton (2001) estudaram as tendências das publicações de artigos científicos, utilizando desfechos não clínicos de mensuração da condição de saúde bucal entre 1988 e 1998. Estes estudiosos concluíram que diferentes conceitos de desfechos

estão associados a distintos desenhos de estudos, mas o conhecimento acerca das condições de saúde bucal, as atitudes e os comportamentos do paciente, as condições socioeconômicas, a ansiedade e o medo do tratamento são os mais citados, além de satisfação com a saúde bucal. Tais estudos, no entanto, são majoritariamente de aplicação ao indivíduo, pouco contribuindo para a localização espacial de grupos em risco.

A recente inclusão da Odontologia na Estratégia Saúde da Família (ESF) expõe, ainda mais, a deficiência do aporte de informações epidemiológicas do setor. Baseado na organização dos serviços a partir da identificação de grupos de risco, o trabalho junto à ESF requer informações epidemiológicas, por vezes inexistentes no campo da Odontologia. Um único levantamento nacional, realizado em 1986, disponibilizava estas informações sobre a saúde bucal de crianças, de adolescentes e de adultos até o ano de 2004, quando o Ministério da Saúde concluiu o segundo levantamento nacional de base populacional. Dados de um inquérito nacional sobre a prática odontológica junto à ESF, realizado por Traebert e Lacerda (2005), indicam que 47,7% dos municípios brasileiros não definem áreas de risco, 29,2% fazem uso de informações epidemiológicas na definição de seus grupos de risco, sendo a demanda espontânea a principal forma de acesso aos serviços odontológicos (64,4%).

Considerando as desigualdades em saúde um dos principais problemas da atualidade para as políticas de saúde no Brasil, Paim (2004) propõe, entre outros aspectos, que o Ministério da Saúde incentive a realização de estudos sobre a distribuição espacial dos agravos em saúde com vistas à identificação dos grupos populacionais mais vulneráveis.

Na perspectiva de que os aspectos sociais definem perfis patológicos específicos e de que ambos interferem significativamente no cotidiano dos indivíduos, o presente estudo pretende somar esforços na busca de alternativas de identificação de grupos de atenção prioritária no campo da Odontologia.

1.1 Condição de Vida e Saúde

A explicação do processo saúde-doença tem sofrido alterações, ao longo dos tempos, consoante a forma de organização das sociedades, seus princípios, seus recursos tecnológicos e seus avanços científicos. Estudos realizados por Marcos (1984) e Barata (1986) permitem visualizar uma relação direta entre aspectos de cunho religiosos, políticos, econômicos e culturais hegemônicos e a explicação científica da causalidade predominante em cada período da História.

Para Castellanos (1992), o binômio Epidemiologia e Saúde Pública “(...) implica un compromiso con las intervenciones para transformar la salud y un proceso interactivo entre producción de conocimientos, actores sociales y procesos de intervención” (Castellanos, 1992:40).

O modo de vida a que os indivíduos estão submetidos resulta de sua inserção na formação social, que é conseqüente do modo de produção e de organização da sociedade (Laurell, 1983). A produção e o consumo interagem dialeticamente e, em última instância, determinam o acesso dos indivíduos aos bens materiais de vida:

moradia, lazer, saneamento, alimentação, escolaridade, assistência médica, entre outros (Castellanos, 1997).

Castellanos (1992), em suas reflexões sobre a concepção ampliada do processo saúde-doença, entende que as condições de vida de um grupo populacional têm um caráter dinâmico e expressam a forma como o grupo se articula com o processo geral reprodutivo do conjunto da sociedade. Compreende, também, que as condições de vida podem ser operacionalizadas em quatro dimensões do processo de reprodução social:

- a) a dimensão dos processos predominantemente biológicos – aspectos genéticos e capacidade imunológica;
- b) a dimensão dos processos predominantemente ecológicos – meio ambiente residencial e do trabalho;
- c) a dimensão dos processos reprodutivos das formas de consciência e de conduta – determinantes culturais, estilos de vida individuais e coletivos;
- d) a dimensão dos processos predominantemente econômicos – forma de articulação com a produção, distribuição e consumo de bens e serviços.

Segundo o autor, a inserção econômica e social dos indivíduos confere necessidades e riscos específicos ao longo de sua existência, o que se traduzirá em um perfil de problemas de saúde peculiar. Tais reflexões corroboram o pensamento de Breilh e Granda (1986:40), quando conceituam o processo saúde-doença como:

(...) a síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo em diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. A qualidade de vida a que cada grupo sócio-econômico está exposto é diferente e, portanto é igualmente diferente sua exposição a processos

de risco que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores de saúde e de vida.

Dahlgren; Whitehead (1992), consoante este pensamento, sintetizam as reflexões norteadoras do paradigma de determinação social em uma figura de arcos sobrepostos, estabelecendo níveis hierárquicos entre as variáveis contempladas nos estudos científicos da área. Assim, as características biológicas, determinantes proximais do processo saúde-doença, são influenciadas diretamente pelos hábitos e pelos comportamentos dos indivíduos. Estas variáveis definidas como estilo de vida são estabelecidas pelos grupos populacionais ou pelo suporte comunitário em que estão inseridos os indivíduos. Estes grupos são definidos mediante a similaridade na condição de vida, orientada por acesso a bens e serviços, grau de escolaridade, emprego, renda, moradia, saneamento básico e lazer. Tais características são determinadas por aspectos culturais e estruturais em que estão inseridos os indivíduos, constituindo-se, portanto, o nível distal no processo de determinação (Figura 1).

A compreensão dos diferenciais de saúde entre os grupos sociais e dentro de cada um deles é ponto crucial nos estudos epidemiológicos. Autores como Paim (1997) e Castellanos (1997) ressaltam a importância do espaço social nos estudos de explicação do processo saúde-doença e argumentam que, à medida que o processo saúde-doença pode ser compreendido como resultante da posição dos indivíduos no espaço social e das relações daí decorrentes, o estudo deste espaço é fundamental.

Figura 1: Modelo de Determinação Social segundo Dahlgren; Whitehead, 1992.

Castellanos (1997) enfatiza que esses estudos devem incorporar indicadores e procedimentos que recuperem e evidenciem a forma de representação social de cada grupo populacional, sua situação de saúde e condição de vida, possibilitando o reconhecimento das desigualdades e iniquidade nos perfis de saúde de diferentes grupos populacionais. Na visão do autor, tais indicadores e/ou processos de análise contribuirão significativamente com a Saúde Pública na tarefa prioritária de redução e eventual eliminação das desigualdades entre os grupos populacionais.

A constatação das desigualdades sociais em saúde, de maneira geral, tem levado diversos autores a se debruçarem sobre o tema da utilização de indicadores socioeconômicos em estudos epidemiológicos. Liberatos, Link e Kelsey (1988) apontam

a classe social como uma importante variável nessas investigações, assumida enquanto potencial fator de confusão ou de risco, na maioria deles, e menos frequentemente restrita à descrição do grupo pesquisado. Os autores abordam as diversas maneiras como os trabalhos analisam a relação classe social x saúde e concluem que o marco referencial mais utilizado nos estudos americanos é o weberiano. Os estudos neste marco teórico enfocam o diferencial na posição social de grupos populacionais a partir das variáveis: ocupação, renda e escolaridade.

A ocupação é avaliada sob duas classificações: a que se baseia no nível de prestígio e aquela decorrente do nível de escolaridade necessário ao exercício da profissão e dos benefícios monetários dela decorrente. A escolaridade tem semelhante enfoque, pois o nível escolar pode orientar os hábitos e os cuidados com a saúde, definindo estilos de vida e comportamentos mais ou menos saudáveis. Por outro lado, é considerada *proxy* de condição econômica, ao possibilitar acesso a ocupações mais bem remuneradas. Por fim, a renda influencia as possibilidades educacionais e o acesso a diferentes estilos de vida e oportunidades. *Status*, classe e poder são as dimensões weberianas enfocadas nessas reflexões (Liberatos, Link e Kelsey, 1988; Borrell, 1997).

A escala do *British Registrar General* é a categorização de classe social mais utilizada internacionalmente, e sua elaboração se baseou fundamentalmente no nível de escolaridade ou de aprendizado que requeriam as ocupações ((Liberatos, Link e Kelsey, 1988; Borrell, 1997).

Preocupada com a escassez de estudos, categorizando classe social a partir do lugar ocupado pelos indivíduos no sistema de produção, de sua relação com os meios de produção e de seu papel na organização social do trabalho, Barros (1986) apresenta

uma proposta de aplicação deste marco conceitual em pesquisas epidemiológicas. Argumenta que as variáveis sociais assumidas, enquanto “*atributos do indivíduo desvitalizam o social em sua essência*”, reduzem o potencial de explicação de sua relação com a saúde.

Em sua revisão sobre os métodos utilizados nos estudos de desigualdades sociais, Borrell (1997) identifica ainda os indicadores que caracterizam o lar: aglomeração no domicílio, acesso ou não a serviços básicos e bens materiais, condição de propriedade do domicílio. Esses indicadores, segundo a autora, podem ser utilizados de forma individual, mas seu grande uso é como parte integrante de indicadores compostos.

Outra revisão de literatura feita por Locker (1993) aponta que a grande maioria dos estudos epidemiológicos situados dentro do paradigma das desigualdades sociais tem se baseado em informações individuais ou de familiares, usando, principalmente, os indicadores de ocupação, renda e escolaridade. O pesquisador refere-se ao indicador escolaridade como sendo um dos melhores do grupo, ressaltando apenas o fato de não necessariamente identificar as condições materiais de vida, mas sim o conhecimento e o comportamento dos indivíduos sobre aspectos referentes à saúde. Alerta, também, para o fato de que, no caso das regiões mais desenvolvidas, devido ao alto índice de escolaridade, há certa homogeneidade da população, dificultando a percepção de disparidades no interior dos grupos. O autor ressalva que, a despeito de sua grande importância, enquanto evidenciadores das desigualdades sociais, estes indicadores, estando relacionados a dados individuais ou de familiares, não têm o potencial de identificar grupos homogêneos, não estão voltados ao meio em que as

pessoas vivem e, portanto, são insuficientes para a localização espacial dos mesmos. Assim, aponta para a necessidade de se buscarem alternativas que permitam encontrar tais grupos, localizando-os geograficamente. Ele apresenta como alternativa as medidas baseadas na área geográfica, as quais utilizam dados socioeconômicos das regiões em que vivem as pessoas. Tais medidas, caracterizadas como indicadores compostos, combinam variáveis socioeconômicas como referenciais para a descrição de áreas geográficas, pressupondo que esta combinação reproduz a interação dos diversos fatores determinantes da condição de vida daquela área.

Akerman (1997) observa que o uso destes indicadores não é recente, e sua construção baseia-se, de maneira fundamental, em dados existentes, geralmente oriundos de censos decenais. Eles têm sido adotados em diversos estudos, relacionando iniquidade social e saúde, tendo os resultados evidenciado significativos diferenciais geográficos dos perfis de morbi-mortalidade geral, dentre os quais se destacam: Mayer (1983), Jarman (1983), Morgan e Chin (1983), Townsend et al. (1988), Ramos e Goihman (1989), Curtis (1990), Akerman et al. (1994), Akerman (1997).

Borrel (1997) destaca a literatura britânica, por ter primado na realização de estudos desenvolvendo e utilizando indicadores compostos, a partir de objetivos diferenciados, na identificação de diferenciais geográficos, baseado em medidas de privação. Segundo a autora, os indicadores compostos mais utilizados são:

- Índice de Vera Carstairs, desenvolvido em 1981, com o objetivo de analisar as desigualdades de saúde em Glasgow e Edimburgo. Utiliza as variáveis censitárias: aglomeração das habitações, falta de estrutura nas casas, percentual de

trabalhadores não qualificados, homens desempregados, não possuir automóvel, casa com 1-3 habitantes e população economicamente ativa (Carstairs, 1981);

- Índice do Departamento do Meio Ambiente da Grã Bretanha, baseado no censo de 1981, foi amplamente usado como orientador do financiamento das políticas públicas do país. Utiliza os seguintes indicadores: desemprego, cômodos por pessoa, pais solteiros, falta de bens básicos, idosos que moram sozinhos e etnia;

- Índice de Jarman, desenvolvido em 1983, com o objetivo de melhorar o direcionamento e a distribuição dos recursos para ações básicas de saúde, a partir da definição de áreas populacionais carentes, onde os clínicos gerais teriam necessidade de recursos adicionais, para lidar com o aumento da carga de trabalho. Usa as seguintes medidas: idosos morando sozinhos, baixa classe social, desemprego, superlotação, mudança de endereço no último ano, etnias minoritárias, percentual da população idosa (Jarman, 1983);

- Índice de Townsend et al., desenvolvido em 1988, em um estudo que propunha examinar desigualdades sociais no norte da Inglaterra. As medidas são: população economicamente ativa desempregada, residências sem carro, residências alugadas e superlotação (Townsend, Phillimore e Beattie, 1988);

- Índice de Carstairs e Morris, desenvolvido em 1989, para comparar níveis de carência entre setores na Escócia. As medidas usadas foram: superlotação, homens desempregados, baixo nível social e não possuir carro (Carstairs e Morris, 1989).

Um estudo realizado por Morris e Carstairs (1991), comparando vários índices de privação utilizados no Reino Unido, classificou o seu índice e o índice de

Townsend como os que melhor explicavam as diferenças observadas em seis medidas de saúde.

Akerman (1994), preocupado com a não participação dos atores sociais na construção dos indicadores compostos, propôs uma metodologia participativa em que planejadores de doze instituições públicas decidiram as variáveis que compuseram o indicador de carências, utilizado em uma análise dos diferenciais intra-urbanos, no Município de São Paulo. Os critérios sugeridos para a escolha foram validade e confiabilidade da variável. As variáveis escolhidas foram: renda familiar, percentual de população analfabeta e com primário incompleto, rede de esgoto, consumo de água e número de pessoas por domicílio,

Além dos indicadores de privação acima descritos, existem métodos de classificações sociais que diferem dos índices compostos. A mais utilizada é “A Classification of Residential Neighbourhoods – ACORN”, criada por Morgan e Chinn em 1983, a partir da utilização de 40 variáveis referentes a: idade, emprego, estrutura familiar, tipo de moradia, *status* social e posse de carro. Locker e Ford (1994), em um estudo comparativo entre uma medida de base geográfica, que denominaram *Lifestyle* (Estilo de Vida) e a renda familiar, para medir iniquidades em saúde bucal, usaram uma classificação semelhante, baseada em variáveis do Censo no Canadá.

Reading et al. propuseram, em 1994, a utilização de 55 variáveis do censo na Grã Bretanha e a utilização de métodos estatísticos multivariáveis, para agrupar áreas pequenas em zonas com diferentes níveis sociais. Para os autores, um agrupamento dessa natureza poderia subsidiar tanto os estudos epidemiológicos como o planejamento dos serviços.

Pattussi (1999), em sua análise sobre medidas de privação, alerta para três importantes limitações dos estudos, baseadas na área geográfica ou no caso das classificações não “rankeadas”, que devem ser consideradas pelos pesquisadores:

- * a escolha e a categorização arbitrária das variáveis;
- * o longo período de coleta das informações do censo, podendo incorrer mudanças políticas ou socioeconômicas significativas;
- * a possibilidade de perda de alguns segmentos da população frente ao agrupamento.

No âmbito da Odontologia, historicamente, predominou a explicação do processo saúde-doença centrada nos aspectos biológicos e comportamentais dos indivíduos. Conseqüentemente, as práticas de promoção de saúde concentraram esforços em estratégias que viabilizassem mudança de hábitos e de comportamentos, basicamente a higienização dental e o consumo reduzido e racional da sacarose. Alguns autores têm refletido sobre o limitado valor destas estratégias na melhoria das condições de saúde bucal. Bjertness (1991) encontrou um percentual de 15% de contribuição da higiene dental no controle da cárie dentária em crianças. Watt (2002) apresenta os resultados de uma meta-análise, englobando pesquisas que utilizaram modelos explicativos da psicologia para a mudança de comportamento. Nele, os modelos teóricos estudados explicaram, de 20 a 50%, a variação da intenção e da mudança de comportamento dos indivíduos.

Recentemente, autores como Holst e Schüller (2001) têm evidenciado a influência do contexto social sobre os aspectos comportamentais e psicológicos e, destes últimos, sobre o processo biológico em saúde bucal. Para eles, a estrutura e o contexto

social influenciam diretamente o nível individual. Os comportamentos e os hábitos relativos à saúde, mediada por fatores psicológicos e recursos materiais, atuarão no nível biológico e, conseqüentemente, darão origem ou não a enfermidades bucais, referindo-se mais especificamente à cárie dentária.

Nos estudos de determinação social na Odontologia, segue-se o mesmo padrão das pesquisas de saúde geral. Uma revisão feita por Pattussi (1999) identificou o predomínio da aplicação de indicadores unitários em nível individual ou familiar, com destaque para a variável estrato social, seguida do nível de escolaridade dos pais, renda familiar, locação de moradia e posse de carro. Dentre os que utilizaram indicadores compostos, destaca-se a combinação de nível de escolaridade e de renda familiar.

Grande parte dos trabalhos de determinação social que utilizaram medidas de privação em saúde bucal foi realizada no Reino Unido, focalizando crianças e cárie dentária. Os indicadores mais utilizados foram: ACORN, Índice de Townsend, Índice de Jarman e o Índice de Carstairs (Locker, 2000).

Um significativo número de investigações evidenciou a relação entre piores condições socioeconômicas e precárias condições de saúde bucal.

Carmichael et al. (1980) fizeram uma revisão de literatura de quarenta estudos e encontraram uma proporção de 82,5% das pesquisas demonstrando uma relação inversa entre classe social e índices de cárie dentária, ou seja, quanto mais baixa a classe social, maior o percentual de indivíduos com a doença. Cinco deles não encontraram relação entre as variáveis, e dois demonstraram uma relação direta, em que as classes sociais mais elevadas apresentavam os maiores percentuais da doença. Os

últimos estudos referiam-se a locais onde o consumo de sacarose não fazia parte dos aspectos culturais locais, sendo acessível à população com maior poder aquisitivo.

Demmers et al. (1990) fizeram uma revisão de literatura sobre os preditores de cárie mais usados na identificação de grupos de risco: experiência passada de cárie, condição socioeconômica, higiene oral, dieta, microbiota e fatores ligados à saliva. O artigo mostra que a prevalência de cárie foi maior nas populações de menor condição socioeconômica, independente do acesso à fluoretação na água de consumo.

Locker e Ford (1994) compararam medidas de renda familiar e medidas socioeconômicas baseadas na área geográfica, quanto às suas habilidades de identificar iniquidade em saúde oral. Observaram que, a despeito da renda familiar apresentar-se um pouco melhor como preditor de cárie, as medidas baseadas na área de habitação dos indivíduos apresentaram distintas vantagens na perspectiva da Epidemiologia e do planejamento das ações de saúde.

Locker (2000), em uma revisão sobre o uso de medidas de privação em saúde bucal, encontrou uma variação de 25% a 88% no poder de explicação desses indicadores. Todos os trabalhos confirmaram a associação entre saúde bucal e privação, com as piores experiências de saúde, predominando entre os indivíduos que residiam em áreas de maior privação. Conclui-se que os estudos analisados confirmaram a sensibilidade dos indicadores de privação no comportamento condição de saúde bucal. O autor recomenda o uso dessas medidas na identificação de áreas prioritárias aos serviços de saúde bucal.

Para Petersen (2003), o relato da saúde bucal apresentado pela Organização Mundial de Saúde em 2003 evidenciou a influência dos fatores socioculturais e dos

aspectos ambientais sobre a condição de saúde bucal dos indivíduos. Grupos com precária condição de vida, baixo nível de escolaridade e com tradições, crenças e cultura as quais não favorecem a saúde oral apresentaram piores indicadores.

No Brasil, investigações realizadas por Lacerda (2002), Antunes et al. (2002), Antunes, Narvai e Nugent (2004), demonstraram associação significativa entre piores condições de vida e alta prevalência de cárie dentária.

Lacerda (2002) analisou o comportamento da doença em grupos populacionais homogêneos segundo condição de vida no Município de Florianópolis, SC. A prevalência e a severidade da cárie foram superiores nos grupos menos favorecidos. As variáveis de acesso ao flúor na água de abastecimento público, à escolaridade alta e à renda alta explicaram, juntas, 74% do percentual de dentes sadios.

Antunes et al. (2002) realizaram estudo semelhante na cidade de São Paulo e encontraram maiores índices de cárie dentária em áreas de privação. Renda média familiar, aglomeração no domicílio, taxa de desemprego e distribuição de iniquidade e renda (Coeficiente de Gini) foram as variáveis correlacionadas com a cárie dentária. Os autores destacaram a delimitação de áreas de maior risco para a cárie dentária como estratégia importante na formulação de políticas públicas de saúde.

O trabalho de Antunes, Narvai e Nugent (2004), medindo iniquidades na distribuição da cárie dentária em municípios do Estado de São Paulo, recomendou o uso do Coeficiente de Gini e do Índice de Desenvolvimento Humano nos estudos de desigualdade da cárie dentária.

O acesso a fluoretos é reconhecido mundialmente como importante medida de promoção e do controle da cárie dentária. O uso regular de dentifrícios com flúor e o

acesso freqüente à água fluoretada em níveis ideais de concentração foram consideradas as principais medidas de explicação da redução da doença nas últimas décadas (Brathall, Hänsel Petersson e Sundberg, 1996; CDCP, 2001). No Brasil, isso consta como medida obrigatória no tratamento da água de abastecimento público, na Lei Federal Nº 6.050 de 1974. As pesquisas de Lacerda (2002), Volkmann e Lacerda (2002) e Antunes, Narvai e Nugent (2004) encontraram forte associação entre condição de vida e acesso a este benefício. Os grupos de melhores condições de vida têm proporcionalmente maior acesso ao flúor, o que, no caso dos municípios estudados, contribui para acentuar as desigualdades na distribuição da cárie dentária em crianças.

1.2 Condição de Saúde Bucal

Cárie dentária e doença periodontal têm sido reconhecidas, historicamente, como as principais enfermidades no âmbito da saúde bucal, fundamentando a maioria dos estudos científicos na área. Em 1981, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Mundial de Odontologia (FDI) formularam metas para todas as idades índices de comparação mundial no campo da saúde bucal a serem alcançadas até o ano de 2000. As metas das idades 5-6 e 12 anos consideravam a prevalência e a gravidade da cárie dentária. Os objetivos para a população aos 18 anos, entre 35 e 44 anos e entre 65 e 74 anos consideravam número de dentes presentes para dimensionar a perda dental que é a seqüela mais grave do histórico da cárie dentária e da doença periodontal (Quadro 1).

Quadro 1: Metas de Saúde Bucal para o ano 2000 estabelecidas pela OMS e FDI, segundo idades índice.

IDADES ÍNDICE	META PARA 2000
5-6 anos	50% livres de cárie
12 anos	Média de dentes atacados por cárie ≤ 3 dentes
18 anos	100% com 20 ou mais dentes naturais presentes
35-44 anos	75% com 20 ou mais dentes naturais presentes
65-74 anos	50% com 20 ou mais dentes naturais presentes

Fonte: FDI, 1982.

Paralelamente ao declínio da cárie dentária ocorrido nas últimas décadas, outros agravos passaram a nortear estudos científicos da área. A Organização Mundial de Saúde publicou manuais de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, padronizando indicadores para os estudos de comparação mundial. Dentre outros aspectos, condição coronal e radicular da cárie dentária, necessidade de tratamento, condição periodontal, perda de inserção, oclusopatias, uso e necessidade de prótese, aspectos da mucosa e dos tecidos moles, estão presentes nesses manuais. A informação do edentulismo parcial e total pode ser extraída da condição coronal e radicular analisada (WHO, 1997). Recentemente, a dor orofacial tem assumido importante destaque na literatura científica, sendo criada, no Brasil, uma área de especialidade restrita para sua abordagem e estudo.

A seguir, caracterizar-se-á a condição de saúde bucal de maneira geral, enfocando a cárie dentária, a condição periodontal, a perda dental, o uso e necessidade de prótese e a dor orofacial na população adulta.

Cárie dentária

Petersen (2003), analisando os dados da Organização Mundial de Saúde sobre saúde bucal, afirmou que, apesar do significativo declínio verificado mundialmente nas últimas décadas, a cárie dentária continua sendo o maior problema de saúde bucal na maioria dos países industrializados, afetando de 60 a 90% dos escolares e a grande maioria dos adultos.

O Índice CPO-D, criado por Klein e Palmer, em 1937, é utilizado para mensurar a cárie dentária, tendo sofrido algumas modificações. O referido índice informa o número de dentes permanentes que sofrem ou sofreram ataque da cárie por indivíduo e, quando aplicado a um grupo populacional, informa a média de dentes atacados por indivíduo. A informação do ataque da doença é coletada sob a condição de presença de seqüelas da doença, seja a cavidade aberta (componente cariado – C), a perda dental (componente perdido – P) e a restauração devido à cárie (componente restaurado – O). A soma dos componentes gera o índice.

Aspectos culturais, condição socioeconômica, consumo de açúcar, exposição a fluoretos e acesso a serviços de saúde são algumas das explicações para o comportamento da cárie e de seu declínio nos últimos tempos. Marcenes, Freysleben e Peres (2001) argumentam que todos eles são insuficientes para, explicar a totalidade da

redução da doença. e alertam para o aspecto das mudanças de critério do índice. Em um estudo em Florianópolis, concluíram que 52,8% da redução da cárie deveram-se a mudanças no critério de diagnóstico, proposto pela OMS em 1987 e que isso norteia as análises de prevalência da atualidade.

O Quadro 2 apresenta o resumo das pesquisas revisadas para a condição de cárie em adultos. Todos os artigos revisados no período de 1995 a 2004 são estudos de corte transversal. Uma revisão feita sobre o comportamento da cárie dentária em adultos de Bangladesh, entre 1978 e 1991, indicou uma média de 1,4 dentes atacados. Esta foi a menor severidade encontrada na literatura (van Palestein Helderma, Kalam Joarder e Begum, 1996).

A China é o segundo país de menor severidade entre os estudos revisados, com a melhor condição para os habitantes da área urbana, na média geral do CPO-D e na presença da doença no momento do exame (Lin et al., 2001a). Nos demais países estudados, a severidade média do ataque da cárie variou entre 10,2 a 22,4 dentes na Romênia e no Brasil (Petersen e Tanase, 1997; Frazão, Antunes e Narvai, 2003).

A severidade da doença entre os componentes do CPO-D é variável. Nos estudos do Brasil e da China, o componente *perdido* (P) respondeu por mais de 50% do total do índice. Na Romênia e em Madagascar, a maior parte do CPO-D estava expressa no componente *cariado* (C), variando entre 40% e 62% do índice. Nos demais países, o maior percentual foi o componente *restaurado* (O), indicando que, nestes locais, o ataque de cárie foi menor, e os indivíduos tiveram acesso a tratamento conservador (Quadro 2).

O recente levantamento epidemiológico nacional apontou diferenças regionais no Brasil. Em média, as crianças aos doze anos apresentavam 2,8 dentes atacados pela cárie dentária, e os adultos, 20,1. Os piores indicadores em crianças aos doze anos foram registrados nas regiões Nordeste (CPO-D=3,2), Centro-Oeste (CPO-D=3,2) e Norte (CPO-D=3,1). Nas regiões Norte e Nordeste, mais de 70% do ataque da doença permaneceu sem tratamento odontológico na referida idade, enquanto, nas demais regiões, esta proporção não atingiu 60%. Entre os adultos, as regiões Norte (CPO-D=19,9) e Nordeste (CPO-D=19,6) apresentaram os menores índices de ataque da cárie, no entanto a presença de dentes sem tratamento odontológico e com tratamento mutilador nessas regiões foi superior às demais. O percentual de contribuição dos componentes *cariado* e *perdido* para a composição do índice foi respectivamente 14,9% e 74,3% no Norte, 14,6% e 71,8% no Nordeste e, nas demais regiões, não atingiu 11% e 62% (MS, 2004).

Quadro 2: Resumo das publicações revisadas sobre cárie dentária em adultos.

Autores/ Ano	País	Desenho	Amostra	Idade	Dados sobre Cárie dentária
Ministério da Saúde (2004)	Brasil	Transversal	13.435	35-44	CPO-D 20,1; C 2,3; P 13,2; O 4,2 Média de dentes Hígidos 10,8
Frazão, Antunes e Narvai (2003)	Brasil	Transversal	5.777	35-44	CPO-D 22,4; C 1,5; P 11,6; O 9,3
Ivankovic et al. (2003)	Bósnia e Herzegovina	Transversal	401	35-44	Prevalência 98%, somente Cariado 84% CPO-D 15,1; C 3,5; P 5,7; O 15,1
Lin et al. (2001a)	China	Transversal	1.573	35-44	Prevalência 89% <i>Rural</i> : CPO-D 4,9; C 2,2 P 2,5; O 1,1 <i>Urbano</i> : CPO-D 4,3; C 1,2; P 2,4; O 0,7
Vrbic (2000)	Eslovênia	Compara estudos: 1987, 1993 e 1998	406 (1987) 256 (1993) 161 (1998)	35-44	Diminuição da gravidade da cárie no período 1987: CPO-D 20,5; C 2,6; P 1,7; O 9,2 1999 CPO-D 14,7; C 0,9; P 5,2; O 8,6
Doughan, Kassak e Bourgeois (2000)	Líbano	Transversal	401	35-44	Prevalência 98,5% CPO-D 16,3
Petersen et al. (2000)	Lituânia	Transversal	381	35-44	CPO-D 14,2; C 3,3; P 4,5; O 6,5
Kalsbeek et al. (1998)	Holanda	Transversal	1.373	25-55	30-34 a: CPO-D 14,3; C 1,3; P 1,8; O 11,3 40-44 a: CPO-D 17,8; C 1,1; P 5,5; O 11,2

Quadro 2: Resumo das publicações revisadas sobre cárie dentária em adultos. (continuação)

Autores/ Ano	País	Desenho	Amostra	Idade	Dados sobre Cárie dentária
Hescot, Bourgeois e Doury (1997)	França	Transversal	1.000	35-44	CPO-D 14,6; C 1,2; P 3,0; O 10,4 CPO-D < 4 (93,7%)
Petersen e Tanase (1997)	Romênia	Transversal	311	35-44	CPO-D 10,2; C 4,0; P 3,7; O 2,5
Micheelis e Bauch (1996)	Alemanha	Compara estudos: 1989 e 1992	1.741 (1989) 1.519 (1992)	35-44	CPO-D 16,1
Petersen e Razanamihaja (1996)	Madagascar	Transversal	1809	35-44	CPO-D 13,1; C 8,1; P 4,8; O 0,2 CPO-D 10,9 (Homens) 14,5 (Mulheres)
van Palestein Helderma, Kalam Joarder e Begum (1996)	Bangladesh	Revisão 1978-1991	-	35-44	Média do CPO-D dos estudos 1,4

Condição periodontal

Sendo a segunda enfermidade de maior prevalência no âmbito da saúde bucal, a doença periodontal tem como fatores de risco principais a placa bacteriana e o hábito de fumar. Uma revisão de literatura feita por Ong (1998) indicou uma tendência de crescimento da perda dental, devido à enfermidade periodontal, em substituição à cárie dentária. O risco de perda dental aumenta com o hábito de fumar, a perda de inserção e a dimensão vertical diminuída. Os dentes anteriores inferiores foram os mais freqüentemente extraídos, devido a doenças periodontais.

Pilot (1998), no entanto, ressalta que a tendência crescente para a perda dental, devido à doença periodontal, não se dá antes dos cinquenta anos. Para o autor, o problema periodontal mais prevalente entre os adolescentes é a inflamação gengival, acompanhada, geralmente, da presença de cálculo e placa dental. A periodontite destrutiva rasa, também denominada bolsa rasa, com profundidade inferior a 6 mm, é mais freqüente que a periodontite destrutiva avançada ou bolsa profunda. A destruição severa do periodonto na maioria dos estudos revisados afetou, no máximo, 15% dos indivíduos.

Petersen (2003), analisando dados da Organização Mundial de Saúde, corrobora os achados de Pilot (1998), ao apontar uma variação da prevalência de periodontite avançada entre 5% e 15%.

Estudos de revisão realizado em Bangladesh e Nepal e um estudo transversal na Flórida encontraram resultados superiores no comportamento da periodontite destrutiva avançada (Quadro 3). Foram encontradas prevalências de até 65% em

Bangladesh, 34% no Nepal e 31% na Flórida (van Palestein Helderma, Kalam Joader e Begum, 1996; van Palestein Helderma et al., 1998; Dolan et al., 2001).

Dentre os estudos revisados e apresentados no quadro 3, o Brasil apresentou o maior percentual de indivíduos sadios (21,9%) e o menor percentual de periodontite destrutiva avançada (2,1%) (MS, 2004).

Quadro 3: Resumo das publicações revisadas sobre condição periodontal em adultos.

Autores/ Ano	País	Desenho	Amostra	Idade	Dados sobre Condição Periodontal
Ministério da Saúde (2004)	Brasil	Transversal	13.435	35-44	Sadio: 21,9%; Gengivite: 9,9%; Presença de Cálculo: 46,7%; Bolsa Rasa: 7,8%; Bolsa Profunda: 2,1%
Dolan et al. (2001)	Florida	Transversal	873	45 e +	31% de Bolsa Profunda
Corbet, Wong e Lin (2001)	China	Transversal	1.573	35-44	<i>Área Urbana:</i> Sadio: 0%; Gengivite: <1%; Presença de Cálculo: 61%; Bolsa Rasa: 34%; Bolsa Profunda: 5% <i>Área Rural:</i> Sadio: 0%; Gengivite: <1%; Presença de Cálculo: 68%; Bolsa Rasa: 29%; Bolsa Profunda: 3%
Lin e Schwarz (2001)	China	Compara estudos nacionais	Não Informa	35-44	Bolsa Rasa: 11,3%; Bolsa Profunda: 2,1%

van Palestein Helderma et al. (1998)	Nepal	Revisão	-	35-44	Gengivite: 0% a 3% Cálculo: 28 % a 70% Bolsa Rasa: 20% a 38% Bolsa Profunda: 3% a 34% (prevalência média estimada em 29%). Nepal está entre 15% países de maior prevalência de bolsa profunda
Petersen e Tanase (1997)	Romênia	Transversal	311	35-44	Sadio: 1%; Gengivite: 20,2%; Presença de Cálculo: 72,1%; Bolsa Rasa: 6,7%; Bolsa Profunda: 4%
Micheelis e Bauch (1996)	Alemanha	Compara estudos: 1989 e 1992	1741 (1989) 1519 (1992)	35-44	Sadio: 4,9%; Gengivite: 11,2%; Presença de Cálculo: 24,6%; Bolsa Rasa: 42,7%; Bolsa Profunda: 16,6%
Petersen e Razanamihaja (1996)	Madagascar	Transversal	1809	35-44	Sadio: 1%; Gengivite: 1%; Presença de Cálculo: 72,1%; Bolsa Rasa: 21,4%; Bolsa Profunda: 4,8%
Van Palestein Helderma, Kalam Joarder e Begum (1996)	Bangladesh	Revisão 1978-1991	-	35-44	Grande variações entre os estudos: Gengivite: 0% a 1% Cálculo: 0 % a 38% Bolsa Rasa: 34% a 57% Bolsa Profunda: 14% a 65% (prevalência média estimada em 26%)

Perda dental

Ao longo de suas vidas, as pessoas estão suscetíveis a novos e repetidos episódios de agravos bucais. As morbidades mais prevalentes, cárie e doença periodontal, deixam seqüelas irreversíveis no nível da estrutura dental ou dos tecidos de sustentação e proteção, as quais se acumulam e, em último estágio, levam à perda dental. Conseqüentemente, a variável idade tem sido a mais comumente associada a este agravo. Idade é um indicador de processos e eventos biológicos, psicológicos e comportamentais, associado aos aspectos culturais e próprios do envelhecimento, refletindo o declínio das habilidades físicas e da capacidade funcional dos indivíduos (Holst e Schüller, 2000).

Baixos níveis de escolaridade e de renda e o hábito de fumar são outros fatores relacionados a maiores percentuais de perda (Hamasha, Sasa e Al Qudah, 2000).

O acesso limitado e a precariedade na oferta de serviços de saúde bucal, os quais historicamente omitiram o atendimento ao adulto e/ou assumiram uma postura mutiladora no tratamento dos estágios avançados da cárie e da doença periodontal, são ainda apresentados como responsáveis pelos elevados percentuais de perda dental em alguns países subdesenvolvidos (Petersen, 2003).

Os estudos que relatam a perda dental concentram as informações no edentulismo total na população acima de 65 anos e no edentulismo parcial nos indivíduos mais jovens. O edentulismo parcial é expresso pela média de dentes perdidos ou pela prevalência, utilizando, por vezes, o ponto de corte em vinte dentes, para fins de comparação segundo as metas da OMS/FDI.

Segundo a literatura consultada no período entre 1995 e 2004, a maioria dos trabalhos sobre perda dental foi de corte transversal, com o objetivo de conhecer a prevalência e a severidade da perda dental (Quadro 4). Dois estudos de tendência foram encontrados no ano de 2000. Vrbic (2000) pesquisou o comportamento da perda dental em adultos eslovenos, nos anos de 1987, 1993 e 1998, e verificou um declínio na média de dentes perdidos (8,7; 6,8 e 5,2, respectivamente) e na prevalência da perda dental (97,8%; 94,5% e 84,4%, respectivamente). Holst e Schüller (2000) estudaram a variação temporal da saúde oral na população adulta da Noruega nos anos de 1973, 1983 e 1994 e constataram uma significativa diminuição de perda dental no período de análise. A proporção de pessoas dentadas nos arcos superior e inferior subiu de 88,2%, em 1983, para 99,2%, em 1994, e a proporção de desdentados caiu de 2,9% para 0,2% no mesmo período. Um outro estudo realizado em 2003, na Noruega, investigou a perda dental no último ano, encontrando uma prevalência de 6,9% (Haugejorden, Klock e Trovik, 2003).

A maioria dos estudos revisados apresentou informações sobre a população urbana. Investigação entre camponeses e indígenas foi realizada na Guatemala e nos Estados Unidos, e estudos da China apresentaram relatos da área urbana e rural (Hunter e Arbona, 1995; Presson, Niendorff e Martin, 2000; Lin et al., 2001b).

No contexto da pesquisa de grupos residentes fora da área urbana, o maior percentual de edentulismo total se deu entre os camponeses guatemaltecos – 46% na faixa etária de 30 a 39 anos e 50% nos adultos de 40 a 49 anos. Os camponeses chineses e os índios americanos e nativos do Alaska apresentaram baixa prevalência e severidade para perda dental, com melhores condições entre os chineses.

Nos estudos envolvendo grupos urbanos, os menores percentuais de perda dental foram encontrados na Romênia, na França e na Lituânia (Petersen e Tanase, 1997; Hescot, Bourgeois e Doury, 1997; Petersen et al., 2000)

No Brasil, a perda dental é precoce e severa. Dados preliminares do levantamento nacional realizado em 2003 informaram que pouco mais de 10% dos idosos brasileiros apresentavam 20 ou mais dentes naturais presentes na boca, e 75% eram desdentados totais. Entre os adultos de 35 a 44 anos, 28% eram totalmente desdentados, em, pelo menos, um dos arcos dentais, e 54% apresentavam 20 ou mais dentes naturais na cavidade bucal, enquanto a meta para o ano 2000 da OMS preconizava 75% (MS, 2004).

Frazão, Antunes e Narvai (2003), estudando a perda dental precoce em adultos de 35 a 44 anos no Estado de São Paulo, encontraram 65% dos indivíduos com 20 ou mais dentes presentes na boca. Segundo os autores, o avanço da idade, a população de cor negra, os estudantes das escolas rurais, a ausência de flúor na água de abastecimento público do setor urbano e dos municípios de pequeno porte populacional foram fatores associados a maiores percentuais de perda dental.

Quadro 4: Resumo das publicações revisadas sobre perda dental em adultos.

Autores/ Ano	País	Desenho	Amostra	Idade	Dados sobre Perda Dental
Ministério da Saúde (2004)	Brasil	Transversal		35-44	54% $\geq$ 20 dentes presentes 28% edêntulo total em um dos arcos
Steele et al. (2004)	Austrália Reino Unido	Transversal	1.386 1.629	30-49	81,6% $\geq$ 20 dentes presentes (Austrália) 80% $\geq$ 20 dentes presentes (Reino Unido)
Frazão, Antunes e Narvai (2003)	Brasil	Transversal	5.777	35-44	65% $\geq$ 20 dentes presentes
Haugejorden, Klock e Trovik (2003)	Noruega	Transversal	1.347	20-44	Perda dental no último ano: 6,9%-
Dolan et al. (2001)	Flórida	Transversal	873	45 e +	19% edêntulo total
Lin et al. (2001b)	China	Transversal	1.573	35-44	Média de dentes perdidos: 2,6 dentes (rural) e 2,4 (urbano). Quase 100% possuem $\geq$ 20 dentes
Vrbic, 2000	Eslovênia	Compara estudos: 1987, 1993 e 1998	406 (1987) 256 (1993) 161 (1998)	35-44	Média de dentes perdidos: 8,7; 6,8; 5,2 Prevalência de perda dental: 97,8%; 94,5%; 84,4%
Petersen et al. (2000)	Lituânia	Transversal	381	35-44	1% Edêntulo Total
Presson, Niendorff e Martin (2000)	Índios, USA e Alaska	Transversal	2.899	35-44	2,9% Edêntulo Total; Prevalência de Perda Dental: 4% Média de 24,2 dentes presentes;

					89,2% $\geq$ 20 dentes presentes
Holst e Schüller (2000)	Noruega	Compara estudos: 1973, 1983 e 1994	1.045 (1973) 936 (1983) 676 (1994)	35-44	Edêntulo Total: 2,9% (1983), 0,2% (1994) Média de dentes presentes: 19,3 (1973), 22,5 (1983), 26,4 (1994)
Kalsbeek et al. (1998)	Holanda	Transversal	1.373	25-55	8,8% Edêntulo Total. Média de dentes perdidos: 30-34 a (1,8) 40-44 a (5,5)
Petersen e Tanase (1997)	Romênia	Transversal	311	35-44	Edêntulo Total: 0,01% Média de 28,3 dentes presentes
Hescot, Bourgeois e Doury (1997)	França	Transversal	1.000	35-44	97% $\geq$ 20 dentes presentes Média de 27,1 dentes presentes
Hunter e Arbona (1995)	Guatemala (Rural)	Transversal	60	15 e +	Média de Dentes Perdidos: 14% (Homens), 17% (Mulheres) Edêntulo Total: 46% (30-39 a) 50% (40-49 a)

Uso e necessidade de prótese

Estudos sobre o uso e a necessidade de prótese em nível populacional são pouco freqüentes na literatura e focalizam predominantemente a população acima de 65 anos. Em geral, os estudos abordam questões de acesso a serviços e sobre os reflexos das reparações protéticas no cotidiano dos indivíduos, com ênfase nas atividades comer, falar e na satisfação com a aparência.

O uso e a necessidade de reabilitação protética estão relacionados a aspectos culturais, condição de saúde bucal e à organização e acesso a serviços de saúde de cada local, devendo ser analisados conjuntamente.

A questão da perda dental e da utilização de prótese, entre camponeses na Guatemala, foi abordada por Hunter e Arbona (1995), enquanto aspecto cultural. A média de dentes perdidos nas mulheres de 30 a 39 anos foi 20,5 dentes, e, entre os homens, 7,0 dentes, por conseguinte o uso de prótese total era maior entre as mulheres (47%) que entre os homens (7%). O uso de prótese representava 87% do registro de perda dental entre as mulheres. A prótese total em um ou ambos os arcos dentais foi identificada em 80% das mulheres que receberam tratamento reabilitador. Segundo os autores, na percepção deste grupo populacional, a exodontia previne dores dentais futuras e, associada à reposição protética para fins de estética bucal, foi fator considerado na preparação das mulheres para o matrimônio.

É provável que o baixo índice de perda dental justifique, em parte, o padrão do uso de prótese em países como França, Romênia, Suécia e China.

A França tem registrado um decréscimo na procura de profissionais de saúde bucal. A melhoria das condições de saúde bucal tem sido um dos fatores

apontados como responsáveis por este comportamento. Estudando aspectos da saúde bucal em adultos de 35 a 44 anos, Hescot, Bourgeois e Doury (1997) encontraram baixos percentuais de perda dental, conforme pode ser observado no quadro 4. O uso de próteses fixas foi observado em 9,1% dos adultos, todavia 7,3% possuíam apenas uma ponte fixa. A prótese parcial removível era usada por 11,5%, e a prótese total, por 13,2%, porém apenas 1,7% usava prótese total nos dois arcos dentais.

Os indicadores de saúde bucal entre adultos na Romênia se assemelhavam aos da França. Conseqüentemente, o uso de prótese dental foi relativamente baixo. A prevalência de prótese total em adultos de 18 a 62 anos foi 2,2%, com maior percentual de uso no arco superior, e menos de 1% fazendo uso simultâneo nos arcos superior e inferior. Os autores não estudaram outros tipos de prótese dental (Petersen e Tanase, 1997).

Hjern et al. (2001), estudando suecos nos anos de 1996 e 1997, encontraram 7% dos adultos entre 16 e 84 anos usando algum tipo de prótese, sendo maior o percentual com o avanço da idade (2% entre 25-44 anos e 12,8% entre 45-64 anos). Baixo nível de escolaridade, possuir reserva de dinheiro e não ter nascido na Suécia foram fatores associados ao uso de prótese, independente da idade, do sexo e da localização geográfica, conferindo, no mínimo, o dobro de chance.

Lin e Schwarz (2001) fizeram uma revisão dos artigos publicados no período de 20 anos, com o propósito de obter informações sobre a condição epidemiológica, a situação e a organização dos serviços de saúde oral na China. Identificaram um baixo percentual de perda dental entre os idosos (5% a 8%). Na avaliação dos serviços de reabilitação protética, encontraram uma maior oferta de prótese total em detrimento das próteses parciais. A proporção de desdentados totais

que receberam tratamento protético foi de 64% a 87%, enquanto, entre os que apresentavam perda dental parcial, o percentual de oferta desses serviços foi de 18% a 30%.

Estudando fatores de risco para perda dental e *status* protético entre brancos e negros na Flórida, Dolan et al. (2001) encontraram um percentual de 10,2% dos adultos acima de 44 anos usando prótese total, exclusivamente no arco superior. A prótese parcial removível foi encontrada em 37,7% dos entrevistados, sendo 21,3% no arco inferior. O uso de próteses fixas foi alto: 58% das pessoas possuíam uma ou mais coroas fixas, e 23%, uma ou mais ponte fixas. O elevado percentual de uso de próteses fixas foi atribuído ao maior acesso a serviços reabilitadores dessa natureza, bem como ao tratamento da cárie dentária em estágio mais precoce.

Na Alemanha, 23,9% dos indivíduos entre 16 e 79 anos faziam uso de algum tipo de prótese dental, com predomínio do uso de próteses parciais (19,2%). A condição protética foi um importante preditor no impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. O grupo de indivíduos que relatou maior prejuízo na qualidade de vida apresentou proporcionalmente maior percentual de uso de próteses totais ou removíveis (John et al., 2004).

Dados recentes sobre a situação protética de adultos brasileiros entre 35 e 44 anos indicaram que 48% usavam prótese no arco superior, e pouco mais de 15%, no arco inferior. Conseqüentemente, o percentual de necessidade foi maior na mandíbula (71%) com pouco mais de 1/3 da população necessitando de algum tipo de prótese na maxila. O tipo de prótese mais utilizada em ambos os arcos dentais foi prótese total (52,8% na maxila e 45,6% na mandíbula), seguida da prótese parcial

removível (34,5% na maxila e 40% na mandíbula). Em contrapartida, os tipos mais necessários foram a combinação de prótese (45,7% no arco inferior e 39,6% no arco superior) e a prótese fixa ou removível para a reposição de mais de um elemento dentário (40,3% no arco inferior e 35,8% no arco superior). Os altos índices de perda dental e o baixo acesso a tratamentos reabilitadores protéticos foram os prováveis responsáveis pelos percentuais encontrados no levantamento nacional brasileiro (MS, 2004).

Dor orofacial

A prevalência das condições dolorosas é alta e crescente nos últimos tempos. A maior longevidade dos indivíduos, a inclusão de novos hábitos de vida e o prolongamento da sobrevida de pacientes com afecções clínicas naturalmente fatais são alguns dos aspectos apontados como responsáveis pelo aumento dos registros de dor, em especial a dor crônica (Teixeira et al., 2003).

A dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causados no cotidiano. Acarreta, por conseguinte, um dramático efeito para a sociedade, no elevado custo do tratamento e no custo das horas perdidas no processo produtivo (Macfarlane et al., 2002).

A dor orofacial tem importância significativa na Odontologia. Qualquer sintoma doloroso relacionado à face, à boca e aos arredores recebe a denominação Dor Orofacial, ou seja, compreende a região abaixo da linha orbitomeatal, acima do pescoço e anterior às orelhas. Os tipos mais prevalentes são: dor de dente e dor na

região da Articulação Têmporo-Mandibular –ATM (Honkala et al., 2001; Macfarlane et al., 2002; Kosminsky; e Góes, 2003).

Em uma revisão sistemática, Macfarlane, Glenny e Worthington (2001) encontraram 59 periódicos publicados entre 1994 e 1998. A diversidade de metodologias utilizadas dificultou a comparação dos dados de prevalência de dor orofacial entre os estudos revisados. Idade, gênero e fatores psicológicos mostraram-se associados à dor orofacial. A ausência de informações acerca de fatores mecânicos e outras morbidades não permitiram estabelecer conclusões confiáveis. Os autores ressaltaram a necessidade de estudos de melhor qualidade e de âmbito populacional, com inclusão de fatores demográficos e de estilo de vida, fatores mecânicos locais, saúde geral e fatores psicológicos. Outro cuidado refere-se às variações no período de análise da dor. Alguns estudos se reportaram à sintomatologia dolorosa nos últimos seis meses, outros no último mês, e houve ainda os que coletaram a informação na última semana.

Apesar dessas limitações, constata-se um crescente número de estudos na área, e importantes percentuais de dor orofacial foram identificados entre adolescentes, adultos e idosos. Idade e gênero revelaram-se as variáveis mais comumente associadas à dor orofacial.

Um estudo realizado com trabalhadores das indústrias de aço e de vidro na Malásia investigou a presença de dor orofacial no último mês. A prevalência encontrada foi de 43,6%, sendo a dor de dente espontânea e provocada por líquidos ou alimentos quentes responsável por 47,6% de todos os tipos de dor investigados, seguida por dor na articulação durante a mastigação (17,9%). A severidade da dor foi majoritariamente leve e moderada (Jaafar, Razak e Zain, 1989).

Estudo entre adolescentes da Malásia identificou alta prevalência de dor e/ou desconforto nas últimas quatro semanas (65%). A dor orofacial foi o segundo tipo de dor mais encontrado (41%) depois de dor de cabeça (53%). O tipo de dor orofacial mais freqüente foi dor de dente provocada por líquidos e/ou alimentos (16%). A maioria dos indivíduos (96%) referia intensidade leve e moderada (Dorey e Jaafar, 1998).

A experiência de dor de dente nos últimos dois anos entre adolescentes finlandeses de 12 a 18 anos apresentou tendência de crescimento no período entre 1995 e 1997 (de 31% para 37%), sendo igualmente crescente com o aumento da idade (Honkala et al., 2001).

Riley III e Gilbert (2001) realizaram estudo de prevalência dos sintomas da dor orofacial na Flórida em 724 indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos. Encontraram uma prevalência equivalente a 42,7% no último semestre, sendo os tipos predominantes: dor provocada por alimentos quentes ou frios (23,8%), dor associada a úlceras (15,6%), dor de dente (12%) e dor durante a mastigação (9,1%). Verificaram, também, diferenças significativas na percepção da dor entre os sexos: maior relato de sintomas dolorosos múltiplos e de dores associadas a úlceras entre mulheres. O sexo feminino foi fator de risco para a dor na articulação dos maxilares e dores na face, enquanto os homens foram mais propensos a reportarem dores provocadas por alimentos quentes ou frios. Quanto à classificação da dor segundo sua intensidade, notaram-se diferenças significativas entre homens e mulheres. Maior percentual de mulheres classificou a dor na articulação dos maxilares, dor de dente e dor associada a úlceras suficientemente intensas, para provocar impacto no seu comportamento.

Estudo realizado por Macfarlane et al. (2002), envolvendo 4.000 pessoas com idade entre 18 e 65 anos, escolhidas ao acaso em um centro médico da Inglaterra, mostrou que $\frac{1}{4}$ da população sofreu de dor orofacial no último mês. Dor ao redor dos olhos foi o tipo mais freqüente (11,7%), seguido de dor na ATM (9,6%). A prevalência da dor diminuiu com o avanço da idade (30% entre 18-25 anos e 22% entre 56-65 anos). Segundo os autores, a presença da dor orofacial manifestou-se mais alta em mulheres. A maior freqüência na população feminina foi atribuída à alta sensibilidade a estímulos e à maior capacidade em detectar sinais que os homens.

Em uma revisão de literatura, Kosminsky e Góes (2003) verificaram que a dor de dente representou o tipo mais prevalente de dor orofacial, apresentando percentual que variava entre 13% e 39,7% na população adulta acima de 16 anos. O Canadá e a Suécia foram os países que apresentaram, respectivamente, maior e menor prevalência entre os estudos revisados. Já os estudos realizados na Inglaterra, entre 1986 e 2000, encontraram prevalência variando entre 15,1% e 27,7%. Nos EUA, ela variou entre 27% e 38%. Vargas, Macek e Marcus (2000), estudando a dor de dente nos últimos seis meses entre americanos acima de 19 anos, perceberam uma prevalência menor (13,6%) que os estudos revisados por Kominsky e Góes (2003), com ressalva para o fato de que os autores da revisão não informaram o período de tempo a que se referiram os estudos analisados.

1.3 Saúde e Qualidade de Vida

Estudos sobre qualidade de vida e associação com saúde são relativamente recentes, mas de significativo crescimento nas duas últimas décadas. Grande parte deles teve como objetivo a definição do termo e a apresentação de instrumentos de aferição (Allisson, Locker e Feine, 1997; Slade, 1997; Paschoal, 2000; Inglehart e Bagramian, 2002; Locker, Jokovic e Clarke, 2004).

Utilizado pioneiramente por Pigou, na década de 1920, ao escrever sobre aspectos da economia e do bem-estar dos indivíduos, o termo qualidade de vida passou a ser freqüentemente utilizado no acompanhamento do desenvolvimento dos países no período Pós II Guerra Mundial (Paschoal, 2000). Atrelada aos aspectos econômicos, a qualidade de vida tornou-se decorrência direta do crescimento dos países, independentemente da distribuição da riqueza. Produto Interno Bruto, renda *per capita* e taxa de desemprego exemplificam as medidas de qualidade de vida utilizadas naquele momento.

Diante das desigualdades sociais existentes na maioria dos países, o conceito de qualidade de vida passou a ser atrelado aos indicadores de desenvolvimento social. Assumiu caráter multidimensional e perpassou os setores: saúde, educação, moradia, transporte, lazer e trabalho, ao que os autores denominaram medidas de *qualidade de vida objetiva*. Na década de 1960, a percepção de que as ações sociais eram insuficientes, para medir a qualidade de vida no nível individual, passou-se, então, a valorizar a auto-percepção dos indivíduos, ao que se denominou *qualidade de vida subjetiva* (Farquhar, 1995; Paschoal, 2000).

O processo de transição demográfica e epidemiológica vivenciado nas últimas décadas em muitos países, somado aos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento de morbidades crônico-degenerativas ou de alta letalidade, tiveram como consequência o aumento da sobrevida. Este fato, somado à influência de novos paradigmas sobre políticas e práticas no setor saúde, foi o responsável, em parte, pelo crescente interesse sobre o tema qualidade de vida nos estudos científicos da área (Paschoal, 2000; Seidl e Zannon, 2004).

A constituição de um grupo de trabalho composto por pesquisadores da área junto à Organização Mundial de Saúde e a edição de um periódico específico sobre o tema na década de 1990 – Quality of Life Research – exemplificam o crescente interesse do constructo qualidade de vida.

Existe uma variedade de conceitos de qualidade de vida. Há definições gerais que envolvem aspectos de satisfação, sensação de bem-estar e felicidade. Outras identificam características consideradas essenciais a qualquer avaliação de qualidade de vida, tais como liberdade, dignidade, satisfação nos aspectos físicos, sociais e mentais. Algumas se restringem à dimensão do estudo, como, por exemplo, as que fazem referência à capacidade funcional no âmbito da saúde. Por fim, as definições combinadas, mais adotadas pela literatura científica, englobam os dois últimos modelos (Farquhar, 1995).

O conceito da Organização Mundial de Saúde é um claro exemplo desta combinação: “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e os sistemas de valores nos quais vive e em relação a seus objetivos, expectativa, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

A despeito da variedade de conceitos, existe consenso quanto à característica multidimensional e à subjetividade dos termos qualidade de vida e saúde entre os estudiosos da área. Os referidos termos abrangem questões sobre o conhecimento, as experiências e os valores individuais e coletivos, assumindo dimensões histórica, cultural e de estratificação social, as quais devem ser consideradas pelos pesquisadores. A qualidade de vida em saúde deve, portanto, ser mensurada a partir da percepção do próprio indivíduo, e não do pesquisador (Minayo Hartz e Buss, 2000; Paschoal, 2000; Seidl e Zannon, 2004).

O grupo constituído pela OMS faz recomendações sobre a construção e o uso dos instrumentos de medida do impacto da saúde na qualidade de vida, na tentativa de superar os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade dos construtos. Quanto à subjetividade, propõe a inclusão de variáveis de avaliação objetiva e subjetiva. A avaliação objetiva deve incluir informações gerais sobre condição biológica, comportamento e capacidade funcional, as quais dimensionarão o estado de saúde dos indivíduos. A avaliação subjetiva deve conter questionamentos sobre satisfação/insatisfação do indivíduo acerca do estado de saúde, em cada uma das informações, o que determinará o tamanho da percepção dos indivíduos. Para a multidimensionalidade, o grupo recomenda a inclusão de, pelo menos, três dimensões: física, psicológica e social. Assim, os instrumentos devem considerar informações sobre aspectos de funcionamento do organismo, estado cognitivo e afetivo e questões sobre as relações interpessoais e os papéis sociais na vida dos indivíduos.

Saúde bucal e qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida na Odontologia segue as mesmas reflexões descritas anteriormente. Para Sheiham et al. (2001), a qualidade de vida dos indivíduos está fortemente influenciada por sua condição de saúde, inclusive a saúde bucal. Restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente sobre aspectos da alimentação, fala, locomoção, convívio social e auto-estima.

Locker (1997a), no entanto, adverte para o fato de piores indicadores clínicos não refletirem necessariamente em relatos de impacto negativo na qualidade de vida. Segundo o autor, é possível encontrar indivíduos portadores de enfermidades crônicas relatando melhores níveis de qualidade de vida que indivíduos saudáveis.

Allison, Locker e Feine (1997) sugerem como explicação desse fenômeno a característica multidimensional e subjetiva do construto qualidade de vida. Autores como Reisine (1988), Jokovic e Locker (1997) concordam com a idéia de que a natureza freqüentemente assintomática das morbidades e agravos bucais, bem como o receio, a ansiedade ou mesmo a aversão ao tratamento odontológico, podem ainda contribuir, para explicar esse comportamento. Um estudo realizado por McGrath e Bedi (2004) entre britânicos com idade igual ou superior a 16 anos corrobora as reflexões anteriores, ao evidenciar associação entre a ansiedade referente ao dentista ou ao tratamento dentário e o relato de impacto na qualidade de vida. As pessoas que demonstraram ansiedade relataram o dobro de impacto. Na visão dos autores, uma explicação para este resultado é o fato de ansiedade e impacto decorrerem de características psicológicas, envolvendo aspectos de afetividade negativa. Outra razão pode ser uma maior negligência dos indivíduos com sua

condição bucal, o que geraria maior volume e complexidade nos tratamentos, implicando no aumento da ansiedade, na diminuição da procura, na piora da condição bucal e, portanto, no maior impacto.

Inglehart e Bagramian (2002) concluem que experiências pessoais, educacionais e culturais, experiência atual e passada de morbidades bucais e do contato com serviços de saúde, estado emocional e perspectivas satisfatórias com o futuro são fatores apontados como de forte influência nos resultados das pesquisas sobre o tema.

Gift, Atchison e Drury (1998) consideram a percepção da condição de saúde bucal uma importante medida para a Odontologia, por estar associada à predisposição dos indivíduos, ao acesso a serviços de saúde e à condição clínica presente. Leão e Sheiham (1995) argumentam que diferentes níveis de saúde bucal proporcionam diferentes impactos no cotidiano das pessoas e que é desejável que, no estudo das necessidades de saúde bucal dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente com a condição clínica. Reisine et al (1989), ao analisarem a adequação do uso de indicadores de qualidade de vida na Odontologia, concluíram que os mesmos são sensíveis na identificação e na descrição do impacto em diferentes condições clínicas bucais. Analisaram o impacto segundo bem-estar, sintomas físicos e função social. Este último mostrou maior sensibilidade na identificação de diferenças do comportamento do impacto.

É consenso entre os autores que estudos sobre saúde bucal e qualidade de vida devam abordar quatro dimensões: *dor e desconforto*, *aspectos funcionais* referentes à capacidade de mastigar e engolir os alimentos sem dificuldade, bem como falar e pronunciar as palavras corretamente, *aspectos psicológicos* referentes à

aparência e auto-estima, e *aspectos sociais* refletindo interação social e comunicação com as pessoas (Locker, 1997b; Slade, 2002).

Essas dimensões foram pioneiramente descritas por Locker (1988), ao apresentar um modelo teórico de avaliação da saúde bucal, com base na Classificação Internacional de Danos, Limitações e Incapacidade da OMS. Segundo o pesquisador, os agravos e os eventos bucais causam danos ou prejuízos que podem levar diretamente a incapacidades ou a expressarem os seguintes sintomas: dor e desconforto, limitação funcional e insatisfação com a aparência. Estes sintomas podem desencadear limitações físicas, psicológicas e/ou sociais e conseqüente incapacidade. Dor e desconforto podem levar à incapacidade diretamente (Figura 2).

Figura 2: Modelo teórico de avaliação da saúde bucal proposto por Locker (1988).

Reconhecendo a importância do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, vários pesquisadores têm apresentado instrumentos de medida específicos na área, com o propósito de avaliar a condição de saúde e os serviços

odontológicos prestados (Slade, 1997; Slade, 2002; Allen 2003). Em alguns, observa-se claramente a influência do modelo proposto por Locker (1988).

O estudo do impacto social das doenças bucais foi primeiramente proposto por Sheiham, Cushing e Maizels (1986). Na visão dos autores, o acentuado e quase exclusivo uso de características clínicas na avaliação da saúde desconsiderava o impacto das doenças bucais no bem-estar dos indivíduos. Para eles, era necessário incluir dimensões de bem-estar, como ausência de dor, desconforto e função adequada, na perspectiva do próprio indivíduo. Propuseram avaliar o Impacto Social das Doenças Bucais (*The Social Impacts of Dental Disease – SIDD*) através de um instrumento baseado em quatro categorias de impacto no cotidiano: *função, interação social, conforto e bem-estar e auto-imagem*. A categoria funcional investiga restrições na alimentação, enquanto a interação social analisa restrições na comunicação. Dor e desconforto ocorridos nos últimos doze meses são os aspectos da categoria conforto e bem-estar. Por fim, insatisfação com dentes, próteses ou outros fatores da aparência estão incluídos na categoria auto-imagem.

Atchison e Dolan (1990) propuseram um instrumento de mensuração de saúde bucal para pacientes geriátricos, o que resultou em um índice chamado Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica (*The Geriatric Oral Health Assessment Index – GOHAI*). Posteriormente as autoras o adaptaram para o uso na população em geral, e o termo geriátrico foi substituído por geral. Através de 12 perguntas, o índice investiga problemas *funcionais* relativos à alimentação, à deglutição e à fala, aspectos de ordem *psicossocial*, incluindo dificuldades para trabalhar ou manter a concentração, insatisfação com a aparência e contato com as pessoas, e uma terceira

dimensão denominada *dor e desconforto*, em que se avalia o uso de medicação para dor ou desconforto.

O Perfil de Impacto Dental (*The Dental Impact Profile –DIP*) de Strauss (1997) é definido por um instrumento contendo 25 itens, inteiramente respondido pelo indivíduo, salientando a importância dos dentes para as funções do dia-a-dia. Em uma escala ordinal (muito, pouco, nenhum), os entrevistados informam sobre o efeito de sua condição bucal em vários aspectos de sua vida. Os itens estão agrupados em quatro sub-escalas: alimentação, saúde/bem-estar, relação social, relacionamentos afetivos (romance).

O Perfil de Impacto da Saúde Bucal (*The Oral Health Impact Profile – OHIP*) desenvolvido por Slade e Spencer (1994) direciona-se à avaliação da incapacidade e do *status* funcional nos aspectos social, psicológico e físico em relação à saúde bucal. Através de 49 questões, mede o impacto através de sete dimensões: limitação de funções específicas dos dentes e boca, dor, desconforto, limitações físicas, limitações psicológicas, limitações sociais e incapacidade. As respostas se baseiam em uma escala de Likert de cinco pontos.

Leão e Sheiham (1995) desenvolveram o Índice de Impacto Dental na Vida Cotidiana (*The Dental Impact in Daily Living – DIDL*). Trata-se de uma medida sócio-dental com 36 questões, abordando a percepção do paciente nas seguintes questões: conforto, aparência, dor, performance e restrição alimentar. O impacto é codificado como +1 para impacto positivo, 0 para inexistência de qualquer tipo de impacto e -1 para o impacto negativo. O total do impacto em cada dimensão resultará da média dos códigos entre as questões daquela dimensão.

Kressin (1997) apresenta um outro recurso que avalia a saúde bucal relacionada à qualidade de vida (*The Oral Health-Related Quality of Life Measure – OHQOL*). Nele são citados questionamentos referentes ao impacto da saúde bucal no trabalho e no lazer, nas atividades sociais com família ou amigos e na percepção com a aparência. A resposta a cada uma destas perguntas é baseada em escores em seis pontos de escala acerca da duração do impacto categorizada em “todo o tempo” até “em nenhum momento”. O instrumento também contém dois itens, para investigar desconforto, mensurados em uma escala de cinco pontos, variando entre “nunca” e “sempre”, duas perguntas sobre alimentação e presença de dor de dente nos últimos três meses.

Cornell et al. (1997) relataram uma medida que, através de 15 perguntas, avalia a satisfação pessoal com a saúde bucal e com a condição funcional bucal, assim como a importância atribuída pelo indivíduo para estas questões. Chamaram-na de Inventário de Saúde Bucal e Qualidade de Vida (*The Oral Health Quality of Life Inventory – OH-QOL*). As respostas envolvem aspectos de importância – aferida por três escores (nenhuma, alguma e muita importância) – e satisfação – aferida por quatro escores (infeliz, um pouco infeliz, um pouco feliz e feliz).

Mais recentemente, Adulyanon e Sheiham (1997) lançaram o Índice de Impacto Oral nas Atividades Cotidianas – IODD (*Oral Impacts on Daily Performances – OIDP*), baseado nas dimensões *dor, desconforto, limitação da função e insatisfação com a aparência*. Eles analisam oito atividades cotidianas que representam as performances social, psicológica e física dos indivíduos, mediadas por aspectos da saúde bucal, quais sejam: *comer e mastigar bem os alimentos, falar e pronunciar claramente as palavras, limpar os dentes e a boca, dormir e relaxar,*

sorrir e mostrar os dentes sem embaraço, manter o estado emocional estável, desempenho no trabalho, contato com as pessoas. O índice trabalha com a frequência e a severidade da interferência da condição de saúde bucal nas atividades diárias, considerando ambos na mensuração do impacto. Os autores ressaltam que o cálculo do IODD se baseia no terceiro nível de determinação do modelo teórico de Locker (Figura 2), ou seja, mede o impacto a partir das limitações na performance física, psicossocial e social. O questionário adotado, no entanto, possibilita paralelamente a identificação dos principais sintomas e da condição bucal específica referida pelo indivíduo enquanto responsável pelo impacto. Estas informações podem ser disponibilizadas separadamente para cada uma das atividades ou para todas em conjunto.

A utilização desses indicadores no planejamento dos serviços de saúde, enquanto auxiliar na identificação de grupos prioritários ao atendimento odontológico, tem sido recomendada pela maioria dos propositores. Para Allen (2003), a diversidade e a falta de uniformidade e clareza na aplicação das diferentes medidas, aliada à extensão e complexidade de alguns indicadores, têm dificultado seu emprego mais ampliado pelos serviços. Salienta, no entanto, a importância das recentes iniciativas de elaboração de versões mais compactas de alguns indicadores, bem como dos estudos de comparação entre diferentes medidas de impacto, por parte de alguns pesquisadores, com o objetivo de aprimorar os referidos instrumentos.

Impacto da condição bucal na qualidade de vida dos indivíduos

Estudos sobre qualidade de vida e saúde bucal realizados majoritariamente na população idosa têm demonstrado impactos significativos da condição bucal no cotidiano dos indivíduos, sobretudo nos domínios do bem-estar funcional, social e psicológico. As variáveis clínicas mais comumente associadas à alta severidade do impacto são: presença de bolsa periodontal, perda dental, presença de remanescentes dentais e cárie dentária. *Comer e falar* são as performances mais frequentemente afetadas pela condição bucal (Slade, 2002; Allen, 2003).

Locker (1993), entrevistando idosos de vida independente em uma comunidade do Canadá, encontrou um impacto negativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida igual a 67,5%. Concluiu que a qualidade de vida era comprometida pelo edentulismo, xerostomia e lesões do tecido mole.

Hjern et al. (2001) realizaram um estudo na Suécia, com o intuito de analisar o impacto da condição bucal sobre a atividade comer entre indivíduos de 25 a 64 anos. O impacto foi referido por 4,6% dos entrevistados. Os indivíduos com escolaridade igual ou inferior a 8 anos de estudo, os trabalhadores, os que não haviam nascido na Suécia e os que não possuíam dinheiro de reserva relataram maior impacto que os demais entrevistados.

McGrath, Bedi e Gilthorpe (2000) estudaram a percepção do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida da população britânica através de uma amostra aleatória de adultos em 2.668 domicílios. A maioria dos entrevistados (75%) acreditava que sua condição bucal afetava positiva ou negativamente a qualidade de

vida, com efeitos sobre a mastigação, conforto e aparência. Pessoas de *status* socioeconômico mais alto acreditavam que sua condição bucal afetava positivamente a qualidade de vida em maior proporção que as de *status* socioeconômico mais baixo. O impacto negativo era proporcionalmente mais aferido pelas mulheres e pelas pessoas mais jovens. Os autores concluíram que os britânicos percebiam impacto físico, social e psicológico referente à condição de saúde bucal, com variações significativas para idade, sexo e classe social. Em uma publicação posterior, McGrath e Bedi (2002) forneceram maiores detalhes destas associações. Os aspectos físicos foram os identificados como as mais importantes limitações na qualidade de vida decorrentes da condição bucal. Maior relato de limitações físicas mostrou-se associado à menor faixa etária e ao sexo masculino. As limitações sociais e psicológicas foram mais relatadas por indivíduos de idades mais avançadas e do sexo feminino. A percepção da saúde bucal como aspecto não importante da qualidade de vida foi maior entre os indivíduos de classes sociais mais baixas.

Sheiham et al. (2001), examinando e entrevistando idosos britânicos institucionalizados e não institucionalizados, encontraram diferenças significativas de impacto entre os grupos. O impacto da condição bucal no desempenho diário foi maior entre os edêntulos nos dois grupos estudados. O impacto negativo em uma ou mais atividades cotidianas foi referido por 13,7% dos indivíduos desdentados parciais, 17,2% dos desdentados totais não institucionalizados, e 16,5% e 31,8% dos indivíduos desdentados parciais e totais institucionalizados. As atividades cotidianas mais freqüentemente afetadas foram *comer* e *falar*, com maior percentual de severidade para a primeira. O impacto foi maior entre trabalhadores manuais dentados que relataram o dobro de impacto em relação aos trabalhadores não-

manuais. Houve diferença do relato sobre o impacto de acordo com o local de moradia. Moradores de Londres e Região Sudeste relataram maior percentual de impacto que os moradores de outras regiões. O impacto foi maior entre os que relataram necessitar de tratamento dentário no grupo dos idosos institucionalizados (OR = 4,03) e no grupo dos idosos não institucionalizados (OR=3,06).

Srisilapanan e Sheiham (2001) realizaram um estudo com uma amostra de 707 idosos do Norte da Tailândia e verificaram que 52,8% dessa população acusaram interferência da condição de saúde bucal na sua qualidade de vida. *Comer* foi a atividade mais comumente afetada (47,2%), seguida da *dificuldade para manter estabilidade emocional* (26,8%) e *sorrir* (13,8%). Quando questionados sobre os sintomas e causas responsáveis pelo impacto, os indivíduos apontaram *perda dental* e *mobilidade dental* como as principais causas, enquanto *dor* e *limitação da função* foram os principais sintomas. Os autores encontraram maior severidade do impacto entre os indivíduos com renda baixa e entre os que nunca visitaram o dentista. O impacto foi significativamente maior entre os indivíduos edêntulos, os que apresentaram alguma mobilidade dental, os que possuíam perda de inserção >6 mm, perda de um ou mais dentes anteriores e posteriores, quando comparados aos demais.

Tsakos; Marcenes e Sheiham (2001), estudando idosos britânicos e gregos, descobriram uma influência cultural no impacto da saúde bucal. Os gregos dentados (39,1%) e edêntulos (47,6%) referiram proporcionalmente maior impacto que os britânicos dentados (12,3%) e edêntulos (16,3%). *Comer* foi a atividade cotidiana de maior impacto entre gregos (29,9%) e britânicos (7,5%).

Masalu e Astrom (2002) identificaram 51% dos indivíduos universitários entre 19 e 45 anos na Tanzânia manifestando interferência da saúde bucal no

cotidiano. A presença de dentes com *cavidades de cárie* e a *perda dental* foram responsáveis por 10% da variação do impacto. Quando as variáveis sociais e comportamentais foram acrescentadas ao modelo múltiplo, o poder de explicação acerca da variação do impacto subiu para 19%. Em outra publicação sobre o mesmo estudo, os autores apresentaram os dados sobre impacto com maior detalhamento (Masalu; Astrom, 2003). *Comer* (40%), *limpar os dentes* (17%) e *sorrir* (16%) foram as atividades mais comprometidas pela condição bucal na percepção dos indivíduos. Comparando os dados de percepção do impacto com os dados clínicos coletados, verificaram que presença de dentes com cavidades visíveis, presença de dentes anteriores manchados e perda dental mostraram-se associados a maior relato de interferências negativas.

Considerando a habilidade de mastigar os alimentos uma importante medida no relato de qualidade de vida em saúde bucal, Peek, Gilbert e Duncan (2002) realizaram um estudo longitudinal, para avaliar preditores de dificuldade mastigatória entre adultos na Flórida. Aproximadamente um quinto (20,6%) da amostra manifestou dificuldade mastigatória no início da pesquisa, e um terço (33,8%) reportou dificuldades em, pelo menos, um dos momentos de investigação. A maioria dos indivíduos (63,4%) não acusou dificuldade na mastigação ao longo de todo o período de acompanhamento, e 7,3% referiram dificuldade em todos os momentos da investigação. A prevalência de dificuldade mastigatória nos grupos de indivíduos que referiram problemas com mastigação no início do estudo foi 49,5%, e entre os que não referiram, 29,3%. Problemas gengivais, mobilidade dental, dor de dente, ausência de pares opositores de dentes, sensação de boca seca e ser mulher

foram preditores clínicos de auto-percepção de saúde e demográficos para dificuldade mastigatória.

Um estudo longitudinal envolvendo adultos de idade igual ou superior a 45 anos foi realizado por Chavers, Gilbert e Shelton (2003) na Flórida. A taxa de incidência de impacto da condição de saúde bucal sobre as atividades cotidianas, devido à limitação na função, foi 108,6 por mil pessoas-ano, em razão de doenças bucais ou devido a perda de tecido dental, chegou a 54,1 por mil pessoas-ano, e em decorrência de dor, 29,6 por mil pessoas-ano. Apontaram como melhores preditores de impacto: presença de dor de origem dental, dificuldade para mastigar, presença de abscessos dentais e dentes manchados ou de aparência ruim.

Avaliando aspectos sociodemográficos e uso de prótese em alemães de 16 a 79 anos, John et al. (2004) identificaram associação entre as variáveis *sexo*, *nível de escolaridade*, *área de residência* e *uso de prótese* e maior relato de impacto. Na análise multivariada, no entanto, somente local de moradia e uso de prótese mantiveram-se associadas. Pessoas que residiam em área urbana e usavam prótese removível ou prótese total relataram maior impacto da condição bucal na qualidade de vida que os demais indivíduos, independente das outras características sociodemográficas e de condição clínica estudadas.

Entre britânicos com idade superior a 15 anos, o impacto da condição bucal na qualidade de vida foi referido por 73% dos entrevistados, em um estudo realizado por McGrath e Bedi (2004). Com escores variando entre 16 e 144, o impacto médio aferido foi igual a 90 (DP 16,5). Pertencer às classes sociais mais baixas, ser homem e possuir menos de 20 dentes naturais foram fatores associados ao impacto.

2 HIPÓTESE

A condição de saúde bucal interfere no cotidiano das pessoas com reflexos sobre a qualidade de vida e é influenciada pelos hábitos e cuidados, pela percepção da condição de saúde e pelas características sociodemográficas dos indivíduos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estabelecer a relação entre aspectos da condição de saúde bucal e o impacto na qualidade de vida de adultos de 35 a 44 anos.

3.2 Específicos

Conhecer a condição de saúde bucal dos adultos estudados;

Mensurar o grau em que a saúde bucal compromete o desempenho diário referido pelos indivíduos;

Averiguar se existe associação entre o desempenho diário e as características sociodemográficas;

Verificar se há relação entre a percepção da condição de saúde, dos hábitos e dos cuidados de saúde bucal e o desempenho diário indicado pelos indivíduos;

Investigar a existência de associação entre o desempenho diário e a condição de saúde bucal observada por critérios normativos;

Identificar as variáveis de condição de vida, de percepção da condição de saúde, dos hábitos e dos cuidados e de condição de saúde bucal que melhor explicam o impacto na qualidade de vida, utilizando um modelo hierárquico de determinação.

4 MÉTODO

4.1 Contextualização do Estudo

O presente estudo é componente de um levantamento epidemiológico de base populacional realizado no Município de Chapecó (SC), para avaliar a condição de saúde bucal da população adulta.

Chapecó é uma cidade com aproximadamente 158.000 habitantes, a 569 km de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. É o principal pólo econômico da região oeste do Estado, com a economia baseada na agroindústria, sediando três dos maiores frigoríficos de suínos e aves do País. Nos últimos anos, tem ocorrido uma transição demográfica evidenciada pela urbanização acentuada, pela diminuição da proporção de crianças e jovens e pelo crescimento da população adulta e idosa (Foschiera, 2004).

Entre 1997 e 2004, o Governo local implementou ações de qualificação e ampliação dos serviços de saúde pública. Como resultado, observou-se a melhoria de indicadores de saúde, como, por exemplo, a redução das mortalidades geral, materna e infantil, a redução da internação hospitalar e a diminuição da demanda nas unidades de Pronto-Atendimento e Pronto Socorro (Foschiera, 2004). Na área da Odontologia, a média de dentes atacados pela doença cárie aos 12 anos passou de 3,48, em 1996, para 1,9 em 2002, redução, portanto, de 45,4%. A proporção de crianças livres da doença teve um aumento de 89,6%, no mesmo período (Panizzi,

Peres e Moschetta, 2004). Os indicadores anteriormente referidos, aliados ao processo de inclusão da Odontologia na Estratégia Saúde da Família, motivaram o interesse do gestor do Município em conhecer a condição de saúde bucal da população adulta.

Os custos da coleta de dados foram parcialmente cobertos pela Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó. O trabalho de campo se iniciou em agosto de 2003 e terminou em junho de 2004. A etapa inicial envolveu o sorteio dos setores censitários, a atualização dos dados cadastrais e/ou término do cadastro das famílias em algumas Unidades de Saúde, a atualização dos mapas, a seleção da amostra e o treinamento da equipe. Os dados de prevalência e severidade das morbidades foram disponibilizados ao gestor municipal em dezembro de 2004.

4.2 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional (Pereira, 1995). A coleta de dados primários foi realizada no período compreendido entre abril e junho de 2004

4.3 População do Estudo

A pesquisa teve como população-alvo os adultos residentes na área urbana do Município de Chapecó (SC). Optou-se pela faixa etária de 35 a 44 anos, por ser classicamente representativa da população adulta nos estudos epidemiológicos de saúde bucal (WHO, 1997). Limitou-se à área urbana, por não estarem disponíveis os dados da área rural coletados pelo IBGE no Censo 2000 até o início da pesquisa.

A população do Município é predominantemente urbana (91,6%). Segundo o IBGE (2002), os habitantes de Chapecó residiam em 46 mil domicílios agrupados em 153 setores censitários, sendo 128 deles localizados na área urbana. A população adulta entre 35 e 44 anos residente na área citadina totalizava 19.794 indivíduos.

4.4 Amostra

Tamanho da amostra

Para estipular o tamanho da amostra, adotou-se um intervalo de 95% de confiança e nível de precisão de 5%, usando a aproximação da distribuição binomial para a distribuição normal reduzida. Por possuir a maior variância, trabalhou-se com

o parâmetro $\pi=0,50$, recorrendo-se, na fase do cálculo, ao aplicativo Epi-Info 6.04 (Dean et al. 1994). Adotou-se um fator de correção para efeito do desenho do estudo igual a 1,5, pelo fato de, na amostragem, em múltiplo estágio, um deles corresponder a conglomerado. O valor obtido foi de $n=566$. Sob a hipótese de 10% de não cobertura (recusa, domicílio vago, não localização do indivíduo sorteado após três visitas), ficou estabelecido um n igual a 622 observações.

Seleção das unidades da amostra

A amostra foi obtida por meio de um procedimento misto, isto é, através de amostragem por conglomerados na seleção dos domicílios e de amostragem sistemática na seleção dos indivíduos.

AMOSTRAGEM POR CONGLOMERADO: O processo de composição e seleção da amostra, neste estudo, orientou-se inicialmente pelo agrupamento dos setores censitários em áreas homogêneas quanto à condição de vida, recorrendo-se à totalidade das informações sociodemográficas fornecidas pelo IBGE, referente ao censo 2000. Observaram-se as seguintes etapas: escolha das variáveis que melhor expressavam os diferenciais de condição de vida do Município, a categorização das variáveis e o agrupamento dos setores em áreas homogêneas.

Escolha das Variáveis: Uma análise particularizada do comportamento de todas as variáveis censitárias, identificando seu padrão de distribuição no Município, permitiu a escolha das que melhor representavam a variação do conjunto dos indivíduos, ou seja, as que identificavam os diferenciais intra-urbanos do

Município e que se relacionavam diretamente com condição de vida. Desprezaram-se todas as variáveis que apresentavam simetria na distribuição, indicando comportamento semelhante entre os indivíduos, pela inexpressiva contribuição para evidenciar os diferenciais de condição de vida. As variáveis eleitas para participarem do processo de identificação de grupos homogêneos foram: *analfabetismo*, *escolaridade do chefe da família*, *renda mensal do chefe da família*, *abastecimento de água adequado*, *instalação sanitária adequada*, *coleta de lixo* e *propriedade dos domicílios*.

Categorização das variáveis: Depôs de escolhidas, realizou-se a categorização das variáveis *renda* e *escolaridade*. Os pontos de corte adotados estão descritos mais adiante. A categorização da variável *escolaridade do chefe da família* gerou duas novas variáveis: *escolaridade alta* e *escolaridade baixa*. O mesmo ocorreu com a da categorização da variável *renda do chefe da família*: *renda alta* e *renda baixa*. Todas as informações foram expressas em percentual, tendo, como unidade de medida, o domicílio.

Agrupamento dos setores: Para a obtenção dos grupos homogêneos, utilizou-se a técnica de Análise de Agrupamentos (AA). Essa análise engloba uma variedade de técnicas e algoritmos, o que permite separar objetos em grupos similares. Segundo Everitt, citado por Bussab et al. (1990), o problema que a AA pretende resolver é: “dada uma amostra de n objetos (ou indivíduos), cada um deles medido segundo p variáveis, procurar um esquema de classificação que agrupe os objetos em g grupos. Devem ser determinados também o número e as características desses grupos”.

Para a análise de agrupamentos, foi inicialmente utilizada a Técnica Hierárquica. Como medida de parença, utilizou-se a Distância Euclidiana. Esta análise foi realizada com o auxílio dos Programas *SPSS*, versão 10.0, e *Statisc*, versão 6.0, lançando-se mão da Análise de Componentes Principais (Análise de *Cluster*) como técnica de agrupamento. O estudo do Dendograma não permitiu identificar os grupos, optando-se, posteriormente, pelo método K-means na definição final dos mesmos. Após sete interações, a análise evidenciou um total de três grupos, cuja descrição está apresentada na tabela 1.

Tabela 1: Variáveis definidoras dos grupos de condição de vida. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEL (N=128)	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	(n=46)		(n=45)		(n=37)	
	%	DP	%	DP	%	DP
Propriedade dos domicílios	76,9	8,1	63,7	13,6	77,5	7,9
Abastecimento de água adequado	85,4	24,6	85,7	13,6	91,8	10,6
Instalação sanitária adequada	18,7	12,7	86,8	16,8	76,9	16,2
Coleta de lixo	96,3	5,8	99,6	1,32	96,5	5,6
Analfabetismo	8,3	3,9	2,3	1,45	7,5	5,0
Escolaridade baixa	45,9	9,4	23,7	7,0	44,9	9,6
Escolaridade alta	52,9	8,8	75,5	7,0	54,3	9,7
Renda baixa	67,9	12,7	30,8	9,7	65,0	13,4
Renda alta	32,1	12,7	69,1	9,7	34,9	13,4

DP = desvio-padrão

Na análise do comportamento das variáveis, observou-se que os setores do Grupo 2 apresentaram os melhores resultados para as variáveis renda e

escolaridade. Os setores dos Grupos 1 e 3 apresentaram comportamento semelhante, exceto para a variável *instalação sanitária adequada*, com menor percentual de acesso para aqueles do Grupo 1. As variáveis *analfabetismo*, *escolaridade baixa* e *renda baixa* orientaram o agrupamento dos setores no Grupo 1. *Escolaridade alta*, *renda alta* e *instalação sanitária adequada* definiram o agrupamento dos setores no Grupo 2. *Domicílios próprios*, *abastecimento de água adequado* e *coleta de lixo* foram as variáveis definidoras do Grupo 3.

Uma vez definidas as áreas homogêneas (grupos), passou-se ao segundo estágio da amostragem por conglomerado: o sorteio dos setores censitários. Foram sorteados 50 setores, de maneira aleatória, obedecendo à proporcionalidade da distribuição dos mesmos internamente nos grupos. No último estágio da seleção da amostra por conglomerado, veio a definição dos domicílios a serem visitados. Considerando que os exames e as entrevistas envolveriam apenas um morador adulto por domicílio, para cada grupo foi calculado o número de indivíduos a serem examinados, respeitando a proporcionalidade da distribuição populacional entre os grupos (Quadro 5). Para o sorteio dos domicílios, fixou-se uma fração amostral, em cada setor, tendo em conta sua amostra e população.

Quadro 5: Características dos grupos.

GRUPOS	SETORES		POP. 35 a 44 anos		AMOSTRA	
	N	%	N	%	SETOR	POPULAÇÃO
Grupo 1	46	36,0	6.260	31,6	18	197
Grupo 2	45	35,1	7.843	39,6	18	246
Grupo 3	37	28,9	5.691	28,8	14	179
Total	128	100,0	19.794	100,0	50	622

AMOSTRAGEM SISTEMÁTICA: Para identificar os domicílios sorteados no interior dos setores, utilizaram-se os mapas de territorialização elaborados para esse fim na Estratégia Saúde da Família - ESF. Para cada setor, procedeu-se o sorteio da rua e do domicílio, os quais iniciaram o processo de seleção da amostra. A ordem da seleção teve início pela residência sorteada e seguiu o sentido anti-horário do mapa na direção sul-norte. Após o sorteio dos domicílios, foi consultada a base de dados do cadastramento de famílias da ESF, para a identificação das pessoas moradoras dos mesmos, com listagem nominal por domicílio de todos os que se encontravam dentro da faixa etária de interesse do estudo. Nos domicílios em que habitavam dois ou mais adultos na faixa etária do estudo, selecionou-se o indivíduo participante por sorteio aleatório.

Perdas

Participaram do estudo 504 indivíduos, obtendo-se uma taxa de resposta de 81%. O principal motivo das perdas foi a recusa em participar da pesquisa e, em alguns casos, de receber a visita das Agentes Comunitárias. Nessa última situação,

adotou-se, como estratégia, a remessa, via correio, da Carta de Esclarecimento e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido associada a posterior contato telefônico, que não logrou o êxito esperado, chegando a 13,6% a soma das recusas. O segundo motivo de perda foi a não localização dos indivíduos, apesar das três visitas propostas na metodologia, em dias e horários alternados (5,4%). A distribuição das perdas, segundo os grupos de composição da amostra, está apresentada na tabela 2.

Tabela 2: Número de pessoas e frequência relativa de pessoas segundo grupo.

GRUPO	Nº DE PESSOAS		% PERDA
	Esperado	Examinado	
Grupo 01	197	176	10,6
Grupo 02	246	189	23,2
Grupo 03	179	139	22,3
TOTAL	622	504	19,0

4.5 Plano Operacional do Estudo

O Plano Operacional seguido no estudo está baseado nas orientações da OMS (1997), bem como nas recomendações feitas por Hobdell, Tanda e Gavin (1988) e pelo British Association for the Study of Community Dentistry – BASCD (1997), para o levantamento de dados odontológicos de base populacional.

Coleta de dados

Os dados sociodemográficos dos setores censitários coletados junto ao IBGE (2002) foram trabalhados e reprogramados, tornando-os passíveis de manuseio ao estudo. Participaram do processo de análise e de seleção dos representantes dos diferenciais intra-urbanos do Município todas as variáveis sociodemográficas coletadas pelo IBGE, cujo processo de análise, de seleção e de categorização foi relatado anteriormente e apresentado na tabela 1. Abaixo, estão elencadas as variáveis integrantes do estudo em nível setorial:

- ❖ **Propriedade dos domicílios:** definida pela posse permanente do domicílio e apresentada pelo percentual de domicílios próprios quitados;
- ❖ **Abastecimento de água adequado:** identificada por acesso à rede pública de abastecimento e mostrada pelo percentual de domicílios beneficiados;
- ❖ **Instalação sanitária adequada:** compreendida pelos domicílios ligados à rede pública de esgoto ou com fossa séptica e exibida pelo percentual de domicílios beneficiados;
- ❖ **Coleta adequada de lixo:** determinada por acesso à coleta pública do lixo e listada pelo percentual de domicílios beneficiados;
- ❖ **Número médio de banheiros por domicílio:** obtida pelo cruzamento da variável *número de banheiros por domicílio* com a variável *número de domicílios permanentes do setor*;

- ❖ **Número médio de residentes por domicílio:** conseguida pelo cruzamento da variável *número de residentes por domicílio* com a variável *número de domicílios permanentes do setor*;
- ❖ **Analfabetismo:** considerou-se analfabeto o indivíduo que não sabe ler e escrever aos 15 anos ou mais, apresentada pelo percentual de domicílios com analfabetos;
- ❖ **Anos de escolaridade dos chefes de família:** utilizou-se, como ponto de corte, a escolaridade inferior ou igual a quatro anos de estudo, gerando duas variáveis: *escolaridade baixa* - representada pelo percentual de domicílios cujos chefes de família apresentavam até quatro anos de estudos – e *escolaridade alta* – representada pelo percentual de domicílios cujos chefes de família apresentavam acima de quatro anos de estudo;
- ❖ **Renda média nominal dos chefes de famílias:** calculada em salário-mínimo. Utilizou-se, como ponto de corte, a renda média mensal de até três salários-mínimos, gerando duas variáveis: *renda baixa* - representada pelo percentual de domicílios cujos chefes de família recebiam até três salários-mínimos mensalmente – e *renda alta* – representada pelo percentual de domicílios cujos chefes de família recebiam acima de três salários-mínimos por mês.

Os dados primários foram coletados por meio de entrevista e exames clínicos bucais, ambos realizados nos domicílios e em uma única oportunidade para

cada indivíduo. Devido aos exames clínicos, a coleta dos dados foi realizada nos períodos matutino e vespertino, em todos os dias da semana, sem exceção.

As entrevistas antecederam aos exames clínicos e versaram sobre a condição de vida das pessoas, os hábitos e os recursos de higiene oral, o consumo de sacarose entre as refeições, a auto-avaliação da situação de saúde geral, a existência de problemas de saúde no último ano, o acesso a serviços de atendimento odontológicos, a presença de dor orofacial nos últimos seis meses, o absenteísmo, devido à presença de dor orofacial e impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. As informações foram obtidas em questionário próprio (Apêndice 1). Os dados clínicos foram coletados por meio de exame indolor, realizado com o auxílio de espelhos clínicos, no interior do domicílio, com os indivíduos sentados próximo a uma fonte de luz natural. As informações foram anotadas em ficha clínica própria (Apêndice 2).

As pessoas foram localizadas e contatadas inicialmente pelas Agentes Comunitárias de Saúde da Unidade de Saúde correspondente. Nessa visita, cada indivíduo recebeu uma carta, contendo explicação sobre a pesquisa, e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sugerindo data e horário para a tomada dos dados (Apêndice 3). Este procedimento conferiu maior agilidade ao trabalho de campo. Cada domicílio foi visitado pelos entrevistadores em dias alternados, inclusive nos finais de semana, sempre considerando as informações fornecidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, vizinhos e/ou familiares acerca dos horários de trabalho dos participantes. Foram considerados como perda os casos de não localização do indivíduo sorteado, após três tentativas de localização.

Participaram da coleta de dados profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, além da pesquisadora, totalizando dez pessoas. Foram compostas quatro equipes de trabalho, integradas por quatro examinadores e dois anotadores,

treinados e calibrados segundo protocolo de treinamento publicado e recomendado por Peres, Traebert e Marcenes (2001). Adotou-se 0,61 como o valor mínimo de concordância ajustada aceita entre os participantes (Landis; Koch, 1977). O pré-teste dos instrumentos e o estudo piloto foram executados, bem como observados rigorosamente os princípios de biossegurança e os aspectos éticos.

Pré-Teste dos instrumentos de coleta

O instrumento de coleta dos dados clínicos, dos dados sobre dor de origem orofacial e impacto no desempenho diário (IODD) obedeceu ao formato originalmente proposto pelos autores dos Índices e OMS (Locker e Grushka, 1987; WHO, 1997; Adulyanon e Sheiham, 1997). O questionário sobre a condição de vida seguiu, em grande parte, o tipo das perguntas recomendadas por Barros e Victora (1998) em pesquisas de base populacional.

O pré-teste do instrumento de coleta de dados envolveu dez indivíduos entre 25 e 34 anos no Município de Florianópolis. Este procedimento se fez necessário, para verificar a compreensão e adequação das perguntas aos objetivos da pesquisa. Um examinador realizou o pré-teste separadamente e indicou os ajustes necessários.

Treinamento e calibração da equipe

A atividade de calibração das equipes no estudo seguiu a metodologia proposta por Peres, Traebert e Marcenes (2001). As atividades foram divididas em quatro etapas e envolveram 16 funcionários da Secretaria de Saúde escolhidos previamente:

a) Primeira etapa: atividade teórica com duas horas de duração, em que foram apresentados os critérios para cada assunto abordado, seguida da apresentação de diapositivos com as várias condições a serem observadas nos exames. Esses critérios haviam sido estudados anteriormente pelos examinadores. Na sequência, foram mostradas as fichas utilizadas, e conhecida a rotina do exame clínico;

b) Segunda etapa: exercício clínico, para a fixação dos critérios apresentados. Foi escolhido um examinador-padrão dentre os integrantes da equipe: aquele que apresentou o menor número de divergências nos resultados obtidos pelos examinadores e o orientador do exercício. Repetiram-se os exames, até que a equipe tivesse fixado os critérios. Depois, foram transcritos em fichas padronizadas através de um anotador e posteriormente passados para matrizes, a fim de comparar as divergências e concordâncias a partir do examinador-padrão;

c) Terceira etapa: novos exames foram realizados nesta etapa, sem que houvesse qualquer comunicação entre os examinadores, tendo por finalidade avaliar o resultado da calibração. Novamente foram montadas as matrizes para a verificação das concordâncias. Houve mensuração da taxa de concordância intra e inter examinadores. O teste Kappa (Landis; Koch, 1977) foi realizado, considerando-se

todos os dentes em conjunto e também cada um dos dentes separadamente. Houve a necessidade de repetição do processo de calibração;

d) Quarta etapa: discussão final dos resultados.

Estudo-piloto

O estudo-piloto foi realizado com 16 funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, para avaliar a metodologia proposta e o tempo necessário para a realização da coleta de dados clínicos e não clínicos.

A metodologia sugerida mostrou-se exequível na situação local. O tempo médio de coleta foi de 15 minutos.

Aferição da reprodutibilidade e supervisão da coleta

Ao longo da obtenção dos dados, cada um dos examinadores da pesquisa realizou exames em duplicata em 10% dos examinados, para posterior aferição da reprodutibilidade intra-examinador. Os indivíduos foram escolhidos aleatoriamente pelos anotadores no final de cada período de exames. O exame em duplicata foi realizado em data e horário pré-agendado ou no mesmo dia, conforme disponibilidade de tempo. O menor valor do índice de concordância de Kappa encontrado foi igual a 0,65.

Ficou a cargo da autora a supervisão do estudo em 10% da amostra, em dias escolhidos de maneira aleatória, sem conhecimento prévio das equipes examinadoras.

4.6 Variáveis do Estudo

Variável dependente

A variável dependente foi o Impacto Oral no Desempenho Diário (IODD) coletada na entrevista pelo Índice *Oral Impacts on Daily Performances* – OIDP e elaborado por Adulyanon e Sheiham (1997) (Anexo).

O instrumento de coleta do Índice está baseado em quatro questões aplicadas às oito atividades cotidianas investigadas: *comer, falar, limpar os dentes e a boca, sorrir, dormir, manter o estado emocional, desempenho no trabalho e contato com pessoas*. A primeira pergunta está dividida em dois eixos: ocorrência nos últimos seis meses e frequência do impacto. A ocorrência é registrada como sim ou não (1a) e a frequência é medida por escores indicando o tempo de duração do impacto nos casos de longa duração (1b) e nos casos de períodos curtos (1c). A segunda pergunta mensura a percepção da severidade do impacto através de escores de 0 a 5. As questões 3 e 4 referem-se aos aspectos clínicos responsáveis pelo impacto na percepção dos indivíduos. São indicados o sintoma principal e a condição bucal específica. O impacto em cada atividade resulta da multiplicação da frequência e da severidade. O impacto para cada indivíduo resulta da soma do impacto de cada atividade, dividido pelo limite máximo de

escore possível (8 atividades X frequência 5 X severidade 5 = 200) e multiplicado por 100 (Adulyanon; Sheiham, 1997).

Neste estudo, o IODD foi categorizado de duas formas, possibilitando a análise dos fatores de determinação para a presença e para a alta severidade do impacto. Na análise dos determinantes do impacto, estudaram-se a ausência de impacto (IODD igual a zero) e a presença de impacto referido (IODD maior ou igual a 1). A segunda forma de análise investigou os fatores determinantes da baixa severidade de impacto (IODD menor ou igual a 3) e da alta severidade de impacto (IODD maior ou igual a 10,0). O valor médio do IODD na amostra e a mediana do IODD entre os indivíduos que referiram impacto definiram os pontos de corte dos grupos de baixa e de alta severidade respectivamente.

Variáveis independentes

Características demográficas e condição socioeconômica

Idade: categorizada em *35 a 39 anos* e *40 a 44 anos*.

Sexo: *masculino* e *feminino*.

Estado marital: coletado em quatro categorias e posteriormente dicotomizado em *casados* e *não casados*.

Tempo de moradia: no Município e no bairro. Verificado em anos e posteriormente agrupado segundo a mediana da distribuição em *até 22* e *mais de 22* para o tempo de moradia no Município e em *até 12* e *mais de 12* para o tempo de moradia no bairro.

Escolaridade: informada pelo número de anos de estudo concluídos na escola. Utilizou-se, como ponto de corte, a mediana da distribuição: *menos de oito, oito e mais*.

Renda familiar: constituída pela soma dos salários, pensão ou aposentadoria de todas as pessoas que habitavam o domicílio do entrevistado. Definida em Reais e posteriormente convertida em salários-mínimos vigentes. Adotou-se, como ponto de corte, a mediana da distribuição: *até três e acima de três*.

Situação de trabalho: projetada pelas características do trabalho no momento da pesquisa, firma onde trabalha e ocupação e apresentada em cinco categorias: *trabalhador do setor formal* (englobando os empregadores e assalariados), *trabalhador do setor informal* (englobando os trabalhadores autônomos e de caráter temporário), *trabalhadora do lar* (as donas-de-casa), *sem trabalho* (sem nem uma atividade remunerada) e *estudante/aposentado/pensionista*.

Tipo de moradia: coletado em quatro categorias e posteriormente dicotomizado em *alvenaria* e *outros materiais*.

Abastecimento de água: identificou-se a fonte de abastecimento de água no domicílio. Indicado, depois, segundo *acesso* ou *não* à rede pública de abastecimento de água.

Número de cômodos no domicílio: gerado em número absoluto. Posteriormente categorizado acima e abaixo da mediana de distribuição (4 cômodos).

Número de residentes por domicílio: apurado em número absoluto. Depois foi disposto acima e abaixo segundo a mediana de distribuição (4 pessoas).

Aglomerac por domicílio: gerada a partir do cruzamento das variáveis *número de cômodos por domicílio* e *número de pessoas por domicílio*. Empregou-se, como ponto de corte, a mediana de distribui: *até 1 pessoa/cômodo e mais de 1 pessoa/cômodo*.

Percep da condi de saúde, dos hábitos e dos cuidados referentes  saúde bucal e acesso a serviços odontológicos

Avalia da saúde: baseada na auto-avalia do paciente sobre sua saúde geral no último mês. Foram apresentadas cinco alternativas: *excelente, muito boa, boa, razoável* e *ruim*, sendo posteriormente agrupadas em *excelente/muito boa/boa* e *razoável/ruim*.

Estado de saúde geral: fundamentado na informa sobre a existência de enfermidades nos últimos doze meses. Apresentado segundo *presença* ou *ausência* de problemas de saúde.

Dor orofacial: segundo o ndice preconizado por Locker e Grushka (1987). O ndice investiga oito tipos/loais de dor na regi orofacial nos últimos seis meses: *dor de dente, sensa de queima na língua, dor na regi da ATM, durante a mastiga, ao abrir totalmente a boca, no rosto  frente do ouvido, aguda atravessando o rosto ou a bochecha, ao redor dos olhos*. Analisou-se a ocorrência ou não de dor para cada tipo/local proposto, a existência de algum tipo de dor e a intensidade das ocorrências.

Hábitos e recursos de higiene bucal: baseados na informa sobre o hábito de escovar os dentes diariamente e sua freqüência e sobre os recursos utilizados para higiene bucal. A freqüência de escova diária foi assinalada

em cinco categorias e posteriormente dicotomizada em *menos de três vezes* e *três ou mais vezes*. As demais informações foram coletadas em duas categorias: *sim e não*. Os recursos de higiene bucal pesquisados foram: *creme dental, fio dental, palito e outros produtos*.

Consumo de doces entre as refeições: referente ao hábito de consumir ou não doces/balas/chocolates entre as refeições. Nos casos afirmativos, questionou-se sobre a frequência desse consumo diariamente, apresentada em três categorias: *uma vez ao dia, duas vezes ao dia, três ou mais vezes*.

Acesso ao consultório odontológico: segundo o acesso ou não ao dentista alguma vez na vida e nos últimos doze meses.

Local da consulta no último ano: alusivo aos casos afirmativos de visita ao dentista nos últimos doze meses e coletado em seis categorias: posto de saúde, consultório particular, dentista da empresa ou sindicato, dentista do SESI, prático, outros. Posteriormente foram agrupadas em duas: *público e particular/outros*.

Motivo da consulta: investigou-se o principal motivo da busca ao atendimento odontológico no último ano. Foram apresentadas cinco alternativas: *dor de dente, revisão/consulta de controle, limpeza/profilaxia, exodontia, restaurações/outros*.

Condição de saúde bucal

Cárie dentária: Condição das coroas dentárias para a cárie dentária coletada pelo Índice CPO-D modificado pela Organização Mundial de Saúde em 1997 (WHO, 1997). O CPO-D informa o ataque de cárie dentária sofrido pelo indivíduo medindo a quantidade de dentes cariados

(C), perdidos (P) e restaurados (O). Analisou-se a ocorrência ou não de cárie dividindo-se o índice CPO-D em *zero* e *maior que zero*, a severidade da cárie em termos da média de dentes atingidos e a distribuição de seus componentes, para verificar a proporção da população que recebeu atendimento odontológico.

Necessidade de tratamento: referente à condição das coroas dentárias frente ao ataque de cárie. Utilizaram-se os critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde em 1997 (WHO, 1997). Aferiu-se a proporção da população com a necessidade de tratamento em cada procedimento, de maneira geral, e segundo o número de dentes envolvidos.

Condição periodontal: medida pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI) e pelo Índice de Perda de Inserção (IPI) recomendados pela Organização Mundial de Saúde em 1997 (WHO, 1997). Optou-se por coletar separadamente os agravos periodontais, para posterior construção do Índice Periodontal Comunitário, permitindo a análise do comportamento de cada agravo em particular: *sangramento gengival*, *cálculo dentário*, *bolsa periodontal rasa (4 a 5 mm)*, *bolsa priodontal profunda (≥ 6 mm)*. Observou-se a condição periodontal segundo a ocorrência ou não dos agravos e o número de sextantes envolvidos.

Perdas dentárias: segundo número de dentes perdidos e localização por arco dental e anterior ou posterior.

Uso e necessidade de próteses dentárias: segundo os critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde em 1997 (WHO,

1997). Analisaram-se o uso e a necessidade de peças protéticas por arcada dental.

4.7 Digitação e Análise dos Dados

Os dados foram digitados por profissional experiente no programa Microsoft Office Excel 2003 e posteriormente exportados para o programa SPSS versão 10.0. Os instrumentos de registro dos dados foram revisados antes do início da digitação. Por sorteio aleatório de 10% dos instrumentos de registro, procedeu-se a conferência da digitação, seguida das correções necessárias.

O plano de análise dos dados compreendeu a identificação dos grupos homogêneos, a caracterização da população nas diversas variáveis estudadas, a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, a análise dos fatores de determinação.

Para a identificação e a composição dos grupos homogêneos da condição de vida, recorreu-se à análise descritiva das variáveis do Censo de 2000 (IBGE, 2002) e Análise de Agrupamento, segundo o método K-means (Pereira, 1999; SPSS, 1999), descritas anteriormente.

Fez-se a distribuição de frequência de cada variável estudada, permitindo sua caracterização quanto à condição demográfica e socioeconômica, percepção da condição de saúde, dos hábitos e dos cuidados relacionados à saúde bucal, condição de saúde da boca.

Definiu-se o perfil do impacto da condição de saúde bucal no cotidiano da população, considerando-se os seguintes aspectos:

- . proporção de indivíduos afetados, duração e severidade média do impacto;

- . IODD médio e quantidade de atividades afetadas na população do estudo e entre os indivíduos que referiram impacto negativo;

- . sintoma e condição bucal tidos como responsáveis pelo impacto em cada atividade cotidiana investigada.

Testes de associação pelo Qui-quadrado orientaram a análise da associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, seguido da estimativa das razões de chance (odds ratio) e respectivos intervalos de 95% de confiança.

Na análise dos fatores de determinação para a presença e a severidade do impacto, foram utilizados modelos de regressão logística múltipla, não condicional hierarquizada, seguindo os procedimentos de Hosmer e Lemeshow (1989).

O padrão hierárquico de determinação do processo saúde-doença proposto por Dahlgren e Whitehead (1992), adaptado para a variável dependente deste estudo, orientou a estruturação dos blocos de variáveis e conseqüentemente a ordem de entrada dos mesmos na modelagem. No modelo proposto, o bloco das variáveis socioeconômicas constituiu os determinantes distais. Estas variáveis condicionaram os demais blocos de fatores determinantes: saúde auto-referida, hábitos e cuidados referentes à saúde bucal, acesso a serviços de saúde - determinantes intermediários - e condição de saúde bucal - determinantes proximais (Figura 2).

A observação dos fatores determinantes foi inicialmente realizada em cada bloco, onde as variáveis que apresentaram nível de significância estatística

$p < 0,20$ na análise univariada foram inseridas no modelo logístico. Adotou-se o procedimento passo a passo para a seleção das variáveis (*stepwise forward procedure*), iniciando o modelo pela variável com maior significância estatística e obedecendo à ordem decrescente para a inclusão das demais. Preferiu-se manter as variáveis que apresentaram nível de significância $p < 0,05$ e/ou que ajustaram o modelo.

As variáveis *sexo*, *renda familiar* e *escolaridade* foram utilizadas como co-variáveis, independentemente da significância estatística apresentada. Idade não foi considerada co-variável, devido ao estudo tratar de indivíduos de idades próximas.

As variáveis mantidas em cada bloco de determinação compuseram a análise do modelo hierárquico. As variáveis do bloco da condição socioeconômica foram as primeiras a serem incluídas no modelo, permanecendo como fatores de ajuste para os determinantes intermediários e proximais. O critério de permanência no modelo final foi o mesmo descrito para os modelos múltiplos de cada bloco, ou seja, com nível de significância $p < 0,05$ e/ou ajuste.

Para avaliar o ajuste do modelo final, utilizou-se o teste Hosmer e Lemeshow, que considera como melhor ajuste do modelo o valor no nível descritivo mais próximo de um.

Por fim, analisou-se a diferença das médias do IODD entre as categorias de cada variável mantida nos modelos finais da regressão logística e o percentual de impacto excedente na categoria de maior severidade. Aplicou-se o teste Mann-Whitney, para avaliar a significância das diferenças na severidade do impacto.

Figura 2: Modelo de Análise Proposta

4.8 Questões Éticas

O estudo foi submetido à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Registro Nº 869/02) e aprovado.

Participaram da pesquisa somente os indivíduos que concordaram com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram assegurados o sigilo e o uso exclusivo das informações no estudo. O exame clínico realizado foi indolor e não invasivo, não havendo malefícios aos examinados e entrevistados.

Todos os procedimentos de biossegurança referentes ao indivíduo e aos examinadores foram rigorosamente obedecidos, dentre eles, o uso de equipamentos de proteção pessoal e instrumental esterilizado em autoclave de uso exclusivamente individual.

As pessoas com dor, desconforto e limitação de função foram encaminhadas e atendidas pelos serviços de saúde do Município, através de formulário de encaminhamento específico. No momento da coleta dos dados, foi entregue um folheto explicativo sobre os aspectos de promoção de saúde bucal, no formato de cartilha, especialmente elaborado pela Secretaria de Saúde de Chapecó.

5 RESULTADOS

5.1 Análise Descritiva da População em Estudo

5.1.1 Características demográficas e condição socioeconômica

Entre os indivíduos estudados, 58,9% eram do sexo *feminino*, 81,2%, *casados*, com renda média mensal de R\$ 817,54 (oitocentos e dezessete reais e cinquenta e quatro centavos), correspondendo a aproximadamente três salários-mínimos. A metade informou ter *menos de oito anos de estudos* (Tabela 3).

Quanto ao trabalho, observou-se que o setor formal agrega a maioria dos entrevistados, correspondendo a 69,1% dos indivíduos empregados no momento da entrevista. As *donas-de-casa*, *estudantes*, *aposentados* e *pensionistas* somados representam pouco menos de um quarto (24,5%). O percentual de *desempregados* foi 11,9% (Tabela 3).

O processo migratório não foi intenso, pois o tempo médio de moradia no Município foi 22 anos e, no mesmo bairro, foi 12 anos (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos indivíduos de 35-44 anos segundo variáveis sociodemográficas. Chapecó, SC, 2004.

Variável/Categoria	(N=504)	N	%
SEXO			
Masculino		207	41,1
Feminino		297	58,9
IDADE (anos)			
35 - 39		241	47,8
40 - 44		263	52,2
ESTADO MARITAL			
Casado		409	81,2
Não casado		95	18,8
ESCOLARIDADE (anos)			
Menos de 8		260	51,6
8 e mais		244	48,4
RENDA FAMILIAR (SM)*			
Até 3		296	58,7
Acima de 3		204	40,5
Sem informação		04	0,8
TRABALHO			
Setor Formal		222	44,0
Setor Informal		99	19,6
Do Lar		92	18,3
Sem Trabalho		60	11,9
Outros		31	6,2
TEMPO DE MORADIA NO MUNICÍPIO (anos)			
Até 22		279	55,4
Mais de 22		225	44,6
TEMPO DE MORADIA NO BAIRRO (anos)			
Até 12		314	62,3
Mais de 12		190	37,7

*SM = Salário-mínimo em fevereiro de 2005 (R\$ 260,00)

As condições de moradia encontradas foram satisfatórias em sua maioria, com metade das construções em *alvenaria*, pouco mais de um terço em *madeira*, e 15% construídas com ambos os materiais. Em média, as residências apresentavam 3,9 cômodos e abrigavam quatro pessoas. A relação pessoa por cômodos no domicílio foi *menor ou igual a 1* em 66,3% dos casos entrevistados. Menos de 10% dos domicílios eram desprovidos do abastecimento de *água da rede pública* (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos indivíduos de 35-44 anos segundo condição da moradia. Chapecó, SC, 2004.

Variável/Categoria	(N=504)	N	%
TIPO DE MORADIA			
Alvenaria		256	50,8
Madeira		172	34,2
Mista		76	15,0
ÁGUA DA REDE			
Sim		455	90,3
Não		49	9,7
Nº DE CÔMODOS			
Até 4		404	80,2
Acima de 4		100	19,8
Nº DE RESIDENTES			
Até 4		363	72,0
Acima de 4		141	28,0
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)			
≤ 1		334	66,3
> 1		170	33,7

5.1.2 Percepção da condição de saúde, dos hábitos e dos cuidados, acesso a serviços

Saúde auto-referida

A percepção da condição de saúde dos entrevistados foi satisfatória, com mais de dois terços avaliando sua saúde como *excelente* ou *boa*, e 16,5% informando que tiveram problemas de saúde no último ano (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos indivíduos de 35-44 anos segundo percepção da condição de saúde. Chapecó, SC, 2004.

Variável/Categoria	(N=504)	n	%
AValiação da Saúde			
Excelente/Muito Boa		51	10,1
Boa		303	60,1
Razoável		134	26,6
Ruim		16	3,2
Problemas de Saúde			
Sim		83	16,5
Não		421	83,5

A prevalência de dor orofacial nos últimos seis meses foi 21,4%, sendo a *dor de dente* espontânea ou provocada o tipo mais frequente (17,1%). Dores na região da ATM tiveram referências explícitas por 6% das pessoas entrevistadas (Tabela 6). Uma análise conjunta da ocorrência de dor *durante a mastigação, ao abrir totalmente a boca, no rosto próximo ao ouvido e na região da ATM* foi realizada, considerando que direta ou indiretamente todas estão relacionadas à ATM. Nada menos que 91 pessoas informaram ter sentido, pelo menos, um dos tipos de dor

analisados conjuntamente, o que indica prevalência de dor referente à ATM igual a 18%.

Tabela 6: Distribuição da população estudada segundo tipo ou local da dor orofacial sentida nos últimos seis meses. Chapecó, SC, 2004.

TIPO/LOCAL DA DOR	(N=504)	n	%
Dor de dente		86	17,1
Queimação na língua		85	3,0
Região da ATM		30	6,0
Durante a mastigação		24	4,8
Abrir totalmente a boca		23	4,6
Rosto à frente do ouvido		14	2,8
Atravessando a bochecha		01	0,2
Ao redor dos olhos		16	3,2
Algum Tipo de Dor		108	21,4

A intensidade da dor foi predominantemente classificada pelos entrevistados como *leve* ou *moderada* em todos os tipos de dor investigados. Foi considerável, no entanto, o percentual de indivíduos que classificou como *intensa*, pelo menos, um dos tipos de dor orofacial sentida nos últimos seis meses (37%). Dor *ao redor dos olhos* (37,5%), *no rosto à frente do ouvido* (35,7%) e *dor de dente* (31,4%) foram os tipos de dores que apresentaram os maiores percentuais de classificação da dor como *intensa* (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição da população do estudo segundo intensidade da dor orofacial nos últimos seis meses. Chapecó, SC, 2004.

TIPO/LOCAL DA DOR	INTENSIDADE			
	Leve/Moderada		Intensa	
	N	%	n	%
Dor de dente (n=86)	59	68,6	27	31,4
Queimação na língua (n=15)	13	86,7	02	10,3
Região da ATM (n=30)	25	83,3	05	16,7
Durante a mastigação (n=24)	21	87,5	03	12,5
Abrir totalmente a boca (n=23)	17	73,9	06	26,1
Rosto à frente do ouvido (n=14)	09	64,3	05	35,7
Atravessando a bochecha (n=01)	01	100,0	-	-
Ao redor dos olhos (n=16)	10	62,5	06	37,5
GERAL (n=108)	91	84,2	40	37,0

Cuidados e hábitos de saúde bucal

O consumo de *doces entre as refeições* foi referido por 16,1% dos entrevistados. Destes, 39,5% o faziam *três ou mais vezes ao dia*. Quase toda a população escovava os dentes diariamente (95,2%), majoritariamente na frequência de *três vezes ou mais* (86,1%), e fazia uso do *creme dental* (95,2%). Na limpeza dos espaços interdentais, o *palito* era utilizado por 79,5% dos indivíduos, e o *fio dental*, por 49%. Pouco mais de 5% da população faziam uso de *outros produtos* para a limpeza bucal (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos de idade segundo hábitos e cuidados com a saúde bucal Chapecó, SC, 2004.

Variável/Categoria	(N=504)	n	%
DOCES ENTRE REFEIÇÕES			
Sim		81	16,1
Não		423	83,9
FREQÜÊNCIA DO CONSUMO DE DOCES			
Uma vez/dia		23	4,6
Duas vezes/dia		26	5,1
Três vezes ou mais/dia		32	6,3
Não consome entre refeições		423	83,9
ESCOVA OS DENTES			
Sim		480	95,2
Não		01	0,2
Não possui dentes		23	4,6
FREQÜÊNCIA DE ESCOVAÇÃO			
< Três vezes ao dia		47	9,3
Três vezes ou mais/dia		434	86,1
Não possui dentes		23	4,6
USA CREME DENTAL			
Sim		480	95,2
Não		01	0,2
Não possui dentes		23	4,6
USA FIO DENTAL			
Sim		247	49,0
Não		234	46,4
Não possui dentes		23	4,6
USA PALITO			
Sim		401	79,5
Não		80	15,9
Não possui dentes		23	4,6
USA OUTRO PRODUTO (higiene bucal)			
Sim		26	5,2
Não		478	94,8

Acesso a serviços de saúde

A quase totalidade dos indivíduos já foi ao *dentista pelo menos uma vez na vida* (98%), e mais da metade (57,1%) teve acesso ao *dentista no último ano*. O serviço *público* foi utilizado por 42% dos que procuraram o dentista no último ano, seguido pelo *setor privado* (37,8%) e pelos *serviços prestados pelas empresas, sindicatos e outros* (17,7%). *Revisão ou consulta de controle* (42,4%) foram o principal motivo da procura ao dentista no último ano, seguidas pelas *restaurações* (20,1%), *limpeza ou profilaxia* (15,6%) e *dor de dente* (13,9%) (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9: Distribuição dos indivíduos de 35-44 anos segundo condição de acesso a serviços odontológicos. Chapecó, SC, 2004.

Variável/Categoria	(N=504)	n	%
DENTISTA PELO MENOS UMA VEZ NA VIDA			
Sim		494	98,0
Não		10	2,0
DENTISTA NO ÚLTIMO ANO			
Sim		288	57,1
Não		206	40,9
Não se aplica		10	2,0

Tabela 10: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo motivo e local da consulta odontológica no último ano. Chapecó, SC, 2004.

Variável/Categoria	(N=288)	n	%
LOCAL DA CONSULTA NO ÚLTIMO ANO			
Posto de Saúde		121	42,0
Consultório particular		109	37,8
Empresa/Sindicato		51	17,7
Outros		07	2,5
MOTIVO DA CONSULTA			
Revisão/Consulta de Controle		122	42,4
Restaurações e outros		58	20,1
Limpeza/ Profilaxia		45	15,6
Dor de dente		40	13,9
Exodontia		23	8,0

5.1.3 Condição de saúde bucal

Cárie dentária

Quase todos os indivíduos examinados estavam doentes ou apresentavam seqüelas do ataque de cárie dentária (98,8%). Analisando o comportamento de cada um dos componentes do índice, verificou-se que a perda dental foi a condição mais freqüente, com 93,7% dos indivíduos apresentando, pelo menos, 1 dente *perdido* (P), seguido do componente *restaurado* (O=83,1%). O componente de menor prevalência foi o *cariado* (C), com 38,9% da população apresentando 1 ou mais dentes com cárie. A média de dentes atacados pela doença foi igual a 18,13 (IC 95% 17,6; 18,6), sendo os componentes *perdido* (P) e *restaurado* (O) responsáveis por 95,3% da composição do CPO-D. Em média, os indivíduos apresentavam 10,45 dentes perdidos, 6,84 dentes restaurados e menos de 1 dente cariado (Tabela 11).

Tabela 11: Experiência de cárie dentária da população de 35 a 44 anos segundo componentes do índice CPO-D. Chapecó, SC, 2004.

Variável	(n=504)	N	%	Média (dentes)	%*
CARIADO (C)				0,84	4,7
= Zero		308	61,1		
> Zero		196	38,9		
PERDIDO (P)				10,45	57,6
= Zero		32	6,3		
> Zero		472	93,7		
RESTAURADO (O)				6,84	37,7
= Zero		85	16,9		
> Zero		419	83,1		
CPO-D				18,13	100,0
= Zero		06	1,2		
> Zero		498	98,8		

* Proporção de contribuição dos componentes do Índice CPO-D

Necessidade de tratamento da superfície coronal devido à cárie dentária

A necessidade de algum tipo de tratamento em superfícies coronais, decorrente do ataque de cárie dentária, foi identificada em 37,9% dos indivíduos, em um total de 446 dentes. *Restauração* sobressaiu-se como o tipo de procedimento de maior necessidade (29,6%), seguida das *exodontias* (9,3%) e das *endodontias* (5%). Identificou-se a necessidade de restauração em 236 dentes, 104 *exodontias*, 26 *endodontias*, 50 *coroas* ou *facetas estéticas* (Tabela 12).

Estimando-se, em média, uma consulta para as *restaurações* e *exodontias*, quatro consultas para as *endodontias* e seis consultas para as *coroas* e *facetas protéticas*, obter-se-á um total de 744 consultas indispensáveis para o tratamento da totalidade de necessidades encontradas. Considerando 22 dias de trabalho por mês e duas consultas a cada hora, cinco dentistas com carga horária de

vinde horas semanalmente dariam conta dessa demanda neste grupo de indivíduos no período de um mês de trabalho. Entendendo-se que o número de pessoas examinadas expressa as necessidades de tratamento para a doença cárie da população de 35 a 44 anos da cidade de Chapecó e corresponde a 2,5% do total dos habitantes nesta faixa etária, pode-se inferir que 28 dentistas, com carga horária semanal de 20 horas, atenderiam a todas as carências deste grupo etário no período de seis meses de trabalho.

Cálculo: 744 consultas correspondem a 2,54% do total de necessidades da população de 35 a 44 anos, então, o total das necessidades pode ser estimado por uma regra de três simples: $(744 \cdot 100) / 2,54 = 29.292$ consultas. O potencial de atendimento mensal de cada profissional é 176 consultas (4 h * 2 cons. * 22 dias), e, em 6 meses, é 1.056. Assim, $29.292 / 1056$ é igual a 28 profissionais.

Tabela 12: Necessidade de tratamento para cárie dentária segundo tipo de procedimento e número de dentes afetados nos indivíduos de 35 a 44 anos. Chapecó, SC, 2004.

Variável (n=504)	Restauração		Exodontia		Endodontia		Coroa/Faceta		Algum Tipo	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	355	70,4	457	90,7	479	95,0	48	96,2	313	62,1
≤3 dentes	136	27,0	41	8,1	25	5,0	19	3,8	161	31,9
>3 dentes	13	2,6	06	1,2	0	0	0	0	30	6,0

Condição periodontal

O índice recomendado para a avaliação da condição periodontal segundo a OMS (WHO, 1997) é o Índice Periodontal Comunitário (CPI), que analisa a presença de *sangramento*, *cálculo dentário*, *bolsa periodontal rasa* e *profunda*. Ao classificar o indivíduo segundo o grau mais avançado, impossibilita a observação particular de cada uma das condições que possuem prognósticos e planos de tratamento diferenciados. Neste sentido, optou-se por coletar separadamente os agravos periodontais para uma posterior construção do índice.

A análise da condição periodontal foi feita por sextantes, tendo como critério de inclusão a existência de, pelo menos, 2 dentes presentes no sextante e em condição de manutenção na cavidade bucal (WHO, 1997). Na população estudada, 28 indivíduos foram excluídos do estudo, por não atenderem a este requisito.

Cálculo dentário (90,3%) e *sangramento gengival* (57,5%) foram os agravos mais prevalentes na população estudada. O tratamento de ambos é de baixa complexidade, podendo ser executado por clínicos gerais, em ambulatórios no primeiro nível da atenção. A periodontite estava presente em pouco menos de 1/5 da população observada, sendo as *bolsas periodontais rasas* a situação mais prevalente (18,1%). A periodontite severa acometia quase 4% da população.

Exceto para o *cálculo dentário*, $\frac{3}{4}$ da ocorrência dos eventos e agravos investigados envolviam, no máximo, três sextantes, ou seja, 78,6% dos problemas de *sangramento*, 97,8% das *bolsas rasas* e 100% das *bolsas profundas*, e 59,1% do *cálculo dentário* (Tabela 13).

Tabela 13: Presença de sangramento, cálculo dental, bolsa periodontal rasa, bolsa profunda e perda de inserção segundo número de sextantes atingidos, nos indivíduos de 35 a 44 anos. Chapecó SC, 2004.

Variável (n=504)	Sangramento gingival		Cálculo dentário		Bolsa rasa		Bolsa profunda		Perda de inserção	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ausente	186	37,0	21	4,2	385	76,4	457	90,7	321	63,7
Presente	290	57,5	455	90,3	91	18,1	19	3,8	155	30,8
1 Sextante	107	21,2	102	20,2	56	11,1	17	3,4	92	18,3
2 Sextantes	73	14,5	71	14,1	21	4,2	01	0,2	40	7,9
3 Sextantes	48	9,5	96	19,0	08	1,6	01	0,2	13	2,6
4 Sextantes	28	5,5	47	9,3	03	0,6	-	-	08	1,6
5 Sextantes	22	4,4	60	11,9	-	-	-	-	02	0,4
6 Sextantes	12	2,4	79	15,7	03	0,6	-	-	--	--
Não Avaliado	28	5,5	28	5,5	28	5,5	28	5,5	28	5,5

Os dados de prevalência resultantes do CPI apresentados na tabela 14 confirmaram a preocupação inicial do uso deste índice. Indicam, no entanto, o percentual da população saudável do ponto de vista da periodontia. Apenas 2,6% dos adultos examinados estavam livres de qualquer um dos eventos e agravos estudados, ou seja, não precisavam de intervenção nesta área do conhecimento odontológico.

Ainda sobre a condição periodontal, a OMS recomenda o uso do Índice de Perda de Inserção Periodontal (IPI). A *perda de inserção* periodontal está relacionada a aspectos fisiológicos, comportamentais e traumas oclusais e não deve ser confundida com processos patológicos envolvendo microorganismos como os que são avaliados pelo CPI. Este problema acometia 30,8% da população e, em 85,2% dos casos, envolvia no máximo 2 sextantes (Tabela 13).

Tabela 14: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo condição periodontal pelo Índice Comunitário Periodontal (CPI). Chapecó, SC, 2004.

Variável	(N=504)	n	%
SADIO (CPI=0)		13	2,6
SANGRAMENTO (CPI=1)		05	1,0
CÁLCULO DENTÁRIO (CPI=2)		367	72,8
BOLSA RASA (CPI=3)		72	14,3
BOLSA PROFUNDA (CPI=4)		19	3,8
EXCLUÍDO		28	5,5

Perda dental

A OMS, na Declaração de Alma-Ata, em 1978, utilizando a diretriz Saúde Para Todos no Ano 2000 – SPT 2000 – estabeleceu como uma das metas na área da saúde bucal o mínimo de 75% da população adulta apresentando 20 ou mais dentes naturais presentes na cavidade bucal.

Nos indivíduos estudados, apenas 4,4% possuíam todos os dentes presentes na boca. Na tabela 15, observou-se que 43,8% apresentavam *20 ou mais dentes presentes* na cavidade bucal, atingindo 58,4% da meta proposta pela OMS. O número de pessoas totalmente desprovidas de dentes no arco superior foi 37,9%, no arco inferior 5,1%, e, em ambos os arcos dentais, 5%.

A *perda dental* foi mais freqüente nos dentes posteriores inferiores (92%), seguidos pelos dentes posteriores superiores (85,1%). Os dentes anteriores superiores foram os terceiros colocados (62,7%), enquanto os dentes anteriores

inferiores foram os que mais resistiram na cavidade bucal, com 21,2% dos indivíduos apresentando perda neste grupo de dentes (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição dos 504 indivíduos de 35 a 44 anos segundo perda dental. Chapecó, SC, 2004.

Variável	n	%
PERDA TOTAL		
Arco superior	191	37,9
Arco inferior	26	5,1
Ambos os arcos	25	5,0
PERDA PARCIAL		
≥ 20 dentes presentes	221	43,8
< 20 dentes presentes	283	56,2
PERDA PARCIAL NO ARCO SUPERIOR		
Dentes posteriores	429	85,1
Dentes anteriores	316	62,7
Dentes anteriores e posteriores	439	87,1
PERDA PARCIAL NO ARCO INFERIOR		
Dentes posteriores	464	92,0
Dentes anteriores	107	21,2
Dentes anteriores e posteriores	465	92,3

Uso e necessidade de prótese dental

O uso e a necessidade de prótese dental foram analisados distintamente, segundo o arco dental.

A presença de prótese dental foi mais freqüente no arco superior, com 64,8% dos indivíduos fazendo algum uso. Neste arco, a *prótese total* apresentou o maior percentual de uso (38,8%), seguida da *prótese parcial removível (PPR)*, utilizada por 18,7% das pessoas examinadas. No arco inferior, a *PPR* era usada por 16,5% dos examinados, constituindo-se o tipo de prótese mais freqüente (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição dos 504 indivíduos de 35 a 44 anos segundo o uso de prótese dental nos arcos superior e inferior. Chapecó, SC, 2004.

Variável	Superior		Inferior	
	n	%	N	%
Não Usa Prótese	178	35,2	384	76,2
Usa Prótese Fixa	10	2,0	07	1,4
Usa Mais de 1 Fixa	24	4,8	05	1,0
Usa PPR	94	18,7	83	16,5
Usa Fixa + PPR	05	1,0	03	0,6
Usa Prótese Total	193	38,8	22	4,3

A maior necessidade de prótese dental se concentrava no arco inferior, afetando 69% dos adultos examinados, enquanto, no arco superior, esta carência foi diagnosticada em 32,5% das pessoas. O tipo de prótese mais indicado em ambos os arcos foi a *prótese fixa ou PPR, para reposição de mais de 1 elemento dentário* (56,2% na mandíbula e 17,5% na maxila). A segunda necessidade não foi coincidente entre os arcos. *Reposição de 1 elemento dental por prótese fixa ou PPR* ocupou o segundo lugar na carência do arco inferior (6,5%), enquanto, no arco superior, foi *prótese total* (9,7%) o segundo tipo mais freqüente (Tabela 17).

Tabela 17: Distribuição dos 504 indivíduos de 35 a 44 anos segundo necessidade de prótese dental nos arcos superior e inferior. Chapecó, SC, 2004.

Variável	Superior		Inferior	
	n	%	N	%
Não Necessita de Prótese	340	67,5	156	31,0
Necessita de Fixa ou PPR				
Reposição de 1 Elemento	22	4,4	33	6,5
Necessita de Fixa ou PPR				
Reposição de 1 ou Mais Elementos	88	17,5	283	56,2
Necessita de Fixa + PPR	05	1,0	13	2,6
Necessita de Prótese Total	49	9,7	19	3,8

5.1.4 Impacto oral no desempenho diário

A proporção de indivíduos que relatou interferência negativa da condição de saúde bucal nas atividades cotidianas nos últimos seis meses foi 21%. No geral, o escore médio do *IODD* foi 2,97 (DP 8,82), e a média de atividades afetadas, igual a 0,51 (DP 1,24). Dentre as pessoas atingidas, o *IODD* médio foi 14,14 (DP 14,6), e a média de atividades afetadas igual a 2,42 (DP 1,65). As atividades mais referidas foram *comer e mastigar bem os alimentos* (17,1%) e *limpar os dentes e a boca* (13,3%).

A duração média do impacto referido correspondeu a 3,6, indicando uma frequência de uma a quatro vezes por semana, nos casos das interferências periódicas, e entre 15 a 30 dias no total, para as interferências esporádicas. As atividades com maior duração do impacto foram *comer, sorrir e limpar os dentes e a boca*. A severidade média destes casos foi classificada como moderada (3,1). As

maiores severidades foram atribuídas ao impacto do *desempenho no trabalho*, *manter o estado emocional* e *manter contato com as pessoas* (Tabelas 18 e 19).

Tabela 18: Estatística descritiva do Impacto Oral no Desempenho Diário nos últimos seis meses e do número de atividades afetadas na população estudada. Chapecó, SC, 2004.

MEDIDA	IODD		Nº ATIVIDADES AFETADAS	
	Geral	IODD >0	Geral	IODD >0
Média	2,97	14,14	0,51	2,42
Desvio-padrão	8,82	14,60	1,24	1,65
Valor Mínimo	0	1	0	1
Percentil 25	0	5,0	0	1
Percentil 50	0	10,0	0	2
Percentil 75	0	19,27	0	3
Valor Máximo	100	100	8	8

As pessoas que referiram impacto foram indagadas sobre o principal sintoma e condição bucal específica da limitação em cada atividade afetada (Tabela 20). *Dor* e *dor de dente* foram, respectivamente, sintoma e condição bucal mais freqüentemente indicados, enquanto responsáveis pela dificuldade no *desempenho do trabalho* (92,3%, 84,6%), na *limpeza dos dentes e da boca* (86,5%, 68,6%), no *dormir e relaxar* (83,3%, 77,8%), no *comer* (80,2%, 67,4%) e na *manutenção do estado emocional* (72%, 64%). *Falta de dentes* e *próteses mal-adaptadas* ficaram

entre as condições bucais mais freqüentemente apontadas como responsáveis pelo impacto no sorrir (55,5%) e no falar (42,8%).

Tabela 19: Impacto Oral no Desempenho Diário nos últimos seis meses segundo atividade envolvida, entre os 504 adultos entrevistados. Chapecó, SC, 2004.

ATIVIDADE	Pessoas Afetadas		Freqüência**		Severidade**	
			Escore (1 a 5)		Escore (0 – 5)	
	n	%	Media	DP*	Media	DP*
Comer	86	17,1	3,7	1,5	3,4	1,0
Limpar os Dentes	67	13,3	3,6	1,6	3,0	0,9
Falar	21	4,2	3,1	1,8	3,0	1,0
Dormir	18	3,8	2,8	1,7	3,4	1,5
Sorrir	18	3,6	3,6	1,8	3,4	1,3
Manter Estado Emocional	25	5,0	3,4	1,6	3,6	1,2
Desempenho no Trabalho	13	2,6	2,8	1,8	3,9	0,9
Contato com as Pessoas	08	1,6	3,1	2,0	3,6	1,5
Algum tipo de atividade	106	21,0	3,6	1,5	3,1	0,9

* Desvio-padrão

** Nas pessoas afetadas

Tabela 20: Sintoma Principal e Condição Oral responsáveis pelo Impacto Oral no Desempenho Diário em cada atividade avaliada, segundo percepção da população estudada. Chapecó, SC, 2004.

ATIVIDADE	Principal Sintoma			Condição Oral Específica		
	Sintoma	n	%	Condição	N	%
Comer (n=86)	Dor	69	80,2	Dor de Dente	58	67,4
	Desconforto	12	13,9	Adaptação à Prótese	11	12,8
	Outros	05	5,9	Falta de Dente	09	10,4
				Outras	08	9,4
Limpar os Dentes (n=67)	Dor	58	86,5	Dor de Dente	46	68,6
	Outros	09	13,5	Outras	21	31,4
Falar (n=21)	Lim. Função	06	28,6	Falta de Dente	05	23,8
	Dor	04	19,0	Adaptação à Prótese	04	19,0
	Outros	11	52,4	Outros	12	57,2
Dormir (n=18)	Dor	15	83,3	Dor de Dente	14	77,8
	Desconforto	03	16,7	Outras	04	22,2
Sorrir (n=18)	Aparência	13	72,2	Falta de dente	07	38,9
	Lim. Função	03	16,7	Adaptação à Prótese	03	16,7
	Outros	02	11,1	Outras	08	44,4
Manter o Estado Emocional (n=25)	Dor	18	72,0	Dor de Dente	16	64,0
	Lim. Função	03	12,0	Sang. Gengival	03	12,0
	Outros	04	16,0	Outras	06	24,0
Desempenho no Trabalho (n=13)	Dor	12	92,3	Dor de Dente	11	84,6
	Outros	01	7,7	Outras	02	5,4
Contato com Pessoas (n=08)	Aparência	05	62,5	Dor de Dente	03	37,5
	Dor	02	25,0	Adaptação à Prótese	02	25,0
	Outros	01	12,5	Outras	03	37,5

5.2 Fatores de Determinação do Impacto Oral no Desempenho Diário.

5.2.1 Características demográficas e condição socioeconômica

Conforme o descrito no capítulo Método, o primeiro passo, para identificar fatores determinantes do impacto, foi a análise univariada, em cada bloco de determinantes do modelo hierárquico. Entre as variáveis do bloco, a condição sócioeconômica, o *local de moradia* ($p < 0,001$), a *aglomeração no domicílio* ($p < 0,001$), a *escolaridade* ($p = 0,013$), o *tipo de moradia* ($p = 0,018$) e a *renda familiar* ($p = 0,002$) mostraram-se associadas ao impacto no cotidiano. O mesmo comportamento foi observado para a variável *sexo* ($p = 0,006$). A variável *abastecimento de água da rede pública*, apesar de não revelar associação estatisticamente significativa com o impacto, foi incluída na análise múltipla, por apresentar valor de $p < 0,20$, enquanto as variáveis *idade*, *estado marital* e *trabalho* foram excluídas do modelo, por apresentarem $p > 0,20$ (Tabela 21).

Na análise múltipla, as variáveis *local de moradia*, *aglomeração no domicílio* e *sexo* mantiveram associação com o impacto no cotidiano, após o ajuste dentro do bloco, sendo, por isso, selecionadas para o modelo hierárquico. Mulheres (OR 1,82 [IC 95% 1,12 – 2,96]) e residentes dos setores G1 (OR 2,31 [IC 95% 1,46 – 3,65]) e em domicílios com mais de uma pessoa por cômodo (OR 2,39 [IC 95% 1,50 – 3,82]) narraram mais impacto que os demais. *Tipo de moradia* e *abastecimento de água da rede pública* perderam a significância e foram retiradas da análise. *Escolaridade* e *renda* foram mantidas para ajuste do modelo (Tabela 22).

O pseudo valor de R^2 encontrado no modelo final indica que essas variáveis sociodemográficas explicam 13,6% da variação do impacto da condição bucal no cotidiano.

Tabela 21: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo Impacto Oral no Desempenho Diário e condição demográfica e socioeconômica. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	IODD ≥ 1		IODD = 0		OR** [IC 95% (OR)]	Valor de p
	nº	%	nº	%		
SEXO						0,006
Masculino	31	15,0	176	85,0	1	
Feminino	75	25,3	222	74,7	1,92 [1,21 – 3,05]	
IDADE (anos)						0,712
35 - 39	49	20,3	192	79,7	1	
40 - 44	57	21,7	206	78,3	1,08 [0,70 – 1,66]	
ESTADO MARITAL						0,399
Casado	83	20,3	326	79,7	1	
Não casado	23	24,2	72	75,8	1,25 [0,74 – 2,13]	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)						0,013
≥ 8	40	16,4	204	83,6	1	
< 8	66	25,4	194	74,6	1,73 [1,12 – 2,69]	
RENDA FAMILIAR (SM*)						0,002
Acima de 3	29	14,2	175	85,8	1	
Até 3	77	26,0	219	74,0	2,12 [1,32 – 3,39]	
TRABALHO						0,473
Setor Formal	48	20,6	185	79,4	1	
Setor Informal	16	18,2	72	81,8	0,86 [0,46 – 1,60]	
Do Lar	18	19,6	74	80,4	0,94 [0,51 – 1,72]	
Sem Trabalho	18	30,0	42	70,0	1,65 [0,87 – 3,12]	
Outros	06	19,4	25	80,6	0,92 [0,36 – 2,38]	
TIPO DE MORADIA						0,018
Alvenaria	43	16,8	213	83,2	1	
Outros	63	25,4	185	74,6	1,69 [1,09 – 2,60]	
ÁGUA DA REDE						0,083
Sim	91	20,0	364	80,0	1	
Não	15	30,6	34	69,4	1,76 [0,92 – 3,38]	
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)						<0,001
≤ 1	50	15,0	284	85,0	1	
> 1	56	32,9	114	67,1	2,79 [1,80 – 4,33]	
LOCAL MORADIA						<0,001
Setores G2 e G3	50	15,2	278	84,8	1	
Setores G1	56	31,8	120	68,2	2,59 [1,67 – 4,02]	

*SM – Salário-mínimo em fevereiro de 2005 (R\$ 260,00)

**OR – Odds ratio

Tabela 22: Associação entre características demográficas e condição socioeconômica e Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
SEXO		0,006		0,016
Masculino	1		1	
Feminino	1,92 [1,21 – 3,05]		1,82 [1,12 – 2,96]	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)		0,013		0,649*
≥ 8	1		1	
< 8	1,73 [1,12 – 2,69]		1,12 [0,69 – 1,83]	
RENDA FAMILIAR (SM)		0,002		0,181*
Acima de 3	1		1	
Até 3	2,12 [1,32 – 3,39]		1,42 [0,85 – 2,38]	
TIPO DE MORADIA		0,018		
Alvenaria	1		#	#
Outros	1,69 [1,09 – 2,60]			
ÁGUA DA REDE		0,083		
Sim	1		#	#
Não	1,76 [0,92 – 3,38]			
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)		<0,001		<0,001
≤ 1	1		1	
> 1	2,79 [1,80 – 4,33]		2,39 [1,50 – 3,82]	
LOCAL MORADIA		<0,001		<0,001
Setores G2 e G3	1		1	
Setores G1	2,59 [1,67 – 4,02]		2,31 [1,46 – 3,65]	

^a Análise univariada

^b Ajustada para as características demográficas e a condição socioeconômica entre si

retirada do modelo por perda de significância

* mantida no modelo independentemente do nível de significância

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,927)

Nagelkerke's $R^2 = 0,136$

Qui-quadrado do modelo = 45,93 df = 5 p<0,001

5.2.2 Percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e o acesso a serviços de saúde bucal

Na análise do bloco de determinação intermediária, as variáveis *avaliação de saúde no último ano* ($p < 0,001$), *dor orofacial nos últimos seis meses* ($p < 0,001$), *uso de fio dental* ($p < 0,001$) e *visita ao dentista no último ano* ($p = 0,006$), apresentaram associação estatisticamente significativa com impacto nas atividades diárias e foram incluídas no modelo múltiplo. As demais variáveis componentes deste bloco, por não mostraram associação, foram excluídas da análise múltipla (Tabela 23).

Já no modelo múltiplo, após o ajuste das variáveis dentro do bloco, a variável *dor orofacial* manteve-se associada com o impacto no mesmo período e foi mantida no modelo final. Comportamento semelhante foi obedecido para a variável *uso de fio dental*. Os indivíduos que sentiram *dor orofacial nos últimos seis meses* (OR 59,9 [IC 95% 31,2 – 114,9]) e *usavam fio dental* (OR 2,32 [IC 95% 1,20 – 4,49]) referiram mais impacto que os demais. As variáveis *visita ao dentista no último ano* e *auto-avaliação de saúde* perderam a importância estatística, sendo, portanto, excluídas do modelo hierárquico (Tabela 24).

O modelo final do bloco intermediário explica 59,8% do comportamento do impacto no cotidiano dos indivíduos (Pseudo $R^2 = 0,598$).

Tabela 23: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo Impacto Oral no Desempenho Diário e percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e o acesso a serviços de saúde. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	IODD ≥ 1		IODD = 0		OR** [IC 95% (OR)]	Valor de p
nº	%	nº	%			
ESCOVAÇÃO (frequência)						0,254
≥ 3 vezes/dia	89	20,5	345	79,5	1	
< 3 vezes/dia	13	27,7	34	72,3	1,48 [0,75 – 2,92]	
DOCES ENTRE AS REFEIÇÕES						0,378
Não	86	20,3	337	79,7	1	
Sim	20	24,7	61	75,3	1,28 [0,73 – 2,24]	
USO FIO DENTAL						<0,001
Sim	35	14,2	212	85,8	1	
Não	67	28,6	167	71,4	2,43 [1,54 – 3,83]	
PROBLEMAS DE SAÚDE						0,296
Não	85	20,2	336	79,8	1	
Sim	21	25,3	62	74,7	1,34 [0,77 – 2,32]	
AValiação DA SAÚDE						<0,001
Excelente/ Boa	58	16,4	296	83,6	1	
Razoável/Ruim	48	32,0	102	68,0	2,40 [1,54 – 3,74]	
DOR OROFACIAL						<0,001
Não	27	5,8	373	94,2	1	
Sim	83	76,9	25	23,1	53,8 [29,1 – 99,5]	
DENTISTA (último ano)						0,006
Não Visitou	38	17,6	178	82,4	1	
Particular/Outros	30	18,0	137	82,0	1,02 [0,60 – 1,74]	0,925
Público	38	31,4	83	68,6	2,14 [1,27 – 3,60]	0,004

Tabela 24: Associação entre Impacto Oral no Desempenho Diário e percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e acesso a serviços de saúde – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
USO FIO DENTAL		<0,001		0,012
Sim	1		1	
Não	2,43 [1,54 – 3,83]		2,32 [1,20 – 4,49]	
AValiação DA SAÚDE		<0,001		
Excelente/ Boa	1		#	#
Razoável/Ruim	2,40 [1,54 – 3,74]			
DOR OROFACIAL		<0,001		<0,001
Não	1		1	
Sim	53,8 [29,1 – 99,5]		59,9 [31,2 – 114,9]	
DENTISTA (último ano)		0,006		
Não Visitou	1		#	#
Particular/Outros	1,02 [0,60 – 1,74]	0,925		
Público	2,14 [1,27 – 3,60]	0,004		

^a Análise univariada

^b Ajustada para as variáveis de saúde auto referida, dos hábitos e dos cuidados entre si

retirada do modelo por perda de significância

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,828)

Nagelkerke's R² = 0,598

Qui-quadrado do modelo = 233,94 df = 2 p<0,001

5.2.3 Condição de saúde bucal segundo critérios normativos

A associação entre o desempenho diário e a cárie dentária foi avaliada através do índice CPO-D e pelos componentes *cariado* e *perdido*. O CPO-D foi categorizado no primeiro ($CPO-D \geq 14$) e no último quartil ($CPO-D \geq 22$), enquanto os componentes *cariado* ($C=0$ e $C \geq 3$) e *perdido* ($P=0$ e $P \geq 5$) foram dispostos nos pontos de corte similares ao trabalho de Adulyanon e Sheiham (1997) na validação do IODD.

Na análise dos fatores de condição de saúde bucal, *necessidade de prótese dental* ($p < 0,001$), *presença de 3 ou mais dentes cariados* ($p = 0,004$), *bolsa periodontal profunda* ($p = 0,022$) e *perda de inserção do periodonto* ($p = 0,047$) apresentaram associação com o impacto no cotidiano. Por esse motivo, estas variáveis participaram da análise múltipla. As variáveis *sangramento gengival*, *necessidade de tratamento devido à cárie dentária* e *perda de 5 ou mais dentes por cárie* também se inseriram na análise múltipla do bloco, por apresentarem $p > 0,20$. As demais variáveis não permaneceram na etapa seguinte (Tabela 25).

Após o ajuste do modelo, as variáveis *necessidade de prótese*, *perda de inserção do periodonto* e *dentes cariados* foram eleitas representantes da condição de saúde bucal para o modelo hierárquico, por permanecerem associadas com o impacto no cotidiano. O impacto foi mais relatado por indivíduos com *três ou mais dentes cariados* (OR 2,04 [IC 95% 1,03 – 4,04]) que *necessitavam de prótese dental* (OR 2,67 [IC 95% 1,29 – 5,53]) e pelos que apresentavam *perda de inserção do periodonto* (OR 1,82 [IC 95% 1,06 – 3,40]). Juntas, estas variáveis explicam 9,1% do comportamento do impacto ($Pseudo R^2 = 0,091$) (Tabela 26).

Tabela 25: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo Impacto Oral no Desempenho Diário e a condição de saúde bucal segundo critérios normativos. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	IODD ≥ 1		IODD = 0		OR** [IC 95% (OR)]	Valor de p
	nº	%	nº	%		
CPO-D (quartil)						0,161
Até 14	21	15,9	111	84,1	1	
22 a 28	34	22,5	117	77,5	1,53 [0,84 – 2,80]	
CARIADO						0,004
Nenhum	56	18,2	252	81,8	1	
≥ 3	17	36,2	30	63,8	2,55 [1,32 – 4,94]	
PERDIDO						0,070
Nenhum	03	9,4	29	90,6	1	
≥ 5	80	23,3	264	76,7	2,93 [0,87 – 9,87]	
NEC. TRAT. POR CÁRIE						0,070
Nenhum	58	18,5	256	81,5	1	
Algum	48	25,3	142	74,7	1,49 [0,97 – 2,30]	
SANGRAMENTO GENGIVAL						0,121
Presente	38	17,8	176	82,2	1	
Ausente	68	23,4	222	76,6	1,42 [0,91 – 2,21]	
BOLSA PERIODONTAL RASA						0,807
Ausente	86	20,8	327	79,2	1	
Presente	20	22,0	71	78,0	1,07 [0,65 – 1,61]	
BOLSA PERIODONTAL PROFUNDA						0,022
Ausente	98	20,2	387	79,8	1	
Presente	08	42,1	11	57,9	2,87 [1,12 – 7,33]	
PERDA DE INSERÇÃO						0,047
Ausente	65	18,6	284	81,4	1	
Presente	41	26,5	114	73,5	1,57 [1,0 – 2,046]	
USO DE PRÓTESE						0,916
Sim	70	20,9	265	79,1	1	
Não	86	21,3	133	78,7	1,02 [0,65 – 1,61]	
NECESSIDADE DE PRÓTESE						<0,001
Não	13	10,2	115	89,8	1	
Sim	93	24,7	283	75,3	2,91 [1,56 – 5,40]	

Tabela 26: Associação entre condição de saúde bucal segundo critérios normativos e o Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
CPO-D (quartil)		0,161		
Até 14	1		#	#
22 a 28	1,53 [0,84 – 2,80]			
CARIADO		0,004		0,040
Nenhum	1		1	
≥ 3	2,55 [1,32 – 4,94]		2,04 [1,03 – 4,04]	
PERDIDO		0,070		
Nenhum	1		#	#
≥ 5	2,93 [0,87 – 9,87]			
NEC. TRAT. POR CÁRIE		0,070		
Nenhum	1		#	#
Algum	1,49 [0,97 – 2,30]			
SANGRAMENTO GENGIVAL		0,121		
Presente	1		#	#
Ausente	1,42 [0,91 – 2,21]			
BOLSA PERIODONTAL PROFUNDA		0,022		
Ausente	1		#	#
Presente	2,87 [1,12 – 7,33]			
PERDA DE INSERÇÃO		0,047		0,030
Ausente	1		1	
Presente	1,57 [1,0 – 2,046]		1,82 [1,06 – 3,40]	
NECESSIDADE DE PRÓTESE		<0,001		0,008
Não	1		1	
Sim	2,91 [1,56 – 5,40]		2,67 [1,29 – 5,53]	

^a Análise univariada

^b Ajustada para os aspectos clínicos de saúde bucal entre si

retirada do modelo por perda de significância

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,594)

Nagelkerke's $R^2 = 0,091$

Qui-quadrado do modelo = 21,17 df = 3 p<0,001

5.2.4 Modelo hierárquico do impacto oral no desempenho diário

Após o ajuste interno de cada bloco e a subsequente seleção das variáveis que participariam do modelo hierárquico, iniciou-se a análise final seguindo o modelo teórico.

No bloco das características demográficas e da condição socioeconômica, as variáveis *sexo*, *local de moradia* e *aglomeração no domicílio* mostraram associação independente com o impacto da condição bucal no desempenho diário (Tabela 27). O impacto é mais aferido entre as mulheres que entre os homens (OR 1,82 [IC 95% 1,12 – 2,94]). Indivíduos que residem nas áreas do Grupo 1 relataram impacto com maior frequência que os moradores das áreas dos Grupos 2 e 3 (OR 2,31 [IC 95% 1,46 – 3,65]). Moradores de domicílios com mais de uma pessoa/cômodo mencionaram maior percentual de impacto comparativamente aos que residiam em domicílios com, no máximo, uma pessoa por cômodo (OR 2,39 [IC 95% 1,49 – 3,82]).

No bloco de percepção da condição de saúde, dos hábitos e dos cuidados relativos à saúde bucal e acesso a serviços de saúde, apenas *dor orofacial* apresentou associação com o impacto após ajuste para o bloco superior (Tabela 27). Os indivíduos que sentiram dor orofacial nos últimos seis meses relataram proporcionalmente mais impacto no desempenho diário que os que não sofreram com dor orofacial no período (OR 65,4 [IC 95% 32,1 – 133,3]).

Todas as variáveis do bloco *condição de saúde bucal segundo critérios normativos* perderam a expressividade, quando foram ajustadas pelos blocos superiores. A variável *necessidade de prótese* foi mantida, para melhor ajuste do

modelo final e por ser representativa de falta de dentes e problemas com a adaptação da prótese, elencadas como segunda causa específica do impacto na perspectiva dos entrevistados (Tabela 27).

As características sociodemográficas, de percepção da condição de saúde e os aspectos clínicos mantidos no modelo final explicam 62,3% da variação do impacto ($\text{Pseudo } R^2 = 0,632$).

Tabela 27: Análise de regressão logística múltipla não condicional hierarquizada para o Impacto Oral no Desempenho Diário. Chapecó, SC, 2004.

Modelo	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
Características demográficas e condição socioeconômica				
SEXO		0,006		0,016
Masculino	1		1	
Feminino	1,92 [1,21 – 3,05]		1,82 [1,12 – 2,96]	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)		0,013		0,649*
≥ 8	1		1	
< 8	1,73 [1,12 – 2,69]		1,12 [0,69 – 1,83]	
RENDA FAMILIAR (SM)		0,002		0,181*
Acima de 3	1		1	
Até 3	2,12 [1,32 – 3,39]		1,42 [0,85 – 2,38]	
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)		<0,001		<0,001
≤ 1	1		1	
> 1	2,79 [1,80 – 4,33]		2,39 [1,49 – 3,82]	
LOCAL MORADIA		<0,001		<0,001
Setores G2 e G3	1		1	
Setores G1	2,59 [1,67 – 4,02]		3,85 [1,90 – 7,79]	
Percepção da condição de saúde, dos hábitos e dos cuidados, acesso a serviços				
DOR OROFACIAL		<0,001		<0,001
Não	1		1	
Sim	53,8 [29,13 – 99,51]		65,4 [32,0 – 133,3]	
Condição de saúde bucal				
NECESSIDADE DE PRÓTESE		<0,001		0,075*
Não	1		1	
Sim	2,91 [1,56 – 5,40]		2,15 [0,93 – 4,44]	

^a Análise univariada

^b Ajustada para as características internas de cada bloco e pelo(s) bloco(s) superior(es)

* mantida para ajuste do modelo

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,848)

Nagelkerke's $R^2 = 0,623$

Qui-quadrado do modelo = 256,36 df = 7 p<0,001

5.3 Fatores de Determinação para Alta Severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário.

5.3.1 Características demográficas e condição socioeconômica

Na análise univariada do bloco condição socioeconômica e características demográficas, as variáveis *idade* e *estado marital* não apresentaram associação que se identificasse com a alta severidade do impacto. Tiveram sua exclusão da análise múltipla por apresentarem valor de $p > 0,20$. As demais variáveis se mantiveram por se mostrarem fortemente associadas ao desfecho ou apresentarem nível de significância $p < 0,20$. As variáveis fortemente associadas foram: *aglomeração no domicílio* ($p < 0,001$), *local de moradia* ($p = 0,002$), *escolaridade* ($p = 0,007$), *renda familiar* ($p = 0,008$) e *sexo* ($p = 0,009$). As variáveis não associadas expressivamente e mantidas na análise múltipla foram: *tipo de moradia*, *situação do trabalho* e *abastecimento de água pela rede pública* (Tabela 28).

Após o ajuste do modelo final do bloco, as variáveis *aglomeração no domicílio*, *local de moradia* e *sexo* permaneceram associadas à alta severidade do impacto no desempenho de atividades cotidianas e foram selecionadas para a análise do modelo hierárquico. Residentes dos *setores do Grupo I* (OR 1,95 [IC 95% 1,09 – 3,49]), indivíduos que moram em domicílios com *mais de uma pessoa por cômodo* (OR 2,21 [IC 95% 1,22 – 4,00]) e *mulheres* (OR 2,13 [IC 95% 1,12 – 4,03]) referiram maior severidade do impacto que os demais (Tabela 29). As variáveis deste bloco explicam 11,8% da severidade do impacto (Pseudo $R^2 = 0,118$).

Tabela 28: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e condição demográfica e socioeconômica. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	IODD $\geq 10,0$		IODD $< 3,0$		OR** [IC 95% (OR)]	Valor de p
	nº	%	nº	%		
SEXO						0,009
Masculino	15	7,7	180	92,3	1	
Feminino	43	15,8	229	84,2	2,25 [1,21 – 4,18]	
IDADE (anos)						0,932
35 - 39	28	12,6	195	87,4	1,02 [0,59 – 1,77]	
40 - 44	30	12,3	214	87,7	1	
ESTADO MARITAL						0,705
Casado	46	12,1	333	87,9	1	
Não casado	12	13,6	76	86,4	1,14 [0,57 – 2,26]	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)						0,007
≥ 8	19	8,2	212	91,8	1	
< 8	39	16,5	197	83,5	2,21 [1,23 – 3,95]	
RENDA FAMILIAR (SM*)						0,008
Acima de 3	15	7,7	179	92,3	1	
Até 3	43	16,0	226	84,0	2,27 [1,22 – 4,22]	
TRABALHO						0,189
Setor Formal	21	10,0	190	90,0	1	
Setor Informal	12	14,3	72	85,7	1,51 [0,77 – 3,22]	
Do Lar	10	11,5	77	88,5	1,17 [0,53 – 2,61]	
Sem Trabalho	12	21,8	43	78,2	2,52 [1,15 – 5,52]	0,020
Outros	03	10,0	27	90,0	1,0 [0,28 – 3,60]	
TIPO DE MORADIA						0,103
Alvenaria	24	10,0	216	90,0	1	
Outros	34	15,0	193	85,0	1,58 [0,91 – 2,77]	
ÁGUA DA REDE						0,197
Sim	50	11,8	374	88,2	1	
Não	08	18,6	35	81,4	1,71 [0,75 – 3,89]	
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)						$<0,001$
≤ 1	27	8,5	290	91,5	1	
> 1	31	20,7	119	79,3	2,80 [1,60 – 4,89]	
LOCAL MORADIA						0,002
Setores G2 e G3	28	9,1	280	90,9	1	
Setores G1	30	18,9	129	81,1	2,32 [1,33 – 4,05]	

*SM – Salário-mínimo em fevereiro de 2005 (R\$ 260,00)

**OR – Odds ratio

Tabela 29: Associação entre características demográficas e condição socioeconômica e alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
SEXO		0,009		0,020
Masculino	1		1	
Feminino	2,25 [1,21 – 4,18]		2,13 [1,12 – 4,03]	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)		0,007		0,240
≥ 8	1		1	
< 8	2,21 [1,23 – 3,95]		1,46 [0,77 – 2,76]	
RENDA FAMILIAR (SM)		0,008		0,270
Acima de 3	1		1	
Até 3	2,27 [1,22 – 4,22]		1,45 [0,75 – 2,83]	
TRABALHO		0,189		
Setor Formal	1			
Setor Informal	1,51 [0,77 – 3,22]		#	#
Do Lar	1,17 [0,53 – 2,61]			
Sem Trabalho	2,52 [1,15 – 5,52]	0,020		
Outros	1,0 [0,28 – 3,60]			
TIPO DE MORADIA		0,103		
Alvenaria	1		#	#
Outros	1,58 [0,91 – 2,77]			
ÁGUA DA REDE		0,197		
Sim	1		#	#
Não	1,71 [0,75 – 3,89]			
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)		<0,001		0,009
≤ 1	1		1	
> 1	2,80 [1,60 – 4,89]		2,21 [1,22 – 4,00]	
LOCAL MORADIA		0,002		0,024
Setores G2 e G3	1		1	
Setores G1	2,32 [1,33 – 4,05]		1,95 [1,09 – 3,49]	

^a Análise univariada

^b Ajustada para as características demográficas e condição socioeconômica entre si
retirada do modelo por perda de significância

* mantida no modelo independentemente do nível de significância

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,670). Nagelkerke's R² = 0,118

Qui-quadrado do modelo = 29,94 df = 5 p<0,001

5.3.2 Percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e acesso a serviços de saúde

Na análise do bloco de determinação intermediária, as variáveis *avaliação de saúde no último mês* ($p<0,001$), *dor orofacial nos últimos seis meses* ($p<0,001$), *uso de fio dental* ($p<0,001$) e *visita ao dentista no último ano* ($p=0,001$) apresentaram associação estatisticamente significativa com alta severidade de impacto nas atividades diárias e foram incluídas no modelo múltiplo. *Consumo de doce entre as refeições* não mostrou associação expressiva, mas o nível de significância definiu sua inclusão no modelo múltiplo ($p<0,20$). As demais variáveis componentes deste bloco foram excluídas da análise seguinte, por não apresentarem nível de significância $p<0,20$ (Tabela 30).

No modelo múltiplo após o ajuste das variáveis dentro do bloco, as variáveis *dor orofacial nos últimos seis meses* e *auto-avaliação de saúde* mantiveram-se associadas com o impacto, e foram mantidas no modelo final. O impacto foi mais severo entre os indivíduos que apresentaram *dor orofacial nos últimos seis meses* (OR 53,4 [IC 95% 25,0 – 131,5]) e avaliaram sua saúde no último mês como *razoável ou ruim*. (OR 2,41 [IC 95% 1,09 – 5,33]) Comportamento semelhante foi observado para a variável *uso de fio dental* (OR 2,51 [IC 95% 1,11 – 5,67]). A variável *visita ao dentista no último ano* perdeu a significância estatística, sendo, portanto, excluída do modelo hierárquico (Tabela 31). As variáveis mantidas no modelo final deste bloco explicam 57,8% da severidade do impacto (Pseudo $R^2 = 0,578$).

Tabela 30: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com saúde bucal e acesso a serviços de saúde. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	IODD ≥ 10,0		IODD < 3		OR** [IC 95% (OR)]	Valor de p
	nº	%	nº	%		
ESCOVAÇÃO (frequência)						0,258
≥ 3 vezes/dia	49	12,2	353	87,8	1	
< 3 vezes/dia	08	18,2	36	81,8	1,60 [0,70 – 3,64]	
DOCES ENTRE AS REFEIÇÕES						0,083
Não	44	11,3	347	88,7	1	
Sim	14	18,4	62	81,6	1,78 [0,92 – 3,44]	
USO FIO DENTAL						<0,001
Sim	17	7,7	217	92,7	1	
Não	40	18,9	172	81,1	2,97 [1,62 – 5,42]	
PROBLEMAS DE SAÚDE						0,293
Não	07	8,9	72	91,1	1	
Sim	51	13,1	337	86,9	1,56 [0,68 – 3,57]	
AValiação DA SAÚDE						<0,001
Excelente/ Boa	25	7,6	305	92,4	1	
Razoável/Ruim	33	24,1	104	75,4	3,87 [2,20 – 6,81]	
DOR OROFACIAL						<0,001
Não	09	2,3	378	97,7	1	
Sim	49	61,3	31	38,8	66,3 [29,8 – 147,6]	
DENTISTA (último ano)						0,001
Não Visitou	18	8,9	184	91,1	1	
Particular/Outros	15	9,7	139	99,3	1,10 [0,54 – 2,26]	
Público	25	22,5	86	77,5	2,97 [1,54 – 5,73]	

Tabela 31: Associação entre a alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e a percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com saúde bucal e acesso a serviços de saúde – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
USO FIO DENTAL		<0,001		0,026
Sim	1		1	
Não	2,97 [1,62 – 5,42]		2,51 [1,11 – 5,67]	
AValiação DA SAÚDE		<0,001		0,030
Excelente/ Boa	1		1	
Razoável/Ruim	3,87 [2,20 – 6,81]		2,41 [1,09 – 5,33]	
DOR OROFACIAL		<0,001		<0,001
Não	1		1	
Sim	66,3 [29,8 – 147,6]		53,4 [25,0 – 131,5]	

^a Análise univariada

^b Ajustada para as variáveis de saúde auto referida, dos hábitos e dos cuidados entre si

retirada do modelo por perda de significância

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,808)

Nagelkerke's $R^2 = 0,578$

Qui-quadrado do modelo = 164,62 df = 3 p<0,001

5.3.3 Condição de saúde bucal segundo critérios normativos

Na análise univariada do bloco proximal, as condições bucais que mostraram associação estatisticamente significativa com a alta severidade do impacto no cotidiano dos indivíduos foram: *presença de 3 ou mais dentes cariados* ($p < 0,001$), *perda de inserção periodontal* ($p < 0,001$), *presença de bolsa periodontal profunda* ($p = 0,004$), *necessidade de prótese dental* ($p = 0,017$) e *necessidade de tratamento* nas superfícies coronárias ($p = 0,009$). Todas elas foram incluídas no modelo final do referido bloco. *Perda de mais de 4 dentes*, devido ao ataque de cárie dentária, e *presença de sangramento gengival* mostraram-se associadas com a alta severidade do impacto no limite da significância estatística e também foram incluídas no modelo múltiplo. As demais variáveis foram excluídas por não apresentarem nível de significância mínimo exigido de $p < 0,20$ (Tabela 32).

No modelo múltiplo deste bloco, apresentaram associação independente com alta severidade do impacto, as seguintes condições bucais definidas por critérios normativos: *perda de inserção do periodonto* (OR 3,35 [IC 95% 1,65 – 6,83]), e *presença de cárie dentária em 3 ou mais dentes* (OR 3,52 [IC 95% 1,56 – 7,93]) ($p = 0,007$). Por esse motivo, estas variáveis foram as representantes do bloco no modelo hierárquico. A variável *necessidade de prótese dental* foi considerada variável de confusão e mantida no modelo. As demais variáveis foram excluídas por não apresentarem o nível de significância mínimo ($p < 0,05$) nem terem sido consideradas variáveis de confusão (Tabela 33). As variáveis clínicas mantidas no modelo final explicam 16,1% da severidade do impacto (Pseudo $R^2 = 0,161$).

Tabela 32: Distribuição dos indivíduos de 35 a 44 anos segundo alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário e condição de saúde bucal segundo critérios normativos. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	IODD ≥ 10,0		IODD < 3		OR** [IC 95% (OR)]	Valor de p
	nº	%	nº	%		
CPO-D (quartil)						0,367
Até 14	12	9,4	115	90,6	1	
22 a 28	18	12,9	121	87,1	1,42 [0,66 – 3,09]	
CARIADO						<0,001
Nenhum	26	9,1	259	90,9	1	
≥ 3	13	30,2	30	69,8	4,32 [2,00 – 9,28]	
PERDIDO						0,050
≤ 4	12	8,1	137	91,9	1	
> 4	46	14,5	272	85,5	1,93 [0,99 – 3,76]	
NEC. TRAT. POR CÁRIE						0,009
Nenhum	27	9,3	263	90,7	1	
Algum	31	17,5	146	82,5	2,07 [1,19 – 3,76]	
SANGRAMENTO GENGIVAL						0,052
Presente	18	9,0	182	91,0	1	
Ausente	40	15,0	227	85,0	1,78 [0,99 – 3,21]	
BOLSA PERIODONTAL RASA						0,429
Ausente	45	11,8	335	88,2	1	
Presente	13	14,9	74	85,1	1,31 [0,67 -2,55]	
BOLSA PERIODONTAL PROFUNDA						0,004
Ausente	52	11,6	398	88,4	1	
Presente	06	36,2	11	64,7	4,17 [1,48 – 11,76]	
PERDA DE INSERÇÃO				91,2		<0,001
Ausente	28	8,8	292	79,6	1	
Presente	30	20,4	117		2,67 [1,53 -4,67]	
USO DE PRÓTESE						0,852
Não	38	12,2	273	87,8	1	
Sim	20	12,8	136	87,2	1,06 [0,59 – 18,88]	
NECESSIDADE DE PRÓTESE						0,017
Não	08	6,4	117	93,6	1	
Sim	50	14,6	292	85,4	2,50 [1,15 – 5,44]	

Tabela 33: Associação entre condição de saúde bucal segundo critérios normativos e alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário – modelo de regressão logística múltipla não condicional. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEIS (Categorias)	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
CARIADO		<0,001		0,002
Nenhum	1		1	
≥ 3	4,32 [2,00 – 9,28]		3,52 [1,56 – 7,93]	
PERDIDO		0,050		
≤ 4	1		#	#
> 4	1,93 [0,99 – 3,76]			
NEC. TRAT. POR CÁRIE		0,009		
Nenhum	1		#	#
Algum	2,07 [1,19 – 3,76]			
SANGRAMENTO GENGIVAL		0,052		
Presente	1		#	#
Ausente	1,78 [0,99 – 3,21]			
BOLSA PERIODONTAL PROFUNDA		0,004		
Ausente	1		#	#
Presente	4,17 [1,48 – 11,76]			
PERDA DE INSERÇÃO		<0,001		0,001
Ausente	1		1	
Presente	2,67 [1,53 – 4,67]		3,35 [1,65 – 6,83]	
NECESSIDADE DE PRÓTESE		0,017		0,097*
Não	1		1	
Sim	2,50 [1,15 – 5,44]		2,34 [0,86 – 6,40]	

^a Análise univariada

^b Ajustada para os aspectos clínicos de saúde bucal entre si

retirada do modelo por perda de significância

* mantida para ajuste do modelo

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,585)

Nagelkerke's R² = 0,161

Qui-quadrado do modelo = 28,22 df = 3 p<0,001

5.3.4 Modelo hierárquico para a alta severidade do impacto oral no desempenho diário

A análise dos fatores determinantes para a alta severidade do impacto no desempenho diário evidenciou que *mulheres* (OR 2,13 [IC 95% 1,12 – 4,03]), *residentes nas áreas do Grupo 1* (OR 1,95 [IC 95% 1,09 – 3,49]) e *moradores em domicílios com mais de uma pessoa por cômodo* (OR 2,21 [IC 95% 1,22 – 4,00]) referiram maior severidade que homens residentes nas áreas dos Grupos 2 e 3 e moradores em domicílios com menor número de pessoas por cômodo (Tabela 34).

No bloco intermediário, a *auto-avaliação de saúde* e a *dor orofacial nos últimos seis meses* foram fatores determinantes de maior severidade do impacto, independente dos aspectos demográficos e da condição socioeconômica. Pessoas que avaliaram sua saúde nos últimos doze meses como *regular ou ruim* apresentaram quase o triplo de chance de referir a alta severidade sobre os que avaliaram sua saúde como *excelente ou boa* (OR 2,71 [IC 95% 1,19 – 6,20]). O relato de alta severidade do impacto da condição bucal no cotidiano foi maior entre os indivíduos que sentiram *dor orofacial nos últimos seis meses* que entre os que não sentiram no mesmo período (OR 69,4 [IC 95% 28,33 – 169,9]), conforme apresentado na tabela 38.

Nenhuma condição de saúde bucal segundo critérios normativos se manteve associada à alta severidade do impacto após o ajuste para as características de percepção de saúde, dos hábitos e dos cuidados, aspectos demográficos e condição socioeconômica. A manutenção da variável *necessidade de prótese dental*

no modelo hierárquico para a alta severidade obedeceu aos mesmos critérios elencados no momento da análise dos determinantes do impacto.

As características demográficas e sociais, a percepção da condição de saúde e os aspectos clínicos mantidos no modelo final explicam 61,4% da severidade do impacto ($\text{Pseudo } R^2 = 0,614$).

Tabela 34: Análise de regressão logística múltipla não condicional hierarquizada para alta severidade do Impacto Oral no Desempenho Diário. Chapecó, SC, 2004.

Modelo	OR^a [IC 95% (OR)]	Valor de p	OR^b [IC 95% (OR)]	Valor de p
Características demográficas e condição socioeconômica				
SEXO		0,009		0,020
Masculino	1		1	
Feminino	2,25 [1,21 – 4,18]		2,13 [1,12 – 4,03]	
ESCOLARIDADE (anos de estudo)		0,007		0,240*
≥ 8	1		1	
< 8	2,21 [1,23 – 3,95]		1,46 [0,77 – 2,76]	
RENDA FAMILIAR (SM)		0,008		0,270*
Acima de 3	1		1	
Até 3	2,27 [1,22 – 4,22]		1,45 [0,75 – 2,83]	
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)		<0,001		0,009
≤ 1	1		1	
> 1	2,80 [1,60 – 4,89]		2,21 [1,22 – 4,00]	
LOCAL DE MORADIA		0,002		0,024
Setores G2 e G3	1		1	
Setores G1	2,32 [1,33 – 4,05]		1,95 [1,09 – 3,49]	
Percepção da condição de saúde, dos hábitos e dos cuidados, acesso a serviços				
DOR OROFACIAL		<0,001		<0,001
Não	1		1	
Sim	66,3 [29,8 – 147,6]		69,4 [28,3 – 169,9]	
AVALIAÇÃO DA SAÚDE		<0,001		0,018
Excelente/ Boa	1		1	
Razoável/Ruim	3,87 [2,20 – 6,81]		2,71 [1,19 – 6,20]	
Condição de saúde bucal				
NECESSIDADE DE PRÓTESE		0,017		0,300*
Não	1		1	
Sim	2,50 [1,15 – 5,44]		1,75 [0,606 – 5,08]	

^a Análise univariada

^b Ajustada para as características internas de cada bloco e pelo(s) bloco(s) superior(es)

* mantida para ajuste do modelo

Teste Hosmer & Lemeshow (p=0,900). Nagelkerke's $R^2 = 0,614$

Qui-quadrado do modelo = 182,22 df = 8 p<0,001

5.4 Análise da Diferença do Impacto Oral no Desempenho Diário nos Fatores Determinantes do Impacto

Uma vez identificadas as variáveis de determinação do impacto, buscaram-se mensurar a diferença e o percentual de incremento do IODD médio entre as categorias analisadas, ou seja, o percentual excedente de severidade referida pela categoria de maior impacto em cada variável mantida nos modelos hierárquicos. Isso significa informar, em percentual, quanto o impacto é maior naquela categoria.

Os indivíduos que sentiram *dor orofacial nos últimos seis meses* relataram um impacto 2.054% mais severo que aqueles que não sofreram com sintomas dolorosos no período. A severidade do impacto narrada pelos indivíduos que classificaram sua *condição de saúde geral* como sendo razoável ou ruim foi 310% maior que aquela aludida pelos que perceberam sua saúde como excelente ou boa. Pessoas que residiam em domicílios cuja *relação pessoa/cômodo era maior que 1* relataram uma severidade do impacto 213% maior que os que residiam em domicílios maiores. A severidade do impacto da condição bucal no desempenho diário foi 166% maior entre as pessoas que residiam nas *áreas do Grupo 1* que entre as que residiam em outros locais. As *mulheres* reportaram um impacto mais severo que os homens, em 122% (Tabela 35).

Tabela 35: Incremento do Impacto Oral no Desempenho Diário referido pelos indivíduos de 35 a 44 anos nos fatores de determinação da presença e da severidade do mesmo. Chapecó, SC, 2004.

VARIÁVEL (Categoria)	n	IODD		Diferença do IODD	% do Incremento do IODD	Valor de p*
		Média	DP			
AGLOMERAÇÃO (pessoa/cômodo)						< 0,001
≤ 1	334	1,73	5,24	3,68	213,0	
> 1	170	5,41	12,97			
LOCAL						< 0,001
MORADIA						
Setores G2 e G3	328	1,88	5,09	3,12	166,0	
Setores G1	176	5,0	12,52			
SEXO						< 0,001
Masculino	207	3,46	12,89	4,22	121,9	
Feminino	297	7,68	20,14			
DOR						< 0,001
OROFACIAL						
Não	396	0,55	2,83	11,3	2.054,0	
Sim	108	11,85	15,32			
AValiação da SAÚDE						< 0,001
Excelente/ Boa	354	3,09	8,82	9,59	310,0	
Razoável/Ruim	150	12,68	28,31			

*Teste Mann Withney.

6 DISCUSSÃO

6.1 Validade e Limitações do Estudo

O delineamento da amostra, o treinamento dos pesquisadores, os exames em duplicatas e o controle de variáveis de confusão na análise dos dados foram estratégias utilizadas para assegurar a validade do estudo e a confiabilidade dos dados. O estudo de base populacional buscou possibilitar a inferência dos resultados à população adulta de 35 a 44 anos do Município de Chapecó.

O percentual de perdas de 19%, apesar das diversas tentativas de busca adotadas, fugiu um pouco do esperado, principalmente nos grupos 2 e 3. O maior percentual de perdas foi devido à recusa. É possível que o motivo desta tenha sido a associação da pesquisa com os serviços públicos, uma vez que o primeiro contato foi realizado pelo agente comunitário de saúde local. Problema semelhante enfrentou a equipe dos agentes no cadastramento das famílias, realizado pela Secretaria de Saúde. Dados não apresentados mostraram inexistir diferenças significativas entre os indivíduos do universo amostral e os da população do estudo, nos três grupos, no que se refere à distribuição da população, segundo sexo, renda e escolaridade.

Um outro aspecto a ser considerado refere-se à reprodutibilidade dos dados assegurada pelo processo de treinamento dos entrevistadores e examinadores, bem como pela alta concordância obtida na aplicação do teste Kappa.

A utilização do modelo hierárquico através da regressão logística múltipla, na análise estatística realizada, mostrou-se coerente com o modelo teórico. Permitiu identificar os fatores determinantes para o impacto de maneira independente, seguindo os níveis hierárquicos teóricos de determinação. O teste de Hosmer e Lemeshow indicou boa adequação dos dois modelos finais (Hosmer e Lemeshow, 1989).

Entre as limitações do presente estudo, está o fato de algumas variáveis investigadas serem informações referidas. A variável do desfecho e algumas variáveis independentes relacionam-se diretamente com a percepção, característica própria dos indivíduos investigados e dos aspectos culturais de cada grupo populacional, bem como envolve a memória do entrevistado. Recomenda-se cautela na generalização dos dados para outros grupos populacionais.

Outra limitação diz respeito ao tipo de estudo. Todas as observações são feitas a cada indivíduo em uma única oportunidade, não sendo possível estabelecer, com segurança, a precedência temporal das variáveis independentes sobre o desfecho. A adoção de temporalidades próximas na coleta da maioria das variáveis foi uma tentativa de se obter informações relativas, a tempo, de maneira indireta. Quanto à condição bucal, considerou-se o fato de que todos os eventos investigados, exceto o sangramento gengival, necessitam de um período superior ao da avaliação do desfecho, para ter expressão clinicamente mensurável.

6.2 Perfil Epidemiológico em Saúde Bucal

A condição de saúde bucal da população estudada reflete a ineficácia da estratégia da Odontologia em suas ações educativas, preventivas e assistenciais desde a década de 1960. Centrada quase exclusivamente na população escolar, os defensores da estratégia argumentavam que tais medidas refletiriam na melhoria do perfil epidemiológico destes indivíduos na fase adulta. A política de saúde bucal de Chapecó seguiu as diretrizes da política nacional. O perfil epidemiológico do grupo estudado apresentou alguns aspectos diferenciados, conforme será discutido a seguir.

A *perda dental parcial* foi alta, atingindo apenas 58,4% da meta estabelecida pela OMS. Conforme dados do levantamento nacional, a *perda* neste grupo foi maior que a encontrada na população brasileira, que atingiu 72% da meta da OMS (MS, 2004). Distanciou-se, em muito, do perfil dos adultos paulistanos – 86,6% da meta da OMS atingida (Frazão, Antunes e Narvai, 2003). Comparada aos estudos internacionais revisados, a *perda parcial* nestes adultos foi superior a todos os achados em grupos populacionais de faixa etária similar.

O comportamento da *perda parcial* segundo grupos de dentes afetados segue o padrão observado no ataque de cárie dentária, com maior prevalência nos dentes posteriores inferiores, seguido dos posteriores superiores, anteriores superiores e anteriores inferiores.

O *edentulismo* em ambos os arcos foi maior que o encontrado na maioria dos estudos, exceto entre os adultos da Holanda (Kalsbeek et al., 1998) e da Flórida (Dolan et al., 2001). Ressalta-se que, em ambos, estão incluídos indivíduos de idade

superior e que a *perda dental* está associada a idades mais elevadas (Holst e Schüller, 2000; Steele et al., 2004). O comportamento da *perda total*, segundo os arcos dentais, coincidiu com o verificado na maioria dos grupos populacionais, revelando predomínio no arco superior, tendo, igualmente, no ataque de cárie, sua explicação mais plausível.

Perda dental é o último estágio na evolução da doença *cárie* (Pilot, 1998; Petersen, 2003; John et al., 2004). Na população do estudo, menos de 2% estava imune a esta doença. Em média, os indivíduos apresentaram 18,13 (IC95% 17,6 – 18,6) dentes com seqüelas, sendo o componente *perdido* (P) o de maior percentual de contribuição para o índice *CPO-D* (57,6%). A prevalência da doença e a maior contribuição do componente *perdido* (P) são similares às encontradas nos estudos nacionais e internacionais revisados. No aspecto severidade, o comportamento da *cárie* foi semelhante ao perfil dos adultos brasileiros (20,13 [IC95% 19,3 – 21,0]) (MS, 2004), da região Sul (20,6 [IC95% 19,2 – 22,0]) (MS, 2004) e de São Paulo (22,4 [IC95% 21,3 -23,5]) (Frazão, Antunes e Narvai, 2003). No âmbito dos estudos internacionais revisados, apresenta-se severidade similar à encontrada nos grupos de semelhante faixa etária, exceto no caso de Madagascar, Bangladesh, Romênia e China, onde a severidade é menor (van Palestein, Kalam Joarder e Begum, 1996; Petersen, Razanamihaja, 1996; Petersen, Tanase, 1997; Lin et al., 2001a)

O ataque da *cárie* sem atendimento (componente C) contribuiu com 4,7% da composição do índice *CPO-D*, e pouco mais de um terço da população apresentou dentes com cavidades de cárie. O baixo percentual de indivíduos com *necessidade de tratamento* da superfície coronal (37,9%), em sua grande maioria envolvendo um

pequeno número de dentes (≤ 3 dentes) e procedimentos majoritariamente conservadores, indicam uma baixa gravidade da doença no momento do exame. Os dados sugerem que os indivíduos já resolveram a grande maioria dos problemas decorrentes da cárie dentária, e o procedimento mais adotado foi a *exodontia*.

A coleta das situações clínicas de interesse à periodontia, separadamente, possibilitou conhecer a real condição periodontal dos indivíduos. Este aspecto fica prejudicado, quando efetuada a coleta segundo critérios do CPI, em que se prioriza o registro das piores situações, mascarando a informação dos eventos situados nos escores iniciais. Considerar somente os critérios do CPI implicaria, por exemplo, em desconhecer o percentual de doença periodontal reversível indicada pelo *sangramento gengival*, passível de recuperação através de medidas de orientação de higiene e/ou remoção de *cálculo dentário*. O mesmo ocorreria com a prevalência de *cálculo dentário* e *bolsa periodontal rasa*. Para efeitos comparativos com outros grupos populacionais, no entanto, optou-se por também apresentar o CPI.

Frente às características clínicas encontradas, as principais medidas de atenção no campo da periodontia, para este grupo, seriam as orientações de higiene dental e a remoção de *cálculo dentário*. Apesar de *cálculo dentário* não constituir fator etiológico para qualquer morbidade periodontal, sua presença facilita o depósito de placa bacteriana e dificulta a remoção da mesma. Tais medidas prescindem de especialistas na área e, na grande maioria dos casos, podem ser realizadas por técnicos em saúde bucal.

Em termos comparativos, a presença de *cálculo dentário* foi a situação clínica mais prevalente em todos os estudos de periodontia revisados, diferindo

apenas em valores percentuais, exceto na Alemanha, onde a situação mais prevalente é a *bolsa periodontal rasa* (Micheelis e Bauch, 1996).

No âmbito das periodontites avançadas, observou-se a diferença entre os resultados dos estudos revisados e o dos indivíduos examinados. No levantamento nacional brasileiro, os percentuais de *bolsa periodontal rasa* (7,8% [IC95% 7,3 – 8,2]) e de *bolsa profunda* (2,1% [IC95% 1,8 – 2,3]) são respectivamente inferiores e semelhantes aos do grupo estudado (MS, 2004). Comportamento parecido foi encontrado entre os romenos (Petersen e Tanase, 1997). Nos demais estudos, a situação de periodontite avançada é similar ou superior à encontrada no grupo em análise. Ressalve-se que o tratamento de *bolsas periodontais rasas* pode ser realizado por clínicos gerais, apresentando um bom prognóstico sem maiores seqüelas para o elemento dental. A condição periodontal da população estudada, portanto, é boa, passível de resolução no nível da atenção básica, com pouco menos de 4% apresentando quadro de maior gravidade e necessidade de intervenção de média complexidade.

Ainda sobre a condição periodontal, observou-se a *perda de inserção* do periodonto em um terço da população. Este aspecto remete à reflexão de possíveis problemas oclusais e hábitos deletérios, como incorreta posição e/ou pressão demasiada da escova no momento da higienização bucal. Serve igualmente de alerta para a possível sintomatologia dolorosa decorrente da exposição de colo e de raiz.

O uso e a *necessidade de prótese* estão relacionados a questões culturais, ao acesso a serviços odontológicos reabilitadores e à severidade da cárie e da doença periodontal resultando em perda do dente. Foi visto comportamento similar de necessidade protética entre o grupo estudado e a população brasileira, tanto em

termos percentuais como no fato da mandíbula apresentar maior necessidade. Diferenças foram percebidas no tipo de prótese mais usada. No levantamento nacional, em ambos os arcos, houve predomínio da *prótese total*, seguida das *próteses parciais removíveis*. No grupo estudado, apesar do percentual de *perda dental* ser maior, no arco inferior predominou a *prótese parcial removível*. Considerando não haver diferenças culturais nos aspectos de uso de prótese entre as populações estudadas, o maior acesso a tratamentos reabilitadores protéticos no grupo de Chapecó talvez seja responsável pela diferença encontrada. Os chapecoenses dispõem de atendimento protético nos serviços públicos, com a oferta de prótese total há, pelo menos, oito anos, e 58% da população que consultou o dentista nos últimos doze meses o fizeram em serviços particulares, nas empresas e sindicatos onde há oferta de *próteses totais e parciais*.

É provável que as melhores condições de saúde bucal encontradas na Romênia, França, Suécia, China e Flórida respondam pelos ínfimos percentuais de uso de prótese encontrado em estudos naqueles países. Os altos percentuais encontrados em um estudo guatemalteco, especialmente entre as mulheres, têm no aspecto cultural o principal fator explicativo do uso de peças protéticas dentárias (Hunter e Arbona, 1995). Em ambas as situações, a comparação dos percentuais seria pouco ilustrativa acerca da condição protética local.

Aparentemente, o perfil epidemiológico definido pelos indicadores clínicos investigados neste estudo permite classificar a atual condição de saúde bucal como satisfatória. A *perda dental*, apesar de alta, não é recente, uma vez que os procedimentos mais relatados como principal motivo da última consulta não incluíam casos de urgência (dor de dente e exodontias). O *uso de próteses dentárias*

foi semelhante ao percentual das perdas dentais, indicando restabelecimento de função. O severo ataque da cárie já foi, em 95,3%, resolvido. O comprometimento periodontal grave atingiu menos de 4% dos indivíduos. A *perda de inserção* e a *necessidade de prótese* são possivelmente os problemas bucais mais relevantes deste grupo, não configurando um quadro de urgência.

Tal afirmativa estaria correta, caso o presente estudo pautasse a análise da condição de saúde bucal estritamente nos indicadores clínicos. A inclusão de informações de saúde auto-referida, entretanto, remete a reflexões um pouco diferentes, pois 21,4% dos entrevistados expuseram algum tipo de *dor orofacial nos últimos seis meses*, 17,1% afirmaram ter *dor de dente* e, somando-se os percentuais dos tipos de dor relacionado com a ATM, obtêm-se 18%. O comportamento da dor no grupo estudado foi semelhante ao encontrado nos estudos revisados tanto em termos percentuais como pelo fato de *dor de dente* ser o tipo mais prevalente. Apesar das dores terem sido majoritariamente classificadas como leve e/ou moderada, qualquer tipo de sofrimento deve ser fator preocupante no âmbito da atenção à saúde. *Dor de dente* é reflexo de exposição dentinária decorrente de lesão de cárie extensa ou de *perda de inserção* do periodonto, portanto merecedora de imediato atendimento. O mesmo ocorre com aspectos relacionados ao sofrimento, devido a problemas com a ATM, cujas perdas dentais, próteses inadequadas e posicionamento incorreto de elementos dentais são os principais fatores predisponentes. Complementa-se, portanto, a análise da condição bucal fornecida pelos indicadores clássicos. Apesar do baixo percentual de necessidade de tratamento (38%), quase metade destes indivíduos necessitava de atenção imediata. Dor, então, é o principal problema de saúde bucal, que, em sua totalidade, atingiu mais de 1/5 dos indivíduos.

Os dados aqui discutidos sugerem que a coleta de informação de saúde auto-referida qualifica a análise da condição de saúde bucal. Recomenda-se, assim, sua inclusão nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal.

Por outro lado, é inquietante o fato de grande parte deste sofrimento não configurar demanda expressa ao serviço odontológico. Apenas 7,8% dos entrevistados apontaram dor como principal *motivo de procura* ao dentista nos últimos doze meses. Se somado aos que referiram *exodontia* como principal motivo, este percentual se eleva para 12,5%, não atingindo os 21,4% que demonstraram sofrimento. A baixa intensidade da dor, as dificuldades no acesso a serviços odontológicos, somados à capacidade de adaptação dos indivíduos às adversidades, talvez possam explicar este comportamento.

6.3 Impacto Oral no Desempenho Diário

Um quinto dos indivíduos entrevistados respondeu positivamente, quando questionado sobre a interferência da condição bucal no desempenho diário. Na literatura revisada, a frequência do impacto varia entre 12,3% e 73,6%. Diferenças nas faixas etárias e nas condições de saúde bucal podem contribuir para a variabilidade encontrada. A maioria dos estudos foi realizada em grupos de idosos, com maior percentual de impacto entre os edêntulos. A *perda dental* está associada a maior relato de impacto na maioria dos estudos, sendo, pois, esperado maior impacto entre indivíduos com perda total dos elementos dentários (Adulyanon, Vourapukjaru

e Sheiham, 1996; Sheiham et al., 2001; Tsakos, Marcenes e Sheiham, 2001; Masalu e Astrom, 2002; Steele et al., 2004).

Questões culturais são também consideradas na análise do impacto. Tsakos, Marcenes e Sheiham (2001) encontraram associação independente entre aspectos culturais e impacto da condição bucal no cotidiano de idosos gregos e britânicos. Os autores consideram as diferenças na valorização dos alimentos e nos padrões estéticos e de beleza entre os dois grupos, importantes fatores de explicação para o resultado encontrado. Defendem, ainda, que a história política e social, marcada por maior reivindicação na sociedade grega, pode contribuir para uma maior percepção dos indivíduos sobre circunstâncias de sua vida e conseqüentemente maior relato do impacto.

O impacto da condição bucal no desempenho diário insere-se ainda no contexto da condição social e dos aspectos comportamentais. Maior acesso à informação está relacionado a uma maior conscientização da importância da saúde no desempenho diário, maior adesão às medidas preventivas e de auto-cuidado, por conseguinte maior percepção das dificuldades advindas da condição de saúde. Masalu e Astrom (2002) relataram que as variáveis sociais e comportamentais aumentaram em 90% a explicação do modelo final do impacto entre universitários na Tanzânia. Os aspectos estudados foram *status* universitário, satisfação com a saúde bucal e restrição do consumo de sacarose.

A frequência do impacto no presente trabalho foi menor que a relatada por adultos jovens na Tailândia (73,6%) e na Tanzânia (51%). No grupo da Tanzânia, composto por universitários, o *status* estudantil, a percepção e os cuidados com a saúde apresentaram associação significativa com o impacto (Masalu e Astrom;

2002; Masalu e Astrom; 2003). Conforme refletido anteriormente, um maior nível de informação pode levar a uma maior valorização e cuidado com o estado de saúde geral, resultando em uma mais nítida percepção dos problemas e do relato de impacto. Aspectos culturais podem ainda contribuir para a explicação das diferenças encontradas.

Neste estudo, o impacto relatado pelos indivíduos entrevistados foi baixo. Em uma escala que varia entre 0 e 100, o IODD apresentou um escore médio inferior a 3, na amostra total, e igual a 14,1 entre os que referiram algum impacto. Este resultado é coincidente com aqueles da maioria dos estudos revisados. Srisilapanan e Sheiham (2001), utilizando o mesmo índice, encontraram resultado semelhante, com 74,4% da amostra citando um impacto inferior a 8, e menos de 10%, um escore superior a 16,0. A grande maioria dos alemães adultos entrevistados por John et al. (2004) relatou um baixo impacto medido por outro indicador (OHIP-G), com 75% da amostra referindo um índice de, no máximo, 22, cujo limite máximo foi 165.

O número médio de atividades afetadas no total da amostra em Chapecó foi menor que 1. Entre os que referiram algum impacto, a média foi inferior a 2,5 atividades, próximo aos resultados da literatura revisada. Entre os jovens adultos tailandeses entrevistados por Adulyanon, Vourapukjaru e Sheiham (1996), o número médio de atividades afetadas foi 1,9 (DP 1,8), e, entre aqueles que referiram impacto, uma média de 2,6 (DP 1,6) atividades. No estudo da Tanzânia, realizado por Masalu e Astrom (2003), o número médio de atividades afetadas no total da amostra foi 1,2 (DP 1,8).

Há concordância entre os estudos quanto à atividade cotidiana mais afetada pela condição bucal ser: *comer e mastigar bem os alimentos*. Foi referida por

57,9% dos idosos entrevistados no Reino Unido (Srisilapanan e Sheiham, 2001) e 47,2% no Brasil (Biazevic et al., 2004), por 49,7% de jovens adultos na Tailândia (Adulyanon, Vourapukjaru e Sheiham, 1996), 40% na Tanzânia (Masalu e Astrom, 2003) e por 72,9% das crianças tailandesas (Gherunpong, Tsakos e Sheiham, 2004). É possível que, na perspectiva dos indivíduos, *comer e mastigar os alimentos* seja a principal tarefa dos elementos dentais, explicando, assim, a conformidade encontrada.

As atividades apontadas como segunda maior frequência do impacto na maioria dos estudos foram *falar, sorrir, manter o estado emocional e limpar os dentes*. Neste trabalho, *limpar os dentes e a boca* foi a segunda atividade mais citada, corroborando os achados de Masalu e Astrom (2003) em adultos jovens na Tanzânia.

Comer foi também a atividade de maior tempo de duração do impacto, semelhante aos achados entre jovens adultos da Tailândia e da Tanzânia (Adulyanon, Vourapukjaru e Sheiham, 1996; Masalu e Astrom, 2003). *Comer* não estava, no entanto, entre as atividades de maior severidade no presente estudo, mas sim dificuldades no *desempenho do trabalho*, em *manter o estado emocional* e o *contato com as pessoas*. Provavelmente, a limitação no desempenho dessas atividades requeira sintomas de maior intensidade dolorosa e explique a aferição de maior severidade. Poucos foram os estudos que apresentaram os resultados do impacto com este detalhamento, seja por questões de maior ênfase nos fatores associados ou pela diversidade dos indicadores de impacto utilizados, dificultando a comparabilidade. No estudo realizado por Adulyanon, Vourapukjaru e Sheiham (1996), dificuldades para dormir e no desempenho do trabalho foram as atividades que apresentaram os

maiores escores de severidade, coincidindo, em parte, com os resultados em Chapecó.

As informações adicionais coletadas pelo IODD permitem evidenciar o principal sintoma e a causa dental específica do impacto na perspectiva dos indivíduos. Os resultados encontrados corroboram a maioria dos relatos na literatura revisada. *Dor* foi o sintoma apontado como principal responsável pelo impacto na maioria das atividades, exceto para *falar e pronunciar bem as palavras, sorrir e mostrar os dentes e contatar com as pessoas*, em que a *limitação da função e insatisfação com a aparência* foram os mais referidos. Comportamento semelhante foi identificado por Adulyanon, Vourapukjaru e Sheiham (1996) entre os adultos jovens tailandeses. Pequenas variações, no entanto, foram identificadas no relato dos idosos de mesma nacionalidade. Na atividade *comer*, foi *limitação da função*, e não *dor*, o principal sintoma relatado (Srisilapanan e Sheiham, 2001). O maior percentual de perda dental e de edêntulos entre os idosos talvez possa explicar a diferença encontrada.

Nas atividades em que predominaram sintomas dolorosos, enquanto principais responsáveis pela limitação, a causa específica correspondente foi *dor de dente*. Problemas de *adaptação da prótese dental e ausência dental* foram as causas específicas identificadas nas atividades, cujos sintomas principais foram *limitação da função e insatisfação com a aparência*. Estes resultados coincidem com os relatos encontrados nos estudos revisados.

A identificação dos sintomas e as causas específicas do impacto, possivelmente por não entrar no cômputo final deste, é pouco relatada na literatura. Este aspecto, entretanto, qualifica o índice, ao identificar indivíduos com a

sintomatologia dolorosa, o que reporta a questões de urgência do atendimento odontológico. Por esse motivo, Adulyanon e Sheiham (1997) sugerem, com propriedade, sua utilização no planejamento dos serviços odontológicos.

6.4 Fatores Determinantes para o Impacto Oral no Desempenho Diário

A condição bucal e a capacidade de percepção foram os principais eixos orientadores da análise do impacto no presente estudo. Considera-se que a pior condição de saúde bucal e a maior capacidade de percepção tenham como reflexo maior relato e severidade do impacto (Gift, Atchison e Drury, 1998). A percepção é fundamental na definição de qualidade de vida e está inserida no conceito proposto pela OMS (The WHOQOL Group, 1995).

As características sociodemográficas se encontram no nível distal de determinação e medeiam todo o desencadeamento do processo. A pior condição social relaciona-se com o menor acesso a medidas de controle, de prevenção e de tratamento das morbidades, resultando em piores condições de saúde. Paralelamente, as adversidades impostas pelo meio e a luta decorrente, para satisfazer suas aspirações e necessidades, podem contribuir para o aumento da capacidade de percepção dos indivíduos (Tsakos, Marcenes e Sheiham, 2001). Os aspectos demográficos, em particular, e a variável *sexo* relacionam-se como características culturais e sociais, determinando maior capacidade de percepção dos agravos e das limitações impostas por eles (McGrath e Bedi, 2000).

No presente estudo, a *aglomeração no domicílio* e o *local de moradia* estão associados à presença e à alta severidade do impacto, independente das demais características sociodemográficas analisadas. As pessoas que residiam nas áreas definidas como as de pior condição de vida referiram mais que o dobro de impacto e duas vezes e meia a alta severidade que os residentes em outros locais. Os que habitavam em domicílios com maior número de pessoas/cômodos, igualmente, relataram quase o triplo de impacto e de alta severidade sobre os demais. Considera-se que esses indivíduos apresentavam pior condição bucal que os demais, com reflexos diretos em um pior desempenho das atividades diárias. Estudos nacionais e internacionais encontraram associação de superlotação no domicílio e local de residência com pior condição de saúde (Akerman, 1994; Locker, 2000; Antunes et al., 2004). A superlotação de domicílio é ainda encontrada na maioria dos indicadores compostos, para medir desigualdades sociais em saúde (Borrell, 1997).

Residir nas áreas de pior condição de vida pode ainda contribuir para uma maior percepção dos indivíduos. *Analfabetismo, baixa escolaridade e baixa renda* foram as variáveis definidoras deste grupo que apresentou ainda o menor percentual de domicílios com *instalação sanitária adequada*. Trata-se de uma população desprovida de alguns bens e serviços caracterizados como direito, necessitando, portanto, reivindicar sua cidadania. Para suprir suas necessidades e realizar suas aspirações, os indivíduos precisam lutar contra as adversidades do meio e, neste processo, aumentam sua capacidade de percepção nas circunstâncias diárias e o impacto decorrente das debilidades bucais.

Argumento semelhante pode ser aplicado para superlotação de domicílio. Indivíduos que residem em domicílios pequenos e/ou com alta concentração de

habitantes por cômodo têm seu espaço individual reduzido. Por esse motivo, os conflitos e a constante busca por individualidade, próprios desse cotidiano, podem aumentar a capacidade de percepção das pessoas sobre limitações e dificuldades impostas pela condição bucal e seus reflexos na qualidade de vida.

Aspectos culturais são ainda argumentos presentes em estudos que identificaram diferenças de impacto associadas ao local de moradia (Sheiham et al., 2001; John et al., 2004). O presente estudo concentrou-se na área urbana, mas, no Município, não se identificaram aglomerações culturais segundo espaço geográfico.

A relação percepção e impacto pode ainda contribuir na análise das variáveis *auto-avaliação de saúde* e *dor orofacial*. Ambas apresentaram associação significativa, com severidade do impacto independente da condição sociodemográfica, todavia a presença de *dor orofacial nos últimos seis meses* mostrou-se também associada à presença de impacto. Os indivíduos que classificaram sua saúde nos últimos trinta dias como razoável e/ou ruim relataram quase o triplo de alta severidade do impacto, enquanto os que tiveram dor orofacial nos últimos seis meses referiram mais de 65 vezes impacto e quase 70 vezes alta severidade em relação aos demais. A percepção de saúde geral é considerada consistente, preditora de qualidade de vida (Chen e Hunter, 1996). Argumenta-se que debilidades na saúde geral e sintomas dolorosos na região orofacial aumentam a perspicácia dos indivíduos quanto às dificuldades do desempenho diário, refletindo um maior impacto. Por outro lado, ambas podem contribuir para a ocorrência dessas dificuldades. A presença de dor orofacial, mesmo que majoritariamente de baixa intensidade, contribuiu com mais de 2000% para o incremento do impacto. A dor é comumente relatada entre indivíduos com saúde debilitada (Reyes-Gibby, Aday e

Cleeland, 2002). Dor, desconforto e limitação da função são sintomas oriundos dos agravos bucais responsáveis pela limitação ou incapacidade dos indivíduos nas performances físicas, psicológicas e sociais (Locker, 1988). Dor de dente, o tipo mais prevalente, é considerada uma das mais incapacitantes (Kosminsky e Góes, 2003) e foi vista como um dos melhores preditores para limitações decorrentes da condição bucal em um estudo longitudinal na Flórida (Chavers, Gilbert e Shelton, 2003).

Além da percepção da saúde geral e da dor orofacial, a variável *uso do fio dental* mostrou-se associada à alta severidade do impacto, quando o bloco intermediário foi analisado separadamente dos demais. O não uso deste recurso de higiene bucal conferiu quase o triplo de alto impacto que os demais. Sendo uma medida preventiva (Pinto, 2000), espera-se que o uso regular do fio dental confira melhor condição bucal e, conseqüentemente, menor relato de limitações no cotidiano. Este comportamento, porém, tem implicações socioeconômicas e é possível que este aspecto explique o fato da variável não manter associação independente no modelo hierárquico.

Diferentemente das questões relatadas para a percepção de saúde e de dor, a associação da variável *sexo* e o impacto no desempenho diário não é coincidente na literatura revisada. No presente estudo, as mulheres relataram o dobro de severidade e quase o dobro do impacto, se comparado aos homens, corroborando os achados de McGrath, Bedi e Gilthorpe (2000), McGrath e Bedi (2000) Peek, Gilbert e Duncan (2002), Sanders e Spencer (2004). Outros estudos, no entanto, não encontraram associação estatisticamente significativa (Gonçalves et al., 2004). Aspectos culturais e sociais têm permeado a discussão sobre esta temática, estando ambos associados à maior capacidade de percepção das mulheres. Desde a infância,

as mulheres desenvolvem uma maior capacidade de percepção sobre o seu corpo, seja por padrões estéticos, seja pelas transformações biológicas iniciadas precoce e comumente associadas a sintomatologias dolorosas, como a menarca. O papel de “cuidadoras”, atribuído e assumido pelas mulheres no ambiente familiar, e também no contexto dos serviços de saúde, contribui igualmente para uma maior perspicácia de alterações no seu cotidiano. Por fim, a relação entre presença de dor e maior relato do impacto, referido anteriormente, pode se somar aos argumentos aqui elencados. Estudos da epidemiologia da dor têm demonstrado maior prevalência entre as mulheres (Macfarlane et al. 2002; Teixeira et al., 2003).

Na análise múltipla do bloco condição de saúde bucal, apresentar *três ou mais dentes cariados, perda de inserção e necessidade de prótese* mostraram associação significativa com o impacto e a alta severidade. Os sintomas dolorosos decorrentes de cavidades de cárie e da perda de inserção podem afetar a capacidade mastigatória, o sono, a manutenção do estado emocional e desempenho no trabalho (Leão e Sheiham, 1995, Chavers, Gilbert e Shelton, 2003). A necessidade de prótese relaciona-se à perda dental com reflexos negativos sobre a capacidade mastigatória, bem como insatisfação com a aparência (Steele et al., 2004). Nenhuma variável clínica observada segundo critérios normativos, contudo, manteve-se independente dos blocos hierarquicamente superiores no modelo final dos dois desfechos. A influência do contexto social sobre aspectos comportamentais e psicológicos e destes sobre o processo biológico pode estar explicando este comportamento (Holst et al., 2001). Piores condições socioeconômicas, debilidades de saúde, hábitos e comportamentos deletérios têm se mostrado fortemente associados a precárias

condições de saúde bucal (Petersen e Tanase, 1997; Hescot, Bourgeois e Doury, 1997; Lin e Schwarz, 2001; Hjern et al., 2001; Henriksen, Axéll e Laake, 2003).

Os resultados sugerem ainda que os indicadores, baseados em critérios normativos, sejam insuficientes, para mensurar o impacto da condição bucal no cotidiano dos indivíduos. Tal aspecto corrobora as reflexões da maioria dos autores que apontam debilidades do planejamento das ações de saúde orientado exclusivamente por tais indicadores (Sheiham, Cushing e Maizels, 1986; Leão e Sheiham, 1995; Chen e Hunter, 1996). O sucesso do tratamento e a eficácia das medidas preventivas dependem diretamente da adesão dos indivíduos e da percepção dos mesmos sobre sua saúde e sobre os reflexos dela decorrentes. Esta percepção é mediada, conforme citado anteriormente, por aspectos culturais, por debilidades de saúde atuais ou anteriores, por aspectos sociais que definem o acesso a serviços de saúde, à informação e a medidas de promoção e prevenção. No estudo das necessidades de saúde bucal, portanto, é recomendável que a percepção dos indivíduos seja considerada simultaneamente à condição clínica (Sheiham, Cushing e Maizels, 1986).

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES

Os resultados da pesquisa permitem tecer as conclusões e considerações descritas na seqüência.

A condição bucal mensurada por critérios normativos é satisfatória. As seqüelas da cárie dentária se fazem presentes na maioria dos entrevistados, similar aos estudos nacionais e internacionais consultados. O percentual de perda dental é alto, superior ao encontrado na literatura revisada, sugerindo que, em Chapecó, o tratamento preferencial para cárie dentária foi a remoção do dente. Presume-se que a perda dental não é recente, por dois motivos: a) as urgências não se caracterizaram como principal motivo de procura ao dentista; b) há coincidência entre os percentuais de uso de prótese e perda dental, indicando restabelecimento de função.

A perda de inserção do periodonto acomete um terço da população e é merecedora de investigação. Os possíveis fatores envolvidos foram: trauma oclusal e hábitos deletérios, que podem ser identificados no exame clínico acurado. Alerta-se para o fato deste evento demandar sintomatologia dolorosa, devido à exposição de colo e raiz do elemento dental. Os demais eventos de periodontia investigados apontam para uma boa condição, com resolutividade no primeiro nível de atenção, e menos de 4% demandando assistência especializada.

A dor orofacial, embora de baixa intensidade, preocupa, por acarretar sofrimento e por não demandar procura aos serviços de saúde. Apesar de um quinto da população acusar sofrimento nos últimos seis meses, apenas 7,8% dos entrevistados apontaram este quesito como principal *motivo de procura* ao dentista

nos últimos doze meses. Aspectos inerentes ao gradiente da dor, à capacidade de adaptação dos indivíduos e, em maior concentração, a dificuldades no acesso aos serviços são possíveis indicativos deste comportamento. Considera-se a dor o principal problema de saúde bucal da população estudada. Sugere-se a coleta de informação de saúde auto-referida nos levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, para melhor identificar os sujeitos acometidos.

O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi referido por um quinto da população do estudo e apresentou baixa severidade. Envolveu, em média, menos de uma atividade diária nos indivíduos entrevistados e, entre aqueles que acusaram impacto, pouco mais de duas. *Comer e limpar os dentes* representaram as atividades mais freqüentemente afetadas, enquanto *desempenho no trabalho*, *manter o estado emocional* e *o contato com as pessoas* configuraram as de maior severidade. Em uma escala de zero a 100, o IODD atingiu o gradiente 2,97 na população geral e, 14,14 entre os que informaram algum tipo de incômodo, considerado um baixo impacto. A análise dos sintomas e das causas específicas do impacto remetem à reflexão sobre o sofrimento envolvido no relato deste impacto. Apesar dos baixos escores apresentados, o comprometimento no desempenho diário refere-se principalmente à sintomatologia dolorosa, mais especificamente dor de dente. Considera-se importante e merecedor de atenção este tipo de informação no diagnóstico de saúde bucal da população.

Superlotação no domicílio, local de moradia e sexo mostraram associação independente no bloco das características sociodemográficas tanto na análise da presença quanto da severidade do impacto. As mulheres, os residentes nos

setores classificados como de pior condição de vida e os moradores em domicílios superlotados referiram proporcionalmente maior impacto que os demais.

Na análise da percepção, dos hábitos e dos cuidados com a saúde bucal e do acesso aos serviços odontológicos, o *uso do fio dental* e a *presença de dor orofacial* nos últimos seis meses mostraram associação independente com presença e severidade do impacto. Ainda neste bloco, a *auto-percepção da condição de saúde*, no último mês, como razoável/ruim conferiu associação significativa com alta severidade do impacto.

A *perda de inserção do periodonto*, *necessidade de prótese* e *presença de três ou mais dentes cariados* foram as variáveis representantes da condição bucal observada por critérios normativos, para o modelo hierárquico, por apresentarem associação independente com o impacto. No modelo para alta severidade, apenas a condição *três ou mais dentes cariados* manteve associação independente.

O bloco das variáveis sobre percepção da condição de saúde, hábitos e cuidados com a saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos apresentou o maior percentual de explicação da variação do impacto e da alta severidade do impacto, nas análises dos blocos isoladamente.

À luz do modelo teórico proposto, as variáveis que melhor explicaram o impacto na qualidade de vida foram: *superlotação nos domicílios*, *local de moradia*, *dor orofacial*, *sexo* e *necessidade de prótese*. Juntas, explicaram 62,3% da variação do desfecho. Na análise da severidade do evento, agrega-se a variável *auto-percepção da saúde* no último mês a qual junto às demais, explicam 61,4% da variação percebida.

Paralelamente ao atendimento da dor, o controle e o tratamento precoce da doença cárie e o acesso a serviços de prótese parecem ser aspectos prioritários na atenção à saúde da população adulta. O aparecimento da cárie e sua progressão levam à sintomatologia dolorosa e à perda dental, o que, somado à ausência de acesso a serviços protéticos, contribui significativamente para dificuldades no desempenho, com reflexos diretos na qualidade de vida dos indivíduos.

O sofrimento e as limitações vivenciados são, possivelmente, características mais fiéis da condição de saúde bucal dos indivíduos que as seqüelas biológicas dos agravos e eventos mensurados pela maioria dos indicadores clínicos. Recomenda-se a utilização de indicadores subjetivos na definição das ações e dos grupos prioritários nos serviços de saúde. Não se trata de refutar a contribuição dos indicadores clínicos no planejamento dos serviços, mas sim de propor o acréscimo de medidas que qualifiquem a informação da condição de saúde bucal.

Os mecanismos desencadeadores do impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida precisam ser mais bem investigados. Pesquisas qualitativas voltadas ao conhecimento dos aspectos envolvidos na percepção de saúde e sobre a capacidade dos indivíduos em lidar com as adversidades físicas e sociais podem contribuir para este aprimoramento.

8 ANEXO

Impacto Oral no Desempenho Diário (IODD) – Roteiro da entrevista

Gostaria de saber sobre qualquer problema (dificuldade) que você possa ter tido na sua vida diária *durante os últimos 6 meses*, causado pelos **seus dentes**. Pense cuidadosamente e não tenha pressa. Vou-lhe apresentar uma *lista com 8 atividades*, que incluem aquelas que você desempenha (faz) na sua vida diária (no dia-a-dia)

Pergunta 1a

Você poderia me dizer se os *seus dentes* lhe causaram alguma dificuldade para (Citar a atividade), durante os últimos 6 meses?

(0) Não (passe para a próxima ATIVIDADE e preencha as demais questões com

(8) ou (88) Não se aplica)

(1) Sim

ATIVIDADES

COMER (ex: comer o que você quiser: morder maçãs, cenoura crua, beber alimentos frios ou quentes),

FALAR (ex: pronunciar alguma palavra, principalmente começada com “s”)

LIMPAR A SUA BOCA (escovar, passar fio dental, bochechar)

DORMIR E RELAXAR

MOSTRAR SEUS DENTES, sem se sentir envergonhado(a) ou constrangido(a)

(ex: ao sorrir ou gargalhar, ao falar, ao abrir sua boca),

MANTER SEU ESTADO EMOCIONAL NORMAL sem ficar irritado,

REALIZAR SUAS TAREFAS DE TRABALHO OU ATIVIDADE PRINCIPAL

TER CONTATO COM OUTRAS PESSOAS (ex: sair com os seus amigos, ir a festas, a passeios, a reuniões)

Pergunta 1b

Durante os últimos 6 meses, quantas vezes você teve essa dificuldade para (ATIVIDADE)?

1b-Para dificuldades esporádicas. Se periódicas, preencha com 8 e pule para 1c,

- (1) Até 5 dias no total
- (2) Até 15 dias no total
- (3) Até 30 dias no total
- (4) Até 3 meses no total
- (5) Mais de 3 meses no total
- (8) Não se aplica

1c-Para dificuldades periódicas.

- (1) Menos de uma vez por mês
- (2) Uma ou duas vezes por mês
- (3) Uma ou duas vezes por semana
- (4) 3 ou 4 vezes por semana
- (5) Todos ou quase todos os dias

(8) Não se aplica

Pergunta 2

Em uma escala de 0 a 5, fale o número que melhor representa a gravidade (o quanto isso o aborreceu) do problema/ dificuldade, sabendo-se que o número 0 representa “nenhum efeito” e 5 representa “extremo efeito”

0 1 2 3 4 5

0=Nenhum efeito

1=Muito pouco efeito

2=Pouco efeito

3=Moderado efeito

4=Muito efeito

5=Extremo efeito

8= Não se aplica

Pergunta 3

Qual foi a maior causa da sua dificuldade para **(ATIVIDADE)**?

(1) Dor

(2) Desconforto

(3) Limitação de função (Como, por exemplo, deixar de abrir a boca)

(4) Insatisfação com a aparência

(5) Outros. Qual?

(8) Não se aplica

Pergunta 4

Agora pense, considerando a causa da sua dificuldade (**ATIVIDADE**) com maior detalhe. Qual das opções abaixo você considera a CONDIÇÃO ESPECÍFICA da sua dificuldade em (**ATIVIDADE**)?

- (00) não sei
- (01) dor de dente
- (02) falta de dente
- (03) dente com mobilidade, mole
- (04) cor dos dentes
- (05) posição dos dentes (dentes tortos ou muito para frente, espaços)
- (06) forma ou tamanho dos dentes
- (07) deformidade da boca ou da face
- (08) aftas
- (09) sensação de boca seca
- (10) mau hálito
- (11) alteração no paladar
- (12) gosto ruim na boca
- (13) sangramento nas gengivas
- (14) gengiva afastada, alta
- (15) abscesso gengival (pus)
- (16) barulho ao abrir ou fechar a boca
- (17) dificuldade para abrir a boca
- (18) restauração mal feita

(19) dentadura ou prótese mal adaptada

(20) aparelho ortodôntico

(21) outro motivo

(88) Não se aplica

9 REFERÊNCIAS

1. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In Slade GD, *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
2. Adulyanon S; Vourapukjaru J; Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 385-389.
3. Akerman M. Metodologia de Construção de Indicadores Compostos: um exercício de negociação intersetorial, IN: Barata RB. (org). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
4. Akerman M, Stephens C, Campanário P, Maia BP. Saúde e Meio Ambiente: análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 1994; 30(4): 372-382.
5. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2003; 1:40. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/1/1/40>. Acesso em abril de 2005.
6. Allison PJ, Locker D, Feine JS. Quality of life: a dynamic construct. *Soc Sci Med* 1997; 45(2): 221-230.
7. Antunes JLF, Frazão P, Narvai PC, Bispo CM, Pegoretti T. Spacial Analysis to Identify differentials in dental needs by area-based measures. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 133-142.

8. Antunes JLF, Narvai PC, Nugent ZJ. Measuring Inequalities in the distribution of dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 41-8.
9. Atchison K, Dolan T. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54: 680-687.
10. Barata RC. A Historicidade do Conceito de Causa. In: *Textos de Apoio em Epidemiologia*. São Paulo: ABRASCO; 1986.
11. Barros MBA. A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. *Revista de Saúde Pública* 1986; 20(4): 269-273.
12. Barros FC, Victora CG. *Epidemiologia da Saúde Infantil*. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC/UNICEF; 1998.
13. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impacto f oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 18(1):85-91.
14. Bjertness E. The important of oral hygiene on variation in dental caries in adults. *Acta Odontol Scand* 1991; 49: 97-102.
15. Borrell C. Métodos Utilizados no Estudo das Desigualdades Sociais em Saúde. In: Barata RB (org). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997:167-196.
16. Bratthall D, Hänsel Petersson G, Sundberg H. Reasons for the Caries Decline: what do the experts believe? *Eur J Oral Sci* 1996; 104: 416-422.
17. Breilh J, Granda E. *Saúde na Sociedade*. São Paulo: Instituto de Saúde/ABRASCO; 1986.
18. British Association for the Study of Community Dentistry (BASCD) – *Community Dental Health* 1997; 14 (Supplement 1).

19. Buck D, Newton JT. Non-clinical outcome measures in dentistry: publishing trends 1988-98. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(1): 2-8.
20. Bussab WO, Miazaki ES, Andrade DF. *Introdução à Análise de Agrupamentos*. São Paulo: Associação Brasileira de Estatística; 1990 (mimeo).
21. Carmichael CL, Rugg-Gunn A, French AD, Cranage JD. The effect of fluoridation upon the relationship between caries experience and social class in 5 year-old children in Newcastle and Northumberland. *BDJ* 1980; 149: 163-167.
22. Carstairs V. Multiple deprivation and health state. *Community Med* 1981; 3: 4-14.
23. Carstairs V, Morris R. Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales. *BMJ* 1989; 299: 886-889.
24. Castellanos PL (org). *Sistemas Nacionales de Vigilancia de la salud según condiciones de vida e del impacto de las acciones de salud y bien estar*. Organização Panamericana de Saúde. Programa de Análise e Situação de Saúde. Washington; 1992.
25. Castellanos PL. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações conceituais. In: Barata, RC (org). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997: 31-76.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDCP). Recommendations for using fluoride to prevent dental caries in the United States. *MMWR* 2001; 50 (RR-14): 1:59.
27. Chavers LS, Gilbert GH Shelton BJ. Two-year incidence of oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 21-29.
28. Chen M, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43(8): 1213-1222.

29. Corbet EF, Wong MCM, Lin HC. Periodontal Conditions in adults Southern Chinese. *J Dent Res* 2001; 80(5): 1480-1485.
30. Cornel JE, Saunders MS, Paunovich ED, Frisch MB. Oral health quality of life inventory. In: Slade GD (ed) *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University North Carolina, Dental Ecology; 1997.
31. Curtis S. Use of survey data and small area statistics to assess the link between individual morbidity and neighbourhood deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1990; 44: 62-68.
32. Dahlgren GE, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe; 1992.
33. Dean AG et al. Epi Info version 6: a word processing database and statistic program for epidemiology on microcomputers. Atlanta Georgia, USA, Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
34. Demmers M et al. Caries predictors suitable for mass-screenings in children: a literature review. *Community Dental Health* 1990; 7: 11-21.
35. Dolan TA, Gilbert GH, Duncan RP, Foerster U. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle-age and older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:329-340.
36. Dorey AT, Jaafar N. Impact of orofacial pain and introduction in 16-17 yrs-old children in Johor, Malaysia. *J Dent Res* 1998; 77(5): 1350.
37. Doughan B, Kassak K, Bourgeois DM. Oral health status and treatment needs of 35-44-year old Lebanon. *Int Dent J* 2000; 50(6): 395-399.
38. Farquhar M. Definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1439-1446.

39. Federation Dentaire Internationale (FDI). Global goals for Oral Health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32(1): 74-77.
40. Foschiera MMP. Um pouco da história da construção do SUS em Chapecó. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M (org). *Acolher Chapecó uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: HUCITEC; 2004.
41. Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda Dentária Precoce em Adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2003; 6(1): 49-57.
42. Gherunpong S, Tsakos G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 2:57. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/2/1/57>. Acesso em abril de 2005.
43. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998; 77(7): 1529-1538.
44. Gonçalves JR, Wassall T, Vieira S, Ramalho AS, Flório FM. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre homens e mulheres. *RGO* 2004; 52(4): 240-242.
45. Hamasha AH, Sasa I, Al Qudah M. Risk indicators associated with tooth loss in Jordanian adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 67-72.
46. Haugejorden O, Klock KS, Trovik TA. Incidence and predictors of self-reported tooth loss in a representative sample of Norwegian adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 261-268.

47. Henriksen BM, Axéll T, Laake K. Geographic differences in tooth loss and denture-wearing among the elderly Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 403-411.
48. Hescot P, Bourgeois D, Doury J. Oral health in 35-44 year-old adults in France. *Int Dent J* 1997; 47: 94-99.
49. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 167-174.
50. Hobdel M, Tanda A, Gavin G. Planning and Managing District Dental Services – a manual for District Dental Officers, London: AHRTAG/The Commonwealth Foundation; 1988.
51. Holst D, Schüller AA. Oral health changes in an adult Norwegian population: a cohort analytical approach. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 102-111.
52. Holst D, Schüller AA, Aleksejuniené J, Eriksen HM. Caries in populations – a theoretical causal approach. *Eur J Oral Sci* 2001; 109: 143-148.
53. Honkala E, Honkala S, Rimpelä A, Rimpelä M. The trend and risk factors of perceived toothache among Finnish adolescents from 1977 to 1997. *J Dent Res* 2001; 80(9): 1823-1827.
54. Hosmer DM, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: J. Wiley; 1989.
55. Hunter JM, Arbona SI. The tooth as a marker of developing world quality of life: a field study in Guatemala. *Soc Sci Med* 1995; 41(9): 1217-1240.
56. Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life: an introduction. In: Inglehart MR, Bagramian RA. Oral health-related quality of life. Chicago: Quintessence; 2002.

57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Base de informações por setor censitário. Censo demográfico 2002, resultados do universo. Santa Catarina, Chapecó. Rio de Janeiro; 2002.
59. Ivankovic A, Lukic IK, Ivankovic Z, Radic A, Vukic I, Simic A. Dental caries in postwar Bosnia and Herzegovina. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 100-104.
59. Jaafar N, Razak IA, Zain RB. The social impact of oral and facial pain in industrial population. *Annals Academy of Medicine* 1989; 18(5): 553-555.
60. Jarman B. Identification of Underprivileged Areas, *BMJ* 1983; 286: 1705-1709.
61. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 125-132.
62. Jokovic A, Locker D. Dissatisfactino with oral health status in an older adult population. *J Public Health Dent* 1997; 57: 40-47
63. Kalsbeek H, Truin GJ, van Rossum GMJM, van Rijkom HM, Poorterman JHG, Verrips GH. Trends in caries prevalence in Dutch adults between 1983 and 1995. *Caries Res* 1998; 32: 160-165.
64. Kosminsky M, Góes PSA. Epidemiologia da dor orofacial: tipos de dores mais prevalentes. In: Teixeira MJ, Braum Filho JL, Márquez JO, Yeng LT. *Dor: contexto interdisciplinary*. Curitiba: Maio; 2003.
65. Kressin NR. The oral health related quality of life measure. In: Slade GD (ed) *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill:University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.

66. Lacerda JT. Prevalência e Severidade da Cárie Dental em Grupos Populacionais Homogêneos, segundo Indicadores Socioeconômicos no Município de Florianópolis (SC). *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; (Supl. Especial): 99.
67. Landis JR, Koch GG. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics* 1977; 33: 159-174.
68. Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED (org) *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983.
69. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995; 74(7): 1408-1413.
70. Liberatos P, Link BG, Kelsey JL. The measurements of social class in Epidemiology. *Epidemiologic Reviews* 1988; 87-121.
71. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5: 3-18.
72. Locker D. Measuring Social Inequality in Dental Health Services Research: individual, household and area-based measures, *Community Dental Health* 1993; 10: 139-150.
73. Locker D. Impact of dental conditions on patient's quality of life, *Community Dental Health* 1997a; 5: 3-18.
74. Locker D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In: Slade GD. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997b.
75. Locker D. Deprivation and Oral Health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 161-9.

76. Locker D, Ford J. Evaluation of an Area-Based Measure as an Indicator of Inequalities in Oral Health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1994; 22: 80-85.
77. Locker D, Grushka. The impact of dental and facial pain. *J Dent Res* 1987; 66(9): 1414-1417.
78. Locker D, Jokovic A, Clarke M. Assessing the responsiveness of measures of oral-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 10-18.
79. Lin HC, Corbet EF, Lo ECM, Zhang HG. Tooth loss, occluding pairs, and prosthetic status of Chinese adults. *J Dent Res* 2001b; 80(5): 1491-1495.
80. Lin HC, Schwarz E. Oral Health and dental care in modern-day China. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 319-328.
81. Lin HC, Wong MCM, Zhang HG, Lo ECM, Schwarz E. Coronal and root caries in Southern Chinese adults. *J Dent Res* 2001a; 80(5): 1475-1479.
82. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(1): 56-60.
83. Macfarlane TV, Glenny AM, Worthington HV. Systematic review of population-based epidemiological studies of oro-facial pain. *Journal of Dentistry* 2001; 29: 451-467.
84. McGrath CM, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc* 2000; 46(3): 87-91.
85. McGrath C, Bedi R. Understanding the value of oral health to people in Britain – importance to life quality. *Community Dental Health* 2002; 19: 211-214.
86. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 67-72.

87. McGrath CM, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life-views of the public in the United Kingdom. *Community Dental Health* 2000; 17: 3-7.
88. Mayer JD. The Role or Spatial Analysis and Geographic Data in the Detection of Disease Causation. *Soc Sci Med* 1983; 17(16): 1213-1221.
89. Marcenes W, Freysleben GR, Peres MA. Contribution of changing diagnostic criteria toward reduction of caries between 1971 and 1997 in children attending the same school in Florianópolis, Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 449-455.
90. Marcos B. *Pontos de Epidemiologia*. Belo Horizonte: ABO/Minas Gerais; 1984.
91. Masalu JR, Astrom NA. Social and behavioral correlates of oral quality of life studied among university students in Tanzania. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 353-359.
92. Masalu JR, Astrom NA. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 7-14.
93. Medronho RA (org) *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2003.
94. Micheelis W, Bauch J. Oral health of representative samples of Germans examined in 1989 and 1992. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(1): 62-67.
95. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 7-18.
96. Ministério da Saúde. Condição de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília; 2003. Disponível em [URL:http://www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em julho de 2004.
97. Morgan M, Chin S. ACORN group, social class and child Health, *Journal of Epidemiology and Community Health* 1983; 37: 196-203.

98. Morris R, Cartairs V. Which deprivation? A comparison of selected deprivation indexes. *J. Public Health Med.* 1991; 13: 318-326.
99. Ong G. Periodontal disease and tooth loss. *Int Dent J* 1998; 48 (3) Supplement 1: 233-238.
100. Paim JS. Abordagens Teórico-Conceituais em estudos de Condições de Vida e Saúde: Notas para reflexão e ação. In: Barata RB (org.) *Condições de Vida e Situação de Saúde*, Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.
101. Paim, J. S Atenção à Saúde no Brasil, In: Ministério da Saúde. Saúde no Brasil – contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
102. Panizzi M, Peres MAA, Moschetta JDF. Saúde bucal: em busca da universalidade, da integralidade e da equidade. In: Franco TB, Peres MAA, Foschiera MMP, Panizzi M (org). *Acolher Chapecó uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: HUCITEC; 2004.
103. Paschoal SMP. Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação de mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2000 (mimeo).
104. Pattussi MP. Privação e Saúde Bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. *Revista Ação Coletiva* 1999; II (1): 03-08.
105. Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP. Predictors of chewing difficulty onset among dentate adults: 24-month incidence. *J Public Health Dent* 2002; 62(4): 214-221.
106. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 (Suppl.1): 3-24.

107. Petersen PE, Aleksejuniene J, Christensen LB, Eriksem HM. Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. *Acta Odonto. Scand* 2000; 58: 243-248.
108. Petersen PE, Razanamihaja N. Oral health status of children and adults in Madagascar. *Int Dent J* 1996; 46: 41-47.
109. Petersen PE, Tanase M. Oral health status of an industrial population in Romania. *International Dental Journal* 1997; 47: 194-198.
110. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
111. Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos – estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais*. 2ª. Ed. São Paulo: EDUSP; 1999.
112. Peres MA, Traebert JL, Marcenes W. Calibração de Examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(1): 153-159.
113. Pilot T. The periodontal problem. A comparison between industrialized and developing countries. *Int Dent J* 1998; 48 (3) Supplement 1: 221-232.
114. Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ª. Ed. São Paulo: Santos; 2000.
115. Presson SM, Niendorff WJ, Martin RF. Tooth loss and need for extractions in American Indian and Alaska Native dental patients. *Journal Public Health Dentistry* 2000; 60 (Suppl Special): 267-272.
116. Ramos LR, Goihman S. Geographical Stratification by Socio-Economics Status: Methodology from a Household Survey with Elderly People in S. Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública* 1989; 23(6): 478-492.
117. Reading R et al. Are multidimensional social classifications of areas useful in UK health service research? *J. Epidemiology Comm. Health* 1994; 48: 192-200.
118. Reisine ST. The impact of dental condition on social functioning and quality of

life. *Ann Rev Public Health* 1988; 9: 1-19.

119. Reisine ST, Fertig J, Webwr J, Leder S. Impact of dental conditions on patients' quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17: 7-10.

120. Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain* 2002; 95: 75-82.

121. Riley III JL, Gilbert GH. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. *Pain* 2001; 90(3): 245-256.

122. Sanders AE, Spencer AJ. Job characteristics and the subjective oral health of Australian workers. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28(3): 256-266.

123. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(2): 580-588.

124. Sheiham A, Cushing A, Maizels J. Developing sociodental indicators – the social impact of dental disease. *Community Dent Health* 1986; 3: 3-17.

125. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AWG. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 195-203.

126. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 1994; 11: 3-11.

127. Slade GD. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.

128. Slade G D. Assessment of oral health-related quality of life. In: Inglehart MR; Bagramian RA. *Oral health-related quality of life*. Chicago: Quintessence; 2002.

129. SPSS. SPSS base 10.0 – applications guide. Chicago: SPSS Inc; 1999.

130. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology* 2001; 18(2): 102-108.
131. Steele JG, Sandres AE, Slade GD, Allen PF, Lathin S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 107-114.
132. Strauss RP. The dental impact profile. In Slade GD(ed). *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill:University of North Carolina, Dental Ecology; 1997.
133. Teixeira MJ, Braum Filho JL, Márquez JO, Yeng LT. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio; 2003.
134. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position papper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-1409.
135. Townsend P et al. *Health and Deprivation Inequality and North*. London: Croom Helm; 1988. apud Locker D.- Measuring Socual Inequality in Dental Health Services Research: individual, household and area-based measures. *Community Dental Health* 1993; 10: 139-150.
136. Traebert JL, Lacerda JT. Desenvolvimento de estratégias de atuação e indicadores de avaliação e acompanhamento das equipes de saúde bucal junto ao programa de saúde da família. Projeto de pesquisa da Fundação de Ciência e Tecnologia (FUNCITEC). Florianópolis; 2005. Relatório da pesquisa (mimeo).
137. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. *Community Dental Health* 2001; 18: 209-213.

138. van Palestein Helderma WH, Groeneveld A, Truin GJ, Shrestha BK, Bajracharya M, Stringer R. Analysis of epidemiological data on oral disease in Nepal and the need for a national oral health survey. *Int Dent J* 1998; 48: 56-61.
139. van Palestein Helderma WH, Kalam Joarder MA, Begum A. Prevalence and severity of periodontal disease and dental caries in Bangladesh. *Int Dent J* 1996; 46: 76-81.
140. Vargas CM, Macek MD, Marcus SE. Sociodemographic correlates of tooth pain among adults: United States, 1989. *Pain* 2000; 85: 87-92.
141. Vrbic V. Reasons for the caries decline in Slovenia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 126-132.
142. Volkman LT, Lacerda JT. Condição de Saúde Bucal e Acesso a Mecanismos de Prevenção à Cárie Dental dos Escolares de 06 e 12 anos de idade em Pomerode (SC), 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; (Supl. Especial): 99.
143. Watt RG. Emerging theories into the social determinants of health: implications for oral health promotion. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 241-247.
144. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) *Oral Health Survey, Basic Methods*. Geneve: WHO; 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

QUESTIONÁRIO

0-Não 1- Sim **EXAME DUPLICATA** ☐

CÓDIGO DO ENTREVISTADOR ☐

DATA DA ENTREVISTA ☐☐☐☐

Nome _____ **CÓDIGO DO ENTREVISTADO** ☐☐☐

SETOR CENSITÁRIO ☐☐☐

1- Masc, 2- Fem, **SEXO** ☐

Em anos **IDADE** ☐☐

dd/mm/aa **DATA DE NASCIMENTO** ☐☐☐☐

1- Casado 2- Solteiro 3- Divorciado 4- Viúvo 9- Ignorado **ESTADO CIVIL** ☐

1- Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora em Chapecó? _____ anos (converter em meses para a digitação) _____ meses (88) Não sabe	MORACHAP _____
2- Onde o(a) senhor(a) morava antes de morar em Chapecó? _____ (cidade/Estado) (88) Não sabe (99) Não se aplica	ANTESCHAP _____
3- Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora nesta casa/bairro? _____ anos (converter em meses para a digitação) _____ meses (88) Não sabe	TEMMORA _____
4- Onde o(a) senhor(a) morava antes de morar aqui? _____ (rua/bairro) (88) Não sabe (99) Não se aplica	MORANTER _____
5- O(A) senhor(a) estudou? Até que série? A resposta deve ser em tempo de estudo/anos de estudo (88) Não sabe	ANOSESTU _____
6- O(A) senhor(a) sabe me informar se seu pai estudou? Até que série? A resposta deve ser em tempo de estudo/anos de estudo (88) Não sabe	ANESTPAI _____
7- O(A) senhor(a) sabe me informar se sua mãe estudou? Até que série? A resposta deve ser em tempo de estudo/anos de estudo (88) Não sabe informar	ANESTMAE _____
Gostaria de fazer algumas perguntas a respeito da renda da família. Estes dados são sigilosos e não serão usados individualmente. 8- Quanto receberam as pessoas da casa no mês passado? Pessoa 1: R\$ _____ por mês; Pessoa 2: R\$ _____ por mês; Pessoa 3: R\$ _____ por mês; Pessoa 4: R\$ _____ por mês; (88) Não sabe (99) Não se aplica	RENDA1 _____ RENDA2 _____ RENDA3 _____ RENDA4 _____
9- A família tem outra fonte de renda? Renda 1: R\$ _____ por mês; Renda 2: R\$ _____ por mês; (1) Não (88) Não sabe	RENDAAD1 _____ RENDAAD2 _____
10- Encontra-se trabalhando no momento? (1) Sim (2) Não, desempregado há _____ meses (3) Aposentado (4) Encostado (5) Estudante (6) Outro, Qual? _____ (88) Não sabe (99) Não se aplica	TRABALHO _____ DESMESSES _____
11- Qual o tipo de firma onde o(a) senhor(a) trabalha? _____	FIRMA _____
12- Que tipo de trabalho o(a) senhor(a) faz? _____	OCUPACAO _____
13- Tipo de moradia (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Mista (4) Outro material, Qual? _____	TIPOMORA _____
14- Número de cômodos da casa: _____	NUMCOMO _____

15- Quantas pessoas residem na casa: _____	NUMPESSO _____
16- De onde vem a água que abastece sua casa? (1) CASAN (2) Poço artesiano (3) Morro/encosta (4) Cachoeira (5) Outra, Qual? _____ (8) Não sabe informar	FONTAGUA _____
17- Como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde geral, por exemplo neste último mês? (1) Excelente; (2) Muito boa; (3) Boa; (4) Razoável; (5) Ruim	SAUDEGER _____
18- O(A) senhor(a) tem ou teve, neste último ano, alguma doença? (1) Sim (2) Não	DOENCA _____
19- Se sim, qual? _____ (88) não se aplica	QUALDOEN _____
Nos <u>últimos seis meses</u> o senhor(a) apresentou algum tipo de dor? (Se a resposta for SIM, anotar, no 1º quadrado, o número 1, perguntar a intensidade e anotar no 2º quadradinho, utilizando as seguintes alternativas: (2) Leve (3) Moderada (4) Intensa (5) Muito Intensa (8) Não se aplica (Se a resposta for NÃO, anotar no 1º quadrado o número 2 e preencher o 2º quadradinho com 8)	
20- Dor de dente? (1) Sim (2) Não	DORDENTE _ _
21- Dor de dente provocada por líquidos quentes ou frios ou alimentos doces? (1) Sim (2) Não	DOLIQUID _ _
22- Uma sensação prolongada de queimação na língua ou outras partes da boca? (1) Sim (2) Não	SENQUEIM _ _
23- Dor na articulação dos maxilares? (localizar no rosto) (1) Sim (2) Não	DORARTIC _ _
24- Dor no maxilar durante a mastigação? (1) Sim (2) Não	MAXILMAS _ _
25- Dor no maxilar quando se abre totalmente a boca? (1) Sim (2) Não	MAXILABR _ _
26- Dor no rosto, na frente do ouvido? (1) Sim (2) Não	DORROSTO _ _
27- Dor aguda atravessando rosto ou bochecha? (1) Sim (2) Não	DORAGUDA _ _
28- Dor ao redor ou atrás dos olhos? (1) Sim (2) Não	DOROLHOS _ _
29- Quando você sentiu dor na região da boca, dentes ou face, você precisou faltar ao trabalho? (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica	FALTA _____
30, Em caso de falta ao trabalho, quantos turnos? Informar em horas _____ Turno Transformar em horas para digitação, (88) Não se aplica	HORAS _____ _____ _____

31- Que você fez para aliviar sua dor? (1) Foi ao Dentista (2) Tomou remédio comercial (3) Tomou chá ou medicação caseira (4) Fez compressa quente (5) Nada (6) Outros. Especificar _____ (88) NSA	ALIVIO _____
32- O(A) senhor(a) costuma escovar os dentes? Se usar dentadura em ambas as arcadas, assinalar (88) (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica	ESCOVDEN _____
33- Se escova, em média quantas vezes por dia? (1) 1 vez (2) 2 vezes (3) 3 vezes (4) 4 vezes (5) mais de 4 vezes (6) Não sabe (88) Não se aplica, pois não escova os dentes ou usa dentaduras	NUMESCOV _____
34- Usa creme dental? (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica	CREMEDENT _____
35- Usa fio dental? (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica	FIODENTA _____
36- Usa palito? (1) Sim (2) Não (88) Não se aplica	PALITO _____
37- Você costuma comer doces / balas / chocolates? (1) Sim (2) Não – Pule para a questão de número 39 colocando o código 88 na questão 38	DOCE _____
38- Com que frequência? (Ao dia) (88) NSA	DOCEFR _____
39 - O(A) senhor (a) usa outro produto para a limpeza ou proteção dos dentes? (1) Sim (2) Não – Pule para a questão de número 41 e marque 88 na questão 40	LIMPOUTR _____
40- Se usa outro produto, diga-me qual. Produto _____ (88) Não se Aplica	PRODUTO _____
41 - O(A) senhor(a) já foi ao dentista alguma vez? (1) Sim (2) Não	DENTISTA _____
42 - O(A) senhor foi ao dentista neste último ano? Considerar os últimos 12 meses (1) Sim (2) Não (8) Não sabe	DENULTAN _____
43 - Se foi ao dentista neste último ano, qual foi a principal razão de sua ida? (1) Dor de dente (2) Fazer uma revisão/check-up (3) Extrair um dente (4) Fazer limpeza/profilaxia (5) Fazer outros tratamentos (6) Outro _____ (8) Não sabe (88) Não se aplica	RAZAODEN _____
44 - Onde foi ao dentista? (1) Posto de saúde (2) Consultório particular (3) Dentista da empresa ou Sindicato (4) Dentista SESI (5) Prático (6) Outro: _____	ONDEDENT _____

QUADRO DE RESPOSTAS IODD

ATIVIDADES	<u>PERGUNTAS</u>					
	1A	1B	1C	2	3	4
1, COMER O QUE QUISER						
2, FALAR E PRONUNCIAR COM CLAREZA						
3, LIMPAR A BOCA						
4, DORMIR E RELAXAR						
5, SORRIR, MOSTRAR OS DENTES						
6, MANTER O ESTADO EMOCIONAL						
7, DESEMPENHAR TRABALHO OU ATIVIDADE PRINCIPAL						
8, TER CONTATO COM PESSOAS						

CONDIÇÕES DENTÁRIAS E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

17	16	15	14	13	12	11	21	22		24		26	27

47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

CONDIÇÃO PERIODONTAL (CPI modificado)

SANGRAMENTO			CÁLCULO			BOLSA RASA			BOLSA PROFUNDA		
16	11	26	16	11	26	16	11	26	16	11	26
46	31	36	46	31	36	46	31	36	46	31	36

PERDA DE INSERÇÃO (IPI)

16	11	26
46	31	36

PRÓTESE

USO		NECESSIDADE	
SUP	INF	SUP	INF

CARTA DE ESCLARECIMENTO

Chapecó, 01 de março de 2004.

Prezado(a) Senhor(a)

A cirurgiã dentista Josimari Telino de Lacerda, está concluindo seu doutorado na Universidade de São Paulo (USP), na área de Medicina Preventiva, e escolheu o Município de Chapecó para realizar sua pesquisa. Estará realizando um Levantamento Epidemiológico, com o objetivo de conhecer a condição de Saúde Bucal na população, entre 35 e 44 anos de nosso Município, nos próximos meses.

Para esse levantamento, torna-se necessária a realização de um exame odontológico e a aplicação de um questionário junto à população de Chapecó que se inclua na referida faixa etária.

O(A) senhor(a) foi sorteado(a) para participar do estudo. Este exame é simples, rápido, de fácil execução, utilizando-se apenas espelho esterilizado e inspeção visual. Não causa dor ou qualquer desconforto. Os questionários contêm perguntas sobre o estado de saúde geral e bucal, bem como informações sobre hábitos alimentares, escovação e características das residências. Ambos serão realizados em seu domicílio ou em local próximo a sua residência, em horário e data que melhor se ajustarem ao (à) senhor (a).

Informamos que tal trabalho será desenvolvido por cirurgiões dentistas selecionados e treinados para este fim, com o auxílio de técnicos de saúde.

Os dados obtidos servirão como contribuição para o Planejamento do Programa de Saúde Bucal do Município.

Para tanto, precisamos de sua autorização, através de assinatura deste documento, bem como a confirmação do horário que agendamos para o (a) senhor (a). Caso o horário não seja conveniente, solicitamos indicar os melhores dias e horários da semana para que possamos realizar a pesquisa.

Contamos com sua colaboração.

Atenciosamente,

Secretaria Municipal de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

(Nome)

concordo em participar do estudo realizado pela Dra. Josimari Telino de Lacerda, com o título “ **O impacto da saúde bucal na qualidade de vida**”. Estou ciente de que responderei a um questionário e me submeterei a exame clínico bucal realizado por cirurgiões dentistas selecionados e treinados para este fim, auxiliados por técnicos de saúde. Concordo também com a divulgação dos dados coletados, desde que mantido o sigilo de sua identificação, conforme as normas da Comissão de Ética para a Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HORÁRIO DA VISITA _____

Sobre o horário da visita agendado informo que

() Concordo

() Não concordo, e que o melhor dia e horário é _____

Chapecó, _____ de _____ de 2004.

Assinatura

RG