

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

EDNA ALVES SILVA

IMPACTO DA PERDA DENTÁRIA NA QUALIDADE
DE VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DO SUS

Dissertação de Mestrado Profissionalizante
apresentada a Faculdade de Odontologia de
Piracicaba da UNICAMP para obtenção do
título de mestre em Odontologia em Saúde
Coletiva

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria da Luz Rosário de Sousa

Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação defendida pela aluna, e orientada
pela Prof^ª Dr^ª Maria da Luz Rosário de Sousa

Assinatura do Orientador

PIRACICABA, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
GARDÊNIA BENOSSI – CRB8/8644 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Si38i Silva, Edna Alves, 1963-
Impacto da perda dentária na qualidade de vida em adultos
usuários do SUS / Edna Alves Silva. -- Piracicaba, SP : [s.n.],
2011.

Orientador: Maria da Luz Rosário de Sousa.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Saúde bucal. 2. Adulto. 3. Inquéritos epidemiológicos. I.
Sousa, Maria da Luz Rosário de. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Impact of tooth loss on quality of life in adult users of the Unified Health System

Palavras-chave em Inglês:

Oral health

Adult

Health surveys

Área de concentração:

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Maria da Luz Rosário de Sousa [Orientador]

Silvia Cypriano

Ronaldo Seichi Wada

Data da defesa: 08-07-2011

Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 08 de Julho de 2011, considerou a candidata EDNA ALVES SILVA aprovada.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Maria da Luz Rosario de Sousa".

Profa. Dra. MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Silvia Cypriano".

Profa. Dra. SILVIA CYPRIANO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Ronaldo Seichi Wada".

Prof. Dr. RONALDO SEICHI WADA

Agradecimentos especiais

A Deus, por tudo na minha vida!

Aos meus pais João Marcelino e Dorinha (in memorian),
exemplos de respeito e sabedoria.

Meu núcleo familiar, Joel, Laís e Lucas pela paciência,
compreensão e carinho em todos os momentos desta etapa, ainda tem mais.....

À minha orientadora e amiga Prof^a Dr^a Maria da Luz, pela oportunidade de
realização desta pesquisa, constante incentivo, segurança na condução do
trabalho e pelo exemplo de sensibilidade e seriedade sempre.

Muito obrigada!!!

Agradecimentos

Ao Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp Prof^o Dr. Antonio Carlos Pereira, pela oportunidade de compartilhar o conhecimento e a infra-estrutura.

Aos docentes da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp.

Aos professores Antonio Bento Alves de Moraes e Ronaldo Seichi Wada, pela colaboração na banca da pré-qualificação.

Às professoras Débora Dias Silva e Simone Rennó Junqueira pelas correções e valiosas sugestões para este trabalho como membros da banca de qualificação.

A todos os colegas do mestrado profissionalizante uma turma ímpar em experiências, conhecimentos e muita descontração.

Ao meu amigo Fábio Bellucci Leite, pelo carinho, alegria e respeito ao próximo. Muito obrigada pelos papos na carona amiga.

À Olga, minha colega e companheira no final desta etapa, foi muito bom dividir as ansiedades com uma pessoa tranqüila como você.

Às meninas Janice, Luale, Liliane e a querida Juliana pela alegria, descontração e companheirismo.

À querida Rosana, pelo carinho sempre...

À minha amiga Luísa. Guria, flor e todos os apelidos para uma garota esperta e muito querida que me apoiou, teve paciência e disposição em me ajudar, dividindo um convívio prazeroso.

Às colegas Cristina, Maria Paula, Cássia, Naiara e em especial Marília pela atenção e paciência nas colaborações.

À Eliana Aparecida Mônaco, pelo apoio e colaboração nas demandas da Pós-Graduação.

Meus amigos Kátia e Anderson pela paciência e carinho neste período e por me preservar de atividades em prol dos meus compromissos acadêmicos.

Ao meu irmão Dailto que sempre me estimulou à academia.

À amiga Edilene que acreditou nos meus esforços.

Aos amigos Maurício e Gilberto, pelo companheirismo no trabalho, tornando estes momentos mais leves.

Ao pessoal auxiliar em saúde bucal: Cida, Daniela, Elisa, Léo, Marlene, e Michelle pela colaboração na organização da coleta, especialmente à Maria José, amiga presente em todos os momentos e a D. Zenaide pela excelente recepção aos usuários.

À Ana Elisa, Ana Maria e Maria Pia, pela paciência, colaboração e por entender este momento acadêmico.

À toda minha família Potiguar que, mesmo longe, conseguiram dar apoio e carinho.

E aos principais responsáveis por esta pesquisa: os usuários, que participaram com satisfação deste estudo.

Enfim, a todos que me acompanharam nesta etapa da minha vida, e tornaram possível este trabalho.

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram conhecer as condições de saúde bucal dos adultos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, verificar a associação da perda dentária na qualidade de vida e verificar se alta experiência de cárie interfere na qualidade de vida da população estudada. Este estudo transversal foi realizado com 111 adultos de 30 a 59 anos, em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo. O exame clínico foi realizado por um examinador para avaliar as condições da cárie dentária, seguindo os critérios da Organização Mundial da Saúde. Foram aplicados questionários para obter dados socioeconômicos, demográficos, comportamentais. Para avaliar qualidade de vida na saúde bucal foi aplicado o instrumento *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14). Utilizaram-se, para perda dentária, os dentes perdidos (limite 7 dentes perdidos) e para o grupo de alta experiência de cárie o *SiC - Significant Index Caries* (limite 25,5), e na avaliação da qualidade de vida o OHIP-14 foi dicotomizado em ter presença e ausência de impacto. Foi realizada uma análise descritiva e utilizado o teste do qui-quadrado, com o nível de significância de 5%. A média de idade foi 42 anos. O CPOD foi de 18,55 ($\pm 6,7$), sendo a média de dentes cariados 1,6 ($\pm 1,8$), perdidos de 8,6 ($\pm 6,5$), e obturados 8,2 ($\pm 5,1$). A perda dentária foi associada com a limitação funcional ($p=0,013$), desconforto psicológico ($p=0,017$), incapacidade física ($p=0,002$) e incapacidade social ($p=0,036$). O grupo de alta experiência de cárie foi associado com incapacidade física ($p=0,004$) e limitação física ($p=0,025$). A utilização do indicador subjetivo OHIP-14 mostrou que a incapacidade física foi associada tanto à perda dentária como ao grupo de alta prevalência de cárie, sendo importante instrumento para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde bucal, Adultos, Levantamentos epidemiológicos, Perda de dente, Qualidade de vida.

ABSTRACT

The objectives of this study were to understand the conditions of oral health status of adults users from the Unified Health System – UHS, to verify the association between tooth loss and the impact on quality of life and see if the high caries experience interferes in the quality of life of this population. A survey was conducted with 111 adults from 30 to 59 years in two Basic Health Units in São Paulo. The clinical examination was conducted by an examiner to assess the conditions of dental caries, following the criteria of World Health Organization. Questionnaires were used to obtain demographic, socioeconomic and behavioral factors. To assess quality of life in oral health was applied Oral Health Impact Profile (OHIP-14) instrument. It was used to tooth loss, a limit of 7 missing teeth, and the group of high caries experience, SiC - Significant Caries Index (limit 25.5), and assessing the quality of life the OHIP-14 it was dichotomized into have presence and absence of impact. It was performed a descriptive analysis and used the chi-square rejection level of 5%. The mean age was 42 years. The DMFT was 18.55 (± 6.7), with an average of 1.6 decayed teeth (± 1.8), missed 8.6 (± 6.5), and filled 8.2 (± 5.1). Tooth loss was associated with functional impairment ($p=0.013$), psychological distress ($p=0.017$), physical disability ($p=0.002$) and disability social ($p=0.036$). The group of high caries experience was associated with physical disability ($p=0.004$) and physical impairment ($p=0.025$). The use of subjective indicator OHIP-14 showed that physical impairment was associated with both tooth loss as the group of high caries experience, an important tool to measure the impact of oral health on quality of life.

Keywords: Oral health, adults, health surveys, tooth loss, quality of life.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
OBJETIVOS	03
CAPÍTULO 1	
Perda dentária e o impacto na qualidade de vida em adultos usuários do SUS	04
CONCLUSÕES GERAIS	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	34

INTRODUÇÃO

As políticas públicas são o eixo norteador do Estado na busca da assistência e atenção à população. Como as necessidades são diferentes entre os indivíduos, as políticas públicas vão ao encontro da equidade, buscando concentrar as ações para quem mais precisa. A variação na distribuição das doenças em populações tem sido associada à forma de distribuição de riquezas, sendo expressas por meio da renda, escolaridade e classe social (Vieira da Silva e Almeida Filho, 2009).

Com a implantação do SUS – Sistema Único de Saúde, o sistema de saúde visou o acesso universal a todos os indivíduos, incluindo assim, os adultos e idosos, antes, não priorizados. Neste contexto, as políticas e programas públicos também buscaram voltar-se para a saúde bucal desses grupos etários.

Os levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados no país fornecem informações importantes quanto à realidade das condições bucais da população. É um instrumento para planejamento de políticas e execução de ações de saúde bucal de acordo com as necessidades encontradas.

O índice CPOD que mede a experiência de cárie na dentição permanente vem diminuindo entre todos os grupos populacionais, porém em velocidades diferentes e de maneiras diferentes. Uma consequência disto é a polarização da cárie, onde um pequeno grupo de indivíduos concentra os maiores agravos das doenças bucais e conseqüentemente concentrando a maior parte das necessidades de tratamento. Além disso, a perda dentária em países como o Brasil ainda é bem significativa, principalmente em adultos e idosos, pela dificuldade de acesso e também pela persistente prática mutiladora dos serviços odontológicos, além de estar associada aos aspectos individuais e contextuais de vida e saúde do sujeito.

Camargo et al. (2009), em estudo populacional sobre uso regular do serviço odontológico em adultos de Pelotas - RS verificaram que de todos os serviços avaliados, o SUS teve a menor prevalência de utilização de forma regular, e entre estes, o uso regular é menor em usuários com piores indicadores sociais e com baixa escolaridade. Neto &

Nadanosky (2007), observaram que o estrato social mais baixo foi fortemente associado com o alto risco de ter dentes extraídos.

O acesso limitado e a precariedade na oferta de serviços de saúde bucal que persistem numa postura mutiladora, segundo Petersen (2003), são responsáveis pelos elevados percentuais de perda dental em países subdesenvolvidos.

Ainda é necessário avançar muito para se colocar em prática a universalidade e a equidade, pois apesar das conquistas resultantes da implantação do SUS e da atual política nacional de saúde bucal, há um contingente populacional com grande carga de doença que não consegue se beneficiar dos avanços da assistência e da atenção à saúde bucal.

Nas últimas duas décadas, vários instrumentos têm surgido para colaborar na discussão e avaliação da qualidade de vida frente a diversos problemas de saúde. Para a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida “é a percepção do indivíduo, de sua percepção na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (World Organization Health, 1995). A condição bucal pode afetar diferentes aspectos da vida diária, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida dos indivíduos.

Brennan (2008), na Austrália, realizou um estudo com adultos utilizando o instrumento de qualidade de vida, OHIP-14, e verificou que o número de dentes funcionais estava associado positivamente com a habilidade mastigatória, refletindo o impacto da mastigação na escolha dos alimentos e o prazer de desfrutar as refeições e dieta, indicando a importância da saúde bucal no bem estar do indivíduo.

OBJETIVOS

De acordo com a Informação CCPG/002/06 da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas, este trabalho será apresentado em formato alternativo, redigido em forma de artigo.

O trabalho será apresentado no capítulo 1 para assim atingir os objetivos propostos:

Os objetivos deste estudo foram:

1. Conhecer o perfil epidemiológico de saúde bucal de adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo;
2. Verificar a associação o impacto da perda dentária na qualidade de vida desta população estudada e,
3. Verificar se a alta experiência de cárie interfere na qualidade de vida desta população estudada.

PERDA DENTÁRIA E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS USUÁRIOS DO SUS

Tooth loss and impact on quality of life in adult users of the Unified
Health System

Silva EA, Tôrres LHN, Sousa MLR

Edna Alves Silva¹

Luísa Helena do Nascimento Tôrres²

Maria da Luz Rosário de Sousa³

- 1- *Mestranda em Mestrado Profissionalizante em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UNICAMP – Piracicaba*
- 2- *Doutoranda em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da UNICAMP- Piracicaba*
- 3- *Professora Titular da Área de Odontologia Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Odontologia da UNICAMP - Piracicaba*

CAPÍTULO 1 – Perda dentária e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adultos usuários do SUS.

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram conhecer o perfil epidemiológico da saúde bucal dos adultos usuários do Sistema Único de Saúde, verificar a associação entre o impacto da perda dentária na qualidade de vida e, verificar se a alta experiência de cárie interfere na qualidade de vida da população estudada. Este estudo transversal foi realizado com 111 adultos de 30 a 59 anos, em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo. O exame clínico foi realizado para avaliar as condições da cárie dentária. Foram aplicados

questionários para obter dados socioeconômicos, demográficos, comportamentais e uma avaliação da qualidade de vida na saúde bucal. Utilizaram-se, para perda dentária, os dentes perdidos, para o grupo de alta experiência de cárie o *SiC - Significant Index Caries*, e na avaliação da qualidade de vida o OHIP-14. A média de idade foi 42 anos. O CPOD foi de 18,55 ($\pm 6,7$), sendo a média de dentes cariados 1,6 ($\pm 1,8$), perdidos de 8,6 ($\pm 6,5$), e obturados 8,2 ($\pm 5,1$). A perda dentária foi associada com a limitação funcional ($p=0,013$), desconforto psicológico ($p=0,017$), incapacidade física ($p=0,002$) e social ($p=0,036$). O grupo de alta experiência de cárie foi associado com incapacidade física ($p=0,004$) e limitação física ($p=0,0025$). A condição de saúde bucal dos adultos usuários do SUS neste estudo foi próxima a experiência de cárie nacional. A utilização do indicador subjetivo OHIP-14 mostrou que a incapacidade física foi associada tanto à perda dentária como ao grupo de polarização, sendo importante instrumento para medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde bucal, Adultos, Levantamentos epidemiológicos, Perda de dente, Qualidade de vida.

ABSTRACT

The objectives of this study were to cognize the epidemiological conditions of oral health of adult users from the Unified Health System - UHS, to verify the association between tooth loss and the impact on quality of life and to verify if the high caries experience interferes in the quality of life of this population. This transversal survey was conducted with 111 adults from 30 to 59 years in two Basic Health Units in the city São Paulo. Clinical examination was performed to evaluate the conditions of dental caries. Questionnaires were applied to obtain socioeconomic, demographic, behavioral factors and an assessment of quality of life in oral health. It was used to tooth loss, missing teeth and the group of high caries experience, SiC - Significant Caries Index, and to assess the quality of life of the OHIP-14. The average age was 42 years. The DMFT was 18.55 (± 6.7), with an average of 1.6 decayed teeth (± 1.8), missed 8.6 (± 6.5), and filled 8.2 (± 5.1). Tooth loss was associated with functional limitation ($p = 0.013$), psychological distress ($p = 0.017$), physical disability ($p = 0.002$) and social disability ($p = 0.036$). The group of high caries experience was associated with physical disability ($p = 0.004$) and physical impairment ($p = 0.025$), in other words, tooth loss interferes in the quality of life of the studied population. The use of subjective indicator OHIP-14 showed that physical impairment was associated with both tooth loss as the group of high caries prevalence, an important instrument to measure the impact of oral health on quality of life.

Keywords: Oral health, adults, health surveys, tooth loss, quality of life.

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde - SUS foi baseada nos preceitos constitucionais e se norteia através de princípios doutrinários que são: Universalidade, Equidade e Integralidade. É Universal porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades, com direito aos serviços que são gratuitos e oferecidos de maneira integral, visando o total bem-estar da população¹. A Universalidade proporcionou aos vários segmentos, adultos e idosos a chance do atendimento na assistência odontológica, favorecendo assim, uma possibilidade maior de promoção e recuperação da saúde e proteção da doença.

Antunes & Narvai² afirmam que a adoção dos princípios do SUS implicou reconhecer a saúde bucal como parte indissociável da saúde geral, como dever do Estado e direito de todos.

A atual política nacional de saúde bucal³, resgata a inclusão social a todos os brasileiros que utilizam o serviço público. Segundo Pucca Jr⁴ é necessário reforçar o atendimento básico não só o acesso, mas também a integralidade. Esta política ampliou a oferta de atendimento odontológico ao serem incorporados profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, assim como, a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)². Em consequência, a população adulta tem atualmente uma porta de entrada ainda pequena tanto para o serviço público odontológico, como para os demais segmentos.

A utilização de serviços odontológicos resulta da interação de determinantes biológicos com fatores socioculturais, familiares e comunitários, bem como de características dos sistemas de saúde⁵.

Existe uma grande demanda reprimida dos adultos, que apresentam um enorme acúmulo de necessidades, sendo que a maioria dos problemas bucais pode ser resolvida na atenção primária, e a perda dentária é o problema mais comum nos adultos.

Atualmente, existem muitas discussões na literatura odontológicas quanto aos fatores causais da perda dentária envolvendo fatores individuais (localização geográfica, escolaridade, tipo de moradia, número de pessoas por quarto, possuir automóvel, visita ao dentista, tempo da última visita ao dentista, motivo da última visita ao dentista, informações de prevenção em doenças bucais) e contextuais (número de dentista/100 habitantes, razão de extração dentária e tamanho da população), apresentando interações entre eles⁶.

Frazão et al⁷ indicaram que, num contexto de alta prevalência de cárie, maior retenção dentária em adultos foi influenciada pela idade, presença de flúor e a condição sócio-econômica.

Por muitos anos, a condição de saúde bucal da população sempre permeou os sinais clínicos da doença, sem associar a percepção do indivíduo quanto à sua saúde.

Na saúde, é novo o interesse pelo conceito de qualidade de vida, e decorre, em parte, de novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. A melhoria da qualidade de vida passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças⁸.

Para Sheiham⁹, a compartimentalização envolvendo a visão da boca separada do resto do corpo não deve existir, por que a saúde oral afeta a saúde geral podendo causar dor e sofrimento, comprometendo a alimentação, a fala, a qualidade e o bem estar do indivíduo.

Atualmente, tem-se buscado além dos indicadores clínicos, a utilização dos indicadores subjetivos que colaboram para uma melhor avaliação quanto à percepção da saúde geral e bucal do indivíduo na qualidade de vida. Vários pesquisadores têm investigado o impacto da saúde na qualidade de vida do indivíduo^{10,11,12}.

Os indicadores clínicos não são capazes de captar os sentimentos do indivíduo, e sim, diagnosticar os sinais e sintomas da doença. Um indicador subjetivo que surgiu para colaborar e complementar algumas indagações quanto à percepção do indivíduo na qualidade de vida foi o *Oral Health Impact Profile – OHIP*¹³.

Barreto et al¹⁴, em um estudo observacional com pacientes da clínica integrada para reabilitação oral com próteses removíveis, verificaram através do instrumento OHIP-14, que o grau de satisfação foi significativo 3 meses após a instalação da prótese. Os resultados indicaram que a reabilitação oral com a prótese parcial removível estabelece e mantêm a saúde no sistema estomatognático e melhora a qualidade de vida do paciente. Pacientes edêntulos, após a instalação da mesma relataram também um impacto positivo¹⁵.

Os adultos são os que estão mais expostos à perda dentária, e os que mais sentem as conseqüências desta situação. Sendo assim, o objetivo deste estudo transversal é conhecer a condição de saúde bucal, verificar a associação da perda dentária e o impacto na qualidade de vida, e verificar se o grupo de alta experiência de cárie interfere na qualidade de vida dos adultos usuários do Sistema Único de Saúde.

METODOLOGIA

Este estudo tem um delineamento do tipo transversal. É composto por uma amostra de conveniência em relação aos locais da pesquisa. Os indivíduos desta pesquisa foram selecionados em duas Unidades Básicas de Saúde – UBS, na região sudeste da cidade de São Paulo. As Unidades de Saúde localizam-se na Vila Mariana e no Ipiranga. Os usuários da UBS eram convidados a participar da pesquisa no momento do atendimento odontológico. A entrevista, o questionário e os exames eram realizados à medida que o paciente era atendido, conforme a agenda já estabelecida na Unidade, não houve mudança na rotina do agendamento para esta pesquisa. A coleta foi realizada no período de julho de 2010 a março de 2011.

As variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e o questionário OHIP-14 foram realizados em um único momento, em seguida realizava-se o exame clínico bucal. O critério de inclusão foi o adulto ter a idade entre 30 e 59 anos, usar exclusivamente o serviço público para tratamento odontológico e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A Examinadora foi calibrada para coleta dos dados clínicos, com participação de momentos teóricos e práticos, totalizando uma carga horária de 40hs Para o cálculo do tamanho da amostra foi utilizado o valor da média para cárie dentária e o desvio padrão da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, para o levantamento realizado em 2002²¹, com os valores de $20,32 \pm 7,68$, adotando-se para tal o nível de significância 95%, margem de erro aceitável 10; efeito do desenho (deff) de 2 e calculando-se 20% de taxa de não resposta. O valor obtido foi de 109.

Para as variáveis sócio-demográficas foram realizadas as seguintes categorizações: A idade foi categorizada em 30 a 34 anos, 35 a 44 anos e 45 a 59 anos. O gênero foi categorizado em feminino e masculino. Em relação à escolaridade foi categorizada em ensino fundamental, ensino médio e ensino superior. Quanto a renda familiar categorizou-se em 1 a 3 SM (salário mínimo), 4 a 8 SM e 9 ou mais SM. Para as variáveis comportamentais; a última visita ao dentista foi categorizada em menos de 1 ano e 1 ano ou mais e o motivo da visita ao dentista foi categorizada em rotina, emergência/dor e outros.

Os exames das condições bucais foram realizados em cada Unidade Básica de Saúde que o usuário frequentava. Os instrumentais clínicos utilizados foram espelhos bucais e sondas periodontais CPI. Para medir a cárie dentária, utilizou-se os critérios do índice CPOD, indicando o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados ¹⁶.

Após o cálculo do índice CPOD, procedeu-se ao cálculo do índice *Significant Caries Index – SiC* (que é a média do CPOD para um terço do grupo com maiores valores de experiência de cárie), para verificação dos casos de distribuição assimétrica¹⁷. O SiC foi dicotomizado em dois grupos: SiC < 25,5, quando o indivíduo não estava no grupo de maior experiência de cárie, e o SiC \geq 25,5, onde o indivíduo fazia parte do terço da população de maior experiência da cárie dentária, grupo de polarização. A perda dentária foi dicotomizada em dois grupos, a partir da mediana 7, em dentes perdidos de 0 a 7 e de 8 ou + dentes.

Os dados comportamentais foram registrados através das seguintes variáveis: quando realizou a última consulta, motivo da visita ao dentista, qual o procedimento realizado, extraiu algum dente permanente no dentista alguma vez, e se sim, qual o motivo.

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida deste foi o *Oral Health Impact Profile, OHIP*. Desenvolvido na Austrália¹³, foi utilizado em vários países e depois reduzido a OHIP-14¹⁸, é um dos questionários de auto-avaliação de saúde bucal mais utilizado, pelo formato reduzido de número de questões e de fácil uso¹⁹. Foi adaptado e validado no Brasil²⁰.

No questionário OHIP-14, as questões são organizadas em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e limitação física. Cada dimensão contém 2 itens. As questões do OHIP-14 eram realizadas fazendo o questionamento, se o indivíduo tinha sentido alguma das experiências das dimensões nos últimos seis meses. As dimensões eram pontuadas com as seguintes respostas: nunca = 0, quase nunca = 1, às vezes = 2, pouco frequente = 3 e muito frequente = 4. O instrumento OHIP-14 foi dicotomizado em dois grupos. Os indivíduos que não tiveram nenhum impacto e responderam nunca para todas as dimensões, ou seja, ausência e a presença do impacto aos que responderam qualquer item que tenha sofrido alguma vez o impacto.

Os dados foram registrados no programa Excell e no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0. Foi realizada a análise descritiva e utilizou-se o teste do qui-quadrado para verificar as associações entre as variáveis OHIP-14 e SiC dicotomizadas e o desfecho perda dentária. O nível de significância foi de 5%.

Este estudo foi submetido à avaliação e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (parecer 264/10).

RESULTADOS

A população estudada foi representada por 111 adultos de 30 a 59 anos, de duas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste da cidade de São Paulo. Todos os usuários contatados e convidados aderiram à pesquisa.

Quanto aos fatores demográficos avaliados, 80,2% (n=89) dos usuários eram do gênero feminino e 19,8% (n=22) do gênero masculino. A média de idade dos usuários foi de 42 anos e $dp=7,13$.

Em relação à escolaridade, 53,2% (n=59) frequentaram o ensino fundamental, 39,6% (n=44), finalizaram o ensino médio, e 7,2% (n=8) iniciaram ou completaram o ensino superior. A variável renda familiar mensal foi transformada em salário mínimo (SM) vigente em julho de 2010 (R\$ 510,00). A maioria dos usuários 71,2% (n=79) tinha renda familiar mensal de 1 a 3 SM. As características socioeconômicas, demográficas, aspectos comportamentais e epidemiológicos da amostra podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 – Número de porcentagem de adultos usuários do SUS segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e epidemiológicas em UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011.

Variáveis	Categorias	n (%)
Características sócio-demográficas		
Gênero	Feminino	89 (80,2)
	Masculino	22 (19,8)
Faixa etária	30 – 34 anos	19 (17,2)
	35 – 44 anos	53 (47,7)
	45 - 59 anos	39 (53,1)
Escolaridade	Ensino Fundamental	59 (53,2)
	Ensino Médio	44 (39,6)
	Ensino Superior	08 (7,2)
Renda Familiar	1 – 3 SM	79 (71,2)
	4 – 8 SM	28 (25,2)
	9 ou + SM	04 (3,6)
Comportamentais		
Última visita ao dentista	Menos de 1 ano	63 (56,8)
	1 ano ou +	48 (43,2)
Motivo da visita	Rotina	74 (66,7)
	Emergência/dor	25 (22,5)
	Outros	12 (10,8)
Condições Epidemiológicas		
CPOD	Cariados	77 (66,0)
	Perdidos	108 (97,3)
	Obturados	101 (90,9)
<i>Significant Caries Index (SiC)</i>	(CPOD \leq 25,5)	75 (70,0)
	(CPOD \geq 25,5)	36 (30,0)

O CPOD variou entre 0 e 32 para os usuários avaliados. A média geral do CPOD para esta população foi de 18,55, apresentando os seguintes valores médios para os seus componentes: Perdido (P = 8,67); Obturado (O = 8,23) e Cariado (C = 1,63). A média de

dentes presentes foi 23,3, estando apenas 1,8% dos adultos (n=2) livres de cárie. Neste grupo nenhum usuário era edêntulo.

A rotina foi o maior motivo a visita de dentista em 66,7% (n=74) dos usuários examinados, e a procura pelo profissional por dor/emergência foi de 22,5% (n=22), e por outros motivos 9,8% (n=11). 56,8% (n=63) realizaram sua última visita ao profissional cirurgião-dentista em menos de um ano. A perda dentária nos usuários variou de 0 a 27 dentes. Mais da metade dos indivíduos 53,2% (59) tinham perdido até 7 dentes. A média de dentes perdidos foi de 8,6 dentes ($\pm 6,5$). A mediana foi 7.

O valor do SiC foi de 25,5. Onde 30% (n=36) estavam acima deste valor, correspondendo ao grupo de polarização e 70% (n=75) se encontravam abaixo.

Neste estudo, 78,4% dos usuários apresentaram 20 ou mais dentes presentes na cavidade bucal, e 21,6% menos de 20 dentes. O gênero feminino apresentou maior número de perdas dentais, 49,4% (n=44), em confronto com o masculino de 36,4% (n=14).

Tabela 2 - Distribuição do OHIP - 14 (Impact Oral Health Profile) em adultos usuários em UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011.

Dimensão	Perguntas	Nunca n (%)	Alguma vez n (%)
Limitação funcional	1- Tem tido dificuldade de pronunciar qualquer palavra?	75 (67,6)	36(32,4)
	2- Tem sentido seu paladar alterado?	74 (66,7)	37 (33,3)
Dor física	3- Tem sentido dores fortes na sua boca?	64 (57,7)	47 (42,3)
	4- Tem sentido incomodado ao comer algum alimento?	46 (41,4)	65 (58,6)
Desconforto psicológico	5- Tem sentido constrangido?	54 (48,6)	57 (51,4)
	6- Tem sentido tenso?	66 (59,5)	45 (40,5)
Incapacidade física	7- Sua dieta tem sido insatisfatória?	81 (73,0)	30 (27,0)
	8- Teve que interromper as refeições?	80 (72,1)	31 (27,9)
Incapacidade psicológica	9- Tem tido dificuldades de relaxar?	74 (66,7)	37 (33,3)
	10- Tem-se sentido um pouco envergonhado?	47 (42,3)	64 (57,7)
Incapacidade social	11- Tem sentido um pouco irritado com outras pessoas?	77 (69,4)	34 (30,6)
	12 - Tem tido dificuldade de realizar tarefas habituais?	95 (85,6)	16 (14,4)
Limitação física	13- Tem sentido menos satisfação com a vida em geral?	80 (72,1)	31 (27,9)
	14- Tem se sentido totalmente incapaz de realizar tarefas diárias?	93(83,8)	18 (16,2)

O OHIP-14 variou de 0 a 46, onde o máximo de pontos possíveis poderia ser 56. Apenas 13,5% (n=15) usuários relataram a ausência total de impacto e 86,5% (n=96) sentiram algum impacto. As dimensões mais afetadas foram à dor física e desconforto psicológico, seguido da incapacidade psicológica (Tabela 2).

Tabela 3. Associação dos dentes perdidos e as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais em adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011.

Variáveis	Dentes Perdidos		p
	0 a 7 dentes n= 59 (%)	8 ou + dentes n= 52 (%)	
Gênero			
Feminino	45 (76,2)	44 (84,6)	0,271
Masculino	14 (23,8)	8 (15,4)	
Idade			
30 a 34 anos	16 (27,1)	3 (5,8)	0,010 *
35 a 44 anos	26 (44,0)	27 (51,9)	
45 a 59 anos	17 (28,9)	22 (42,3)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	30 (50,8)	29 (55,8)	0,821
Ensino Médio	25 (42,3)	19 (36,5)	
Ensino Superior	4 (6,9)	4 (0,7)	
Renda Familiar			
1 a 3 sm	46 (77,8)	33 (63,5)	0,194
4 a 8 sm	12 (21,7)	16 (30,7)	
9 ou + sm	1 (1,5)	3 (5,8)	
Última visita			
Menos de 1 ano	36 (61,1)	27 (51,9)	0,335
1 ano e +	23 (38,9)	25 (48,9)	
OHIP-14			
Ausência	9 (15,2)	6 (11,5)	0,568
Presença	50 (84,8)	46 (88,5)	

* p < 0,05

Em relação à Tabela 3, a idade dos usuários do SUS apresentou associação com os dentes perdidos.

Tabela 4 – Associação das dimensões OHIP-14 com dentes perdidos dos adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011.

Dimensão	Dentes		Perdidos		p
	0 a 7 dentes n=52	(%)	8 ou + dentes	n= 59(%)	
Limitação Funcional					
1. Fala	46	(78,0)	29	(55,8)	0,013 *
	13	(22,0)	23	(44,2)	
2. Paladar	44	(74,6)	30	(57,7)	0,060 *
	15	(25,4)	22	(42,3)	
Dor Física					
3. Dores fortes	34	(57,6)	21	(40,4)	0,832
	25	(42,4)	31	(59,6)	
4. Incomodado ao comer	25	(42,4)	30	(57,7)	0,994
	34	(57,6)	22	(42,3)	
Desconforto psicológico					
5. Constrangido	35	(59,3)	19	(36,5)	0,017 *
	24	(40,7)	33	(63,5)	
6. Tenso	39	(66,1)	27	(51,9)	0,562
	20	(33,9)	25	(48,1)	
Incapacidade Física					
7. Dieta insatisfatória	48	(81,4)	33	(63,5)	0,034 *
	11	(18,6)	19	(36,5)	
8. Interromper alimentação	50	(84,7)	30	(57,7)	0,002 *
	9	(15,3)	22	(42,3)	
Incapacidade Psicológica					
9. Relaxar	43	(72,9)	31	(59,6)	0,139
	16	(27,1)	21	(40,4)	
10. Envergonhado	30	(50,8)	17	(32,7)	0,053
	29	(49,2)	35	(67,3)	
Incapacidade Social					
11. Irritado	46	(78,0)	31	(59,6)	0,036 *
	13	(22,0)	21	(40,4)	
12. Tarefas diárias	54	(91,5)	41	(78,8)	0,058
	5	(8,5)	11	(21,2)	
Limitação Física					
13. Menos satisfação com a vida	47	(79,7)	33	(63,5)	0,058
	12	(20,3)	19	(36,5)	
14. Totalmente incapaz	55	(93,2)	38	(73,1)	0,004
	4	(6,8)	14	(26,9)	

* p < 0,05

As dimensões do OHIP-14: limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física e social tiveram associação com os dentes perdidos (Tabela 4).

Tabela 5 – Associação do SiC com as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e OHIP-14 dos adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011.

Variáveis	Sic ≤ 25,5 n= 75 (%)	Sic >25,5 n= 36 (%)	p
Gênero			
Feminino	58 (77,3)	31 (86,2)	0,277
Masculino	17 (22,7)	5 (13,8)	
Idade			
30 a 34	18 (24)	1 (2,8)	0,021 *
35 a 44	33 (44)	20 (55,5)	
45 a 49	24 (32)	15 (41,7)	
Escolaridade			
Ens.Fundamental	41 (56)	18 (50)	0,540
Ensino Médio	30 (40)	14 (38,8)	
Ensino Superior	4 (5,4)	4 (11,2)	
Renda familiar mensal			
1 a 3 sm	57 (76)	22 (61,1)	0,186
4 a 8 sm	15 (20)	13 (36,1)	
9 ou +	3 (4)	1 (2,8)	
Última visita ao dentista			
Menos de 1 ano	46 (61,3)	17 (47,2)	0,160
1 ano e +	29 (38,6)	19 (52,8)	
Dentes presentes			
1 a 19 dentes	5 (6,6)	19 (52,7)	0,000 *
20 ou + dentes	70 (93,3)	17 (47,2)	
OHIP-14			
Ausência	10 (13,3)	5 (13,8)	0,936
Impacto	65 (86,7)	31 (86,2)	

* p < 0,05

A variável idade (p= 0,021) apresenta associação com o SiC, assim como dentes presentes (p= 0,000), Tabela 5.

Tabela 6 – Associação das dimensões OHIP-14 com o grupo de alta experiência de cárie, SiC, dos adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011.

Dimensão	SiC $\leq 25,5$		SiC $> 25,5$		p
	n= 75	(%)	n=36	(%)	
Limitação Funcional					
1. Fala	53	(70,6)	22	(61,2)	0,314
	22	(29,4)	14	(38,8)	
2. Paladar	52	(69,3)	23	(62,2)	0,390
	22	(29,7)	14	(37,8)	
Dor Física					
3. Dores fortes	43	(57,4)	21	(58,4)	0,920
	32	(42,6)	15	(41,6)	
4. Incomodado ao comer	30	(40)	16	(44,4)	0,656
	45	(60)	20	(55,6)	
Desconforto psicológico					
5. Constrangido	38	(50,6)	16	(44,4)	0,539
	37	(49,4)	20	(55,6)	
6. Tenso	46	(61,4)	20	(55,6)	0,562
	29	(38,6)	16	(44,4)	
Incapacidade Física					
7. Dieta insatisfatória	61	(81,4)	20	(55,6)	0,004 *
	14	(18,6)	16	(44,4)	
8. Interromper alimentação	58	(77,4)	22	(62,2)	0,075
	17	(22,4)	14	(38,8)	
Incapacidade Psicológica					
9. Relaxar	52	(69,3)	22	(62,2)	0,390
	23	(30,7)	14	(38,8)	
10. Envergonhado	33	(44,0)	14	(38,8)	0,610
	42	(56,0)	22	(62,2)	
Incapacidade Social					
11. Irritado	55	(73,4)	22	(62,2)	0,191
	20	(26,6)	14	(38,8)	
12. Tarefas diárias	65	(89,7)	30	(83,3)	0,640
	10	(13,3)	6	(16,7)	
Limitação Física					
13. Menos satisfação com a vida	59	(78,7)	21	(58,4)	0,025 *
	16	(21,3)	15	(41,6)	
14. Totalmente incapaz	66	(88)	27	(75)	0,082
	9	(12)	9	(25)	

* p < 0,05

As dimensões OHIP-14 associadas com o grupo de alta experiência de cárie, SiC, foram a incapacidade física, onde a dieta foi insatisfatória ($p= 0,004$), comprometendo a alimentação, mastigação e qualidade de vida do indivíduo e a dimensão limitação física ($p=0,025$), Tabela 6.

DISCUSSÃO

Este estudo possui uma amostra de adultos usuários de duas UBS da região sudeste da cidade de São Paulo. Os resultados obtidos no presente estudo são representativos para a amostra estudada, com faixas etárias distintas não sendo representativo da população, porém, encontram-se poucos estudos na literatura que analisaram usuários de serviços odontológicos do SUS, principalmente população adulta. Além disso, trata-se de um estudo transversal e, portanto a causalidade não pode ser inferida.

No presente estudo, o componente obturado apresentou o valor de 8,2, sendo maior do que o obtido no levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal de SBBrasil 2010²² e o dobro do valor encontrado no SBBrasil 2003²³ ratificando que ao longo dos anos os usuários do SUS estão conseguindo acessar o tratamento restaurador. Assim, observa-se atualmente uma inversão importante de tendência, o procedimento mutilador está cedendo espaço para os tratamentos restauradores²⁴. Neste contexto, o valor do CPOD nos levantamentos nacionais^{22,23} e nesta pesquisa mostrou um decréscimo dos seus componentes, redução da média de dentes cariados e dos dentes perdidos e aumento na média dos dentes obturados.

Roncalli²⁵ confirma a importante tendência de declínio da cárie e o incremento no acesso aos serviços sendo marcante nos adultos. O resultado da pesquisa nacional de 2003 apresenta o CPOD de 20,1, com uma redução bastante marcante de 19% em 2010, registrando um CPOD de 16,3. O autor completa que além da importância deste declínio, importante também é o crescimento do componente obturado, com o valor anteriormente de 4,2, teve um aumento para 7,1, acréscimo considerável de 69%.

Os resultados do presente estudo apresentam uma situação um pouco melhor da condição da cárie dentária do componente cariado ($C = 1,6$) em relação aos alguns estudos epidemiológicos: SBBrazil 2003²³, foi de 2,7; no estudo de Bastos et al²⁶ o valor foi de 2,21 e o último levantamento nacional MS (2011)²², apresentou 1,9. Tendo em vista que, a faixa etária utilizada neste estudo abrangeu adultos de 30 a 59 anos de idade, ou seja, uma faixa etária mais ampla do que a recomendada pela OMS que é de 35 a 44 anos, comumente utilizada nos estudos.

No estudo com adultos de 20 a 64 anos, trabalhadores em São Paulo, Batista²⁷ encontrou uma média de dentes cariados de 1,32, valor mais baixo que o presente estudo que apresentou média de 1,6. Entretanto, a média de dentes perdidos dos usuários do SUS foi de 8,6, enquanto que dos trabalhadores foi de 9,3, aumentando o valor do CPOD, confirmando assim, que a exodontia foi realizada com maior frequência.

Em Chapecó, Lacerda et al 2008, observaram que a média de dentes atacados pela cárie foi igual a 18,1, sendo os componentes perdidos (P) e restaurados/obturados (O) responsáveis por 95,3% da composição do CPOD²⁸. No presente estudo o CPOD foi 18,5, os perdidos e restaurados/obturados obtidos corresponderam 91,2% do CPOD.

A rotina foi o motivo predominante da procura ao profissional, 66,7% (n=74), confirmando a preocupação na manutenção da saúde bucal e a garantia do tratamento no serviço público de saúde. Moreira et al⁶ encontraram apenas 26% dos adultos procuraram o serviço por causa da rotina. Neste estudo, 56,8% dos usuários retornaram em menos de 1 ano. A visita regular ao dentista favoreceu a uma saúde bucal melhor, sendo uma recomendação presente na melhora da promoção da saúde bucal. No Rio de Janeiro encontraram um efeito positivo na visita de rotina como manutenção dos dentes, sendo que os indivíduos que procuraram o dentista numa frequência de até dois anos, tinham mais dentes saudáveis do que os que não iam periodicamente²⁹.

Os serviços de saúde podem ser um componente importante na melhora das condições de saúde da população. Os serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com visão ampliada sobre o processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas, levando em consideração os vários aspectos de sua vida, e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal³⁰. Baldani et al. 2010⁵ confirmaram que o fato do indivíduo ir ao dentista regularmente é um fator de proteção à saúde bucal.

Os componentes do CPOD, obturados e cariados sugerem um acesso aos procedimentos restauradores, na atenção primária, promovendo uma melhor condição saúde bucal aos usuários.

Neste estudo 78,4%, dos usuários avaliados tinham mais de 20 dentes na cavidade bucal, alcançando a meta proposta da OMS para o ano de 2010 para adultos, onde se esperava a presença de 75% da população com 20 ou mais dentes na cavidade bucal³¹,

resultado também encontrado em estudo de Silva ³². Reforçando que a faixa etária desta população é de 30 a 59 anos, indo além da idade de 35 a 44 anos preconizada pela OMS.

A responsabilidade da reabilitação se dá na atenção secundária, que não responde plenamente por este procedimento. Em consequência, a população tem comprometimento e dificuldades na função mastigatória, impactando na sua qualidade de vida.

Houve uma associação entre a presença de dentes e a idade dos usuários do SUS confirmando com achados de outros estudos ^{7,33,34}.

Este estudo apresentou associação da questão do OHIP-14, “tem sentido menos satisfação com a vida em geral?”, com o SiC, mostrando que a perda dentária afeta o convívio social, o que pode muitas vezes contribuir para o isolamento do indivíduo, o que gera diversos impactos negativos na qualidade de vida destes indivíduos.

A dimensão incapacidade física, na questão: “sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?” apresentou associação com o SiC, ($p=0,004$), onde a ausência dos dentes dificulta a eficiência mastigatória, impacto na vida e baixa qualidade de vida. Resultados semelhantes encontrados no estudo de Londres com moradores de rua³⁵.

As perdas dentárias se associaram fortemente com residentes em zona rural, mulher, os mais pobres, menos escolaridade e os mais velhos³⁶. Neste presente estudo, a idade também associou com o índice SiC. A perda dentária pode gerar impactos no funcionamento bucal, seja na alimentação, aparência e estados psicológico¹⁹.

Segundo Moreira et al 2010⁶, os determinantes sociais da perda dentária são complexos e controversos. Avaliando adultos considerando a variável perda dentária como

o desfecho contínuo, apontaram a importância do contexto social como principal causa das injúrias da saúde bucal. A perda dentária além de gerar impactos negativos no dia-dia do indivíduo, pela questão da estética, tem como melhorar outro impacto, como diminuir a dor de dente³⁷

Na Suécia, encontraram que 21% dos indivíduos não relataram nenhum problema em relação ao impacto da saúde bucal. Os autores realizaram a primeira pesquisa para medir o impacto da qualidade de vida em adultos na Suécia, e reconhecem que o conceito de qualidade de vida relacionado com a saúde oral é baseado nos pressupostos que estes impactos funcionais e psicossociais afetam a qualidade de vida³⁸.

Silva et al. 2010³⁹ ao realizarem um estudo com desdentados totais, afirmam que a dimensão de maior impacto foi se sentir envergonhado (incapacidade psicológica) devido à saúde dos dentes, boca ou dentadura. Neste presente estudo, o usuário se mostrava constrangido ao sorrir, principalmente se tinha alguma ausência dos dentes anteriores.

Encontramos neste estudo as dimensões dor física e desconforto psicológico as que mais afetaram o impacto da qualidade de vida dos indivíduos, semelhante a outros estudos^{27,39,40}. Daly et al 2010³⁵ encontraram o impacto destas mesmas dimensões em moradores de rua de Londres, com a prevalência de 65% na dimensão dor física e 62% na dimensão de desconforto ao comer. Lacerda 2005¹² recomenda a utilização dos indicadores subjetivos na definição das ações e grupos prioritários nos serviços de saúde.

A utilização do indicador subjetivo OHIP-14 mostrou que as dimensões dor física e desconforto psicológico foram as mais apontadas pelos usuários. Observou-se também, que houve associação do OHIP-14 com a perda dentária nas seguintes dimensões: limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física e incapacidade social, e em relação

ao grupo de alta experiência de cárie, SiC, este apresentou associação com as seguintes dimensões: incapacidade física e limitação física.

A influência da perda dentária e do grupo de alta experiência de cárie dentária na qualidade de vida do indivíduo reforça a necessidade de políticas públicas voltadas ao cuidado à saúde e garantia do acesso ao serviço odontológico para promover a saúde bucal e melhorar a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1 – Ministério da Saúde – Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. O ABC do SUS – Doutrina e princípios. Brasília/DF. 1990.
- 2 - Antunes JLF & Narvai. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto as desigualdades em saúde. Rev Saúde Pública, 2010; 44(2):360-365.
- 3 - Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 4 - Pucca Jr GA. A Política nacional de saúde bucal como demanda social. Ciênc & Saúde Coletiva 2006; 11(1):243-246.
- 5 - Baldani MH; Brito WH; Lawder JAC; Mendes YBE; Silva FFM; Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. Rev Bras Epidemiol, 2010; 13(1): 150-62.
- 6 - Moreira SM; Nico LS; Barrozo LV; Pereira JCR. Tooth loss in Brazilian middle- aged adults: multilevel effects. Acta Odontol Scand, 2010; 68(4):269-277.
- 7 - Frazão P; Antunes JLF; Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Rev. Bras Epidemiol. 2003; 6(1):49 -57.
- 8 - Seidl EM & Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública 2004; 20(2):580-588.
- 9 - Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bull World Health Organ 2005; 83(9) Genebra.
- 10 - Lawrence HP; Thompson WM; Broadbent JM; Poulton R. Oral health-related quality of life in a cohort of 32-years olds. Community Dent Oral Epidemiol 2008; 36(4):305-316.

- 11 - Mariño R; Schofield M; Wright C; Calache H; Minichiello V. Self-report and clinically determined oral health status predictor for quality of life in dentate older migrants adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(1):85-94.
- 12 - Lacerda JT. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Paulo. 2005.
- 13 - Slade GD & Spencer JA. Development and evaluation of Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11.
- 14 - Barreto AO; Aquino LMM; Aquino ARL; Roncalli AG; Amaral BA; Carneiro AFP. Impacto on quality of life of removable partial denture wearers after 2 years of use. *Braz Oral Sci*. 2011;10 (1):50-54.
- 15 - Allen PF, McMillan AS. A longitudinal study of study of quality of life outcomes in older adults requesting implant prostheses and complete removable dentures. *Clinical Oral Implant Research* 2003; 14(2):173-179.
- 16 - World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. Geneva: World Health Organization: 1997.
- 17 - Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J*. 2000; 50(6):378-84.
- 18 - Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25(4):284-90.
- 19 - Leão AT; Locker D. In: Antunes, JLF; Peres MA. Organizador: Crivello Júnior O. Fundamentos de Odontologia. Epidemiologia da Saúde Bucal – Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006. p. 260-268.

- 20 - Oliveira, BH & Nadanovisk P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4): 307-314.
- 21 - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Projeto SB2000: condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Universidade de São Paulo; 2002.
- 22 - Ministério da Saúde. 2011. www.saude.gov.br acesso 14/05/2011.
- 23 - Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- 24 - BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010. www.sbbrasil2010.org acesso 24/04/2011. .
- 25 - Roncalli AG. Projeto SB Brasil 2010 – *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal* revela importante redução da cárie dentária no país. *Cad Saúde Pública*, 2011; 27(1):4-5.
- 26 - Bastos RS; Silva RPR; Maia Júnior F; Carvalho FS; Merlin S; Caldana ML; Lauris JRP; Bastos JRM. Dental caries profile in Monte Negro, Amazonian state of Rondônia, Brazil, in 2008. *J Appl Oral Sci.* 2010;18(5):437-41.
- 27 - Batista MJ. Razões das perdas dentárias em adultos em idade economicamente ativa, São Paulo, SP [Dissertação de Mestrado] Unicamp/Faculdade de Odontologia de Piracicaba – 2010.
- 28 - Lacerda JT; Castilho EA; Calvo MCM; Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adulto em Chapecó. Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1846-1858.

- 29 - Cunha-Cruz J, Nadasovsk P, Faertein E, Lopes CS. Routine dental visits are associated with tooth retention in Brazilian adults: Pró-Saúde Study. *J Publ Health Dent* 2004; 64(4):216-222.
- 30 - Aerts D, Abegg C, Cesa K. O Papel do cirurgião-dentista no Sistema único de Saúde. *Ciênc & Saúde Coletiva* 2004;9(1): 131-138.
- 31 - Fédération Dentaire Internacional. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J*. 1982; 32(1):74-77.
- 32 – Silva, DD. Presença de dentes em adultos e idosos no Estado de São Paulo, SP. [Tese de Doutorado] Unicamp/Faculdade de Odontologia de Piracicaba - 2008.
- 33 - Gregg H; Gilbert, Duncan P; Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res*. 2003; 38(6 pt 2): 1843-62.
- 34 - Steele JG; Sanders AE; Slade GD; Allen PF; Lahti S; Nuttal N; Spencer AJ. How do age tooth affect oral health impacts and quality or life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004; 32(2):107-114.
- 35 - Daly B; Newton T; Bachelor P; Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(2): 136-144.
- 36 - Barbato PB; Nagano HCM; Zanchet FN; Boing AF; Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública*, 2007; 23(8):1803-1814.
- 37 - Slade GD. Assessing change in quality of life using OHIP. *Community Dental Oral Epidemiology* 1998; 26(1):52-61.

38 - Einarson S; Gerdin EW; Hugoson A. Oral health impact on quality of life in a Swedish population. *Acta Odontol Scand* 2009; 67:85-93.

39 - Silva MES; Villaça EL; Magalhães CS; Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc & Saúde Coletiva*, 2010; 15(3):841-850.

40 - Locker D & Quiñoez C. Funcional and Psychosocial Impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *JCDA* 2009, 75 (7): 521- 521e.

CONCLUSÕES GERAIS

A condição de saúde bucal da população estudada apresentou um índice CPOD de 18,55 com pequena prevalência de dentes cariados, resultados estes caracterizando uma experiência de cárie próxima a média nacional. É importante que ocorra a ampliação dos serviços de saúde, na atenção primária e secundária, mas, garantindo a integralidade do usuário para que o mesmo possa assegurar a melhora na qualidade de vida.

Quanto ao impacto da perda dentária verificou-se a influência da perda dentária na qualidade de vida do indivíduo, reforçando necessidade de políticas públicas voltadas ao cuidado à saúde e garantia de acesso ao serviço odontológico, medidas estas que devem estar inseridas dentro de uma política de promoção de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS*

- 1 - Camargo MBJ; Dumith SC; Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. Cad. Saúde Pública 2009; 25(9):1894-1906.
- 2 - Brennan DS. Tooth loss, chewing ability and quality of life. Qual Life Res 2008; 17(2): 227-235.
- 3 - Neto JMS & Nadanovsky P. Social inequality in tooth extraction in a Brazilian insured working population. Community Dent Oral Epidemiol. 2007; 35(5):331-336.
- 4 - 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): 3-23.
- 5 – Vieira da Silva LM & Almeida Filho. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad. Saúde Pública 2009; 25 (Sup 2):S217-S226.
- 6 - World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHO-QOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41:1403-9.

*De acordo com a norma da UNICAMP/FOP, baseadas nas normas do International Committee of Medical Journal Editors – Grupo de Vancouver. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

ANEXOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Data __/__/__
Data de Nascimento __/__/____ Gênero: F () M ()
Naturalidade: _____ Tempo em São Paulo: __ anos

Grau de Instrução:

A () não alfabetizado B () alfabetizado C () 1ª e 4ª série incompleto
D () 1ª e 4ª série completo E () 5ª e 8ª série incompleto F () 5ª e 8ª série completo
G () 2º grau incompleto H () 2º grau completo I () Superior incompleto
J () Superior completo

Ocupação atual/profissão _____

Renda familiar mensal :

A () até R\$465,00 B () de R\$465,00 a R\$930,00 C () de R\$931,00 a R\$1395,00
D () de R\$1395,00 a R\$ 2325,00 E () de R\$2326,00 a R\$ 3255,00
F () de R\$ 3256,00 a R\$4650,00 G () Acima de R\$4650,00

SAÚDE BUCAL

Qual o serviço odontológico que utiliza?

() Público () Privado () Faculdades/Escolas () Outros _____

Quando realizou a última visita ao Dentista?

() menos de 1 ano () 1 a 2 anos () 3 a 4 anos () mais de 4 anos

Qual o motivo da visita?

() Rotina () Emergência – dor () Emergência () Outros _____

Qual o procedimento realizado?

() Obtenção/restauração () extração () curativo
() Aplicação de flúor () outros _____

Extraíu algum dente permanente no dentista alguma vez na vida?

() sim () não () não sei

Se sim, qual o motivo?

() cárie dentária () doença da gengiva
() problemas ortodônticos () outros _____

Como você considera à sua saúde bucal?

() excelente () muito bom () bom () regular () ruim

QUESTIONÁRIO - OHIP- 14

Nome : _____

Data ___/___/___

Gostaria de saber se você teve algum problema de saúde bucal nos últimos seis meses?(Fazer a mesma pergunta para cada item – Anotar apenas uma resposta).

Dimensão	Perguntas	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Com razoável frequência	Muito frequente
		(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
Limitação Funcional	1. Tem tido dificuldade de pronunciar qualquer palavra devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	2. Tem sentido seu paladar alterado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Dor Física	3. Tem sentido dores fortes em sua boca?					
	4. Tem sentido incomodado ao comer algum alimento?					
Desconforto Psicológico	5. Tem sentido constrangido devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	6. Tem sentido tenso devido a problema com seus dentes, boca ou dentadura?					
Incapacidade Física	7. Sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	8. Teve que interromper sua alimentação devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Incapacidade Psicológica	9. Tem tido dificuldade de relaxar devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	10. Tem-se sentido um pouco envergonhado devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Incapacidade Social	11. Tem-se sentido um pouco irritado com outras pessoas devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	12. Tem tido dificuldade de realizar tarefas diárias devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
Limitação Física	13. Tem sentido menos satisfação com a vida em geral devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					
	14. Tem-se sentido totalmente incapaz devido a problemas com seus dentes, boca ou dentadura?					



FICHA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

NOME: _____

DATA ___ / ___ / ___

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Sumário			
C	P	O	CPO-D

Uso de prótese: () Sim () Não Se sim, qual _____

Necessita de prótese: () Sim () Não Se sim, qual _____

CPI

17/16	11	27/26
47/46	31	36/37

PIP

17/16	11	27/26
46/47	31	37/36

São Paulo, 28 de julho de 2010
PARECER Nº 264/10 – CEP/SMS
CAAE: 0017.0.162.167-10

Ilma Sra
Edna Alves Silva

- **Projeto de Pesquisa:** Impacto da perda dentária na qualidade de vida em adultos
- **Pesquisador Responsável:** Edna Alves da Silva
- **Instituição:** Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP
- **Local onde os dados serão coletados:** UBS da Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste

I - Sumário Geral do Protocolo

Trata-se de um estudo transversal que tem por objetivo geral: "Avaliar o impacto da saúde bucal relatada e examinada na qualidade de vida dos adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde e de adultos uma escola privada na região sudeste da cidade de São Paulo – SP" e como objetivos específicos: "1. Analisar as diferenças quanto ao motivo da perda dentária relatada e examinada entre os grupos. 2. Verificar se existe associação entre a perda dentária e o seu impacto na qualidade de vida. 3. Comparar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em ambos os grupos. 4. Avaliar quando e qual o motivo da última consulta odontológica segundo os grupos".

A pesquisadora propõe duas frentes de coleta de dados, sendo uma em duas UBS da região sudeste do município de São Paulo e outra em uma escola privada situada na mesma região da cidade. Os participantes da pesquisa serão adultos de ambos os sexos com idade entre 30 e 60 anos. As UBSs foram escolhidas por serem o local de trabalho da pesquisadora.

Nas duas UBSs, a coleta se estenderá por 12 meses e, segundo o cálculo da pesquisadora, serão 480 pacientes novos por ano.

Os usuários das UBS deverão ser entrevistados e examinados e "a entrevista, o questionário e o exame clínico, serão realizados em uma única oportunidade para cada indivíduo."

Os participantes da escola privada "serão convidados a participar após autorização da escola para abordagem, enviando via envelopes, um convite de apresentação da pesquisa, o TCLE, uma entrevista das questões sócio-econômicas e o questionário de qualidade de vida". O primeiro parecer emitido apontou pendência quanto ao fato de que não haveria realização do exame clínico aos participantes da escola privada. Este item foi alterado pela pesquisadora e considerado satisfatório.

Outro item apontado como pendente referia-se à falta de esclarecimentos no projeto, quanto às providências que seriam tomadas no caso de serem identificados voluntários com problemas odontológicos. Em resposta, a pesquisadora informa que todos os voluntários que necessitarem de tratamento odontológico, sendo usuários do serviço público ou pais de alunos da escola privada serão atendidos para a Unidade Básica de Saúde na qual a profissional trabalha. Aos voluntários, pais dos alunos da escola privada, também será dada a possibilidade de encaminhamento para o seu próprio profissional, caso assim o deseje.

II - Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida e o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa.

○ orçamento está adequado e a pesquisadora declara que arcará com as despesas decorrentes da pesquisa.

○ cronograma da pesquisa foi alterado e está adequado.

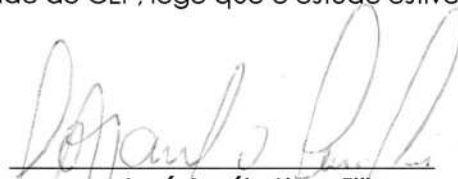
CAAE: 0017.0.162.167-10

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi retificado e considerado adequado.

III - Situação do Protocolo: aprovado

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.



José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS