



EDNA ALVES SILVA

**“IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS DE
DIFERENTES NÍVEIS SOCIOECONÔMICOS”**

Piracicaba

2013



UNICAMP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

EDNA ALVES SILVA

“IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS DE
DIFERENTES NÍVEIS SOCIOECONÔMICOS”

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

TESE DE DOUTORADO APRESENTADA AO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DE PIRACICABA DA UNICAMP, PARA OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE DOUTORA EM ODONTOLOGIA, ÁREA DE
SAÚDE COLETIVA.

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

Assinatura da Orientadora

Piracicaba

2013

iii

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
JOSIDELMA F COSTA DE SOUZA – CRB8/5894 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

Si38i Silva, Edna Alves, 1963-
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de
diferentes níveis socioeconômicos / Edna Alves Silva. --
Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Maria da Luz Rosário de Sousa.
Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Classe social. 2. Desigualdades em saúde. I. Sousa,
Maria da Luz Rosário de, 1965- II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Impact of oral health in the quality of life adults from
different levels socioeconomic

Palavras-chave em Inglês:

Social class

Health inequalities

Área de concentração: Saúde Coletiva

Titulação: Doutora em Odontologia

Banca examinadora:

Maria da Luz Rosário de Sousa [Orientador]

Antonio Carlos Pereira

José Leopoldo Ferreira Antunes

Tatiana Ribeiro de Campos Mello

Viviane Elisângela Gomes

Data da defesa: 27-02-2013

Programa de Pós-Graduação: Odontologia



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de Doutorado, em sessão pública realizada em 27 de Fevereiro de 2013, considerou a candidata EDNA ALVES SILVA aprovada.

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Maria da Luz Rosario de Sousa.

Prof. Dra. MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to José Leopoldo Ferreira Antunes.

Prof. Dr. JOSÉ LEOPOLDO FERREIRA ANTUNES

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Viviane Elisângela Gomes.

Prof. Dra. VIVIANE ELISÂNGELA GOMES

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Antonio Carlos Pereira.

Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

A handwritten signature in cursive script, likely belonging to Tatiana Ribeiro de Campos Mello.

Prof. Dra. TATIANA RIBEIRO DE CAMPOS MELLO

Agradecimentos especiais

A *Deus*, por tudo, sempre.....

Aos meus pais *João Marcelino e Dorinha (in memorian)*,
pela minha existência e por acreditarem na minha busca.

Aos meus queridos filhos *Laís e Lucas* pela paciência,
compreensão, carinho e pela colaboração nesta minha
trajetória acadêmica, muito obrigada!!!! Amo vocês!!!

Ao *Joel* pelo apoio e compreensão.

À Profª Drª Maria da Luz Rosário de Sousa, orientadora
e amiga de todos os momentos, muito obrigada pelo grande aprendizado,
constante incentivo e pelo exemplo de competência e sensibilidade.

Ao meu irmão *Dailto Silva* que insistiu no meu
aprimoramento profissional sempre com muito estímulo.

Agradecimentos

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Fernando Ferreira Costa.

Ao Diretor da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Prof. Dr. Jacks Jorge Junior.

Ao Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia de Piracicaba/Unicamp *Prof^a Dra Cínthia Pereira Machado Tabchoury*.

Ao representante da área de Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Odontologia, o Prof Dr. Marcelo de Castro Meneghim pela oportunidade de compartilhar o conhecimento e a infra-estrutura.

A todos os *docentes* da Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Unicamp pelos conhecimentos obtidos.

Aos professores Dr. *Eduardo Hebling e Prof Dr. Marcelo de Castro Meneghim* pelas colaborações na banca da pré-qualificação.

Aos professores membros da banca de qualificação, Dr^a *Regina Auxiliadora de Amorim Marques, Dr^a Maria Paula Maciel Rando Meirelles e o Dr Eduardo Hebling* pelas contribuições pertinentes e valiosas para melhoria deste trabalho.

Aos professores Dr.*José Leopoldo Ferreira Antunes, Dr Antonio Carlos Pereira, Dra Viviane Elisângela Gomes e Dra Tatiana Ribeiro de Campos Mello*, que participaram da banca da tese, pelas importantes sugestões e críticas.

Aos colegas da Pós-Graduação: *Cássia, Eloisio, Fabiana, Gustavo, Henri, Janice, Juliana, Liliane, Luale, Raquel e Valéria*, pelo aprendizado, carinho e respeito demonstrado por todos.

À minha querida amiga *Luísa Helena* pelo carinho e incentivo sempre, mesmo a distância esteve bem presente nos tropeços e alegrias.

À *Marília* pelo carinho, paciência, incentivo, cuidado, dedicação e disposição nas inúmeras contribuições em especial neste trabalho, obrigada!

Às colegas “iluminadas”; *Andrea, Cássia, Cristina, Maria Paula, Naiara e Maylu*, pelos momentos de conhecimento, alegria, descontração e companheirismo no grupo de estudo.

Às secretárias *Eliana Aparecida de Mênaco* e *Eliete Riguetto* pelo carinho, apoio e colaboração nas demandas da pós-graduação.

À Suelen Feliciano pelas várias colaborações nas formatações finais da teses.

Ao diretor geral do Colégio Arquidiocesano *Ascânio João Sendrez*, por toda atenção prestada e pelo intenso e persistente apoio nas estratégias da adesão dos pais dos alunos. Muito obrigada!!! Você foi fundamental na realização desta pesquisa.

Às secretárias da diretoria do Colégio Arquidiocesano, *Carla Nicoletti Fonseca* e *Dulcinéia Aparecida Capanoz Uller* pela ativa colaboração na receptividade da pesquisa e retorno dos impressos.

Aos amigos professores *Kátia* e *Anderson* que tiveram paciência, me apoiaram e torceram pela minha conquista.

Aos colegas de trabalho e amigos queridos *Gilberto* e *Maurício* pelo estímulo contínuo e sempre acreditaram no meu potencial de realizar inúmeras atividades.

Ao pessoal auxiliar: *Cida, Daniela, Léo* e *Maria José*, pela colaboração na organização dos exames, e a *D. Zenaide* no cuidado na recepção dos pacientes.

À *Maria Pia*, gerente da Clínica Dr Adyr Amaral Gurgel pela compreensão e apoio neste momento acadêmico.

À minhas amigas *Edilene, Martha e Lucia* pelos momentos de descontração e incentivo neste momento final da pós.

À minha grande família Potiguar que estão sempre participando a distância dos meus projetos.

Aos protagonistas deste estudo, os ***usuários das Unidades Básicas de Saúde e aos pais dos alunos do Colégio Arquidiocesano*** pela participação essencial nesta pesquisa. Muito obrigada!!!

Enfim, a todos aqueles que colaboraram, tornando esta tarefa possível.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos de diferentes níveis socioeconômicos. Este estudo transversal foi realizado em adultos de 35 a 59 anos, residentes em São Paulo – SP. Sendo, 113 adultos que usam o serviço odontológico público e 97 adultos que utilizam o serviço odontológico privado. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi avaliado com o instrumento *Oral Health Profile Impact (OHIP-14)*, de 2 formas: O *OHIP-14 gravidade* (soma total) e *OHIP-14 prevalência* (uma ou mais classificação “frequentemente” e “sempre”) que foram avaliados nas 7 dimensões. Os adultos do serviço público foram classificados como nível socioeconômico baixo (NSE baixo) e os adultos do serviço privado, como nível socioeconômico alto (NSE alto). Foram aplicados questionários para obter os dados sociodemográficos e características do serviço odontológico utilizado. O impacto da saúde bucal nos dois grupos de adultos de diferentes níveis socioeconômicos e foram comparados através do teste do Qui-quadrado e do teste Mann Whitney. Os grupos foram semelhantes quanto aos dados demográficos (idade e sexo). A média do *OHIP-14 gravidade* dos adultos do NSE baixo foi 11,5 ($\pm 11,3$), e para os adultos do NSE alto foram 5,9 ($\pm 9,1$). O grupo dos adultos do nível socioeconômico baixo apresentou maior impacto negativo no *OHIP-14 prevalência* 76,6% (n=49), quando comparado ao grupo dos adultos do nível socioeconômico alto, que foi de 23,4% (n=15). No *OHIP-14 prevalência*, o grupo do NSE baixo apresentou maior impacto em 4 dimensões: limitação física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social ($p < 0,05$), e no *OHIP-14 gravidade* em todas as dimensões com exceção da limitação física ($p > 0,05$). Os adultos dos níveis socioeconômicos baixos e altos relataram impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, os adultos do nível socioeconômico baixo apresentaram impacto em quase todas as dimensões do instrumento, especialmente nos aspectos funcionais.

Palavra chaves: Adulto, saúde bucal, qualidade de vida, classe social, desigualdades em saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the impact of oral health on quality of life in adults according to different socioeconomic levels. This cross-sectional study was carried out in adults aged 30 to 59 years, living in São Paulo – SP. Being, 113 adults who use public dental service and 97 adults who use private dental service. The impact of oral health on quality of life was assessed with the instrument *Oral Health Impact Profile (OHIP-14)*, 2 ways: *OHIP-14 severity* (total score) and *OHIP-14 prevalence* (one or more rating of often and always) were evaluated in seven dimensions. Adults from public service were classified as low socioeconomic status (low SES) and adults from private service, as high socioeconomic status (high SES). Questionnaires were used to obtain demographic data and characteristics of the service used. The impact of oral health in two groups of adults from different socioeconomic levels were compared using the chi-square and Mann-Whitney test. The groups were similar with regard to demographic data (age and gender). The mean OHIP-14 severity of adults of low was 11.5 (+ 11.3), and for adults of high SES was 5.9 (+ 9.1). The group of adult of low socioeconomic status had more negative impact on OHIP-14 prevalence 76.6% (n = 49) compared to the group of adult high socioeconomic status, which was 23.4% (n = 15). OHIP-14 prevalence in the group of low SES had higher impact on 4 dimensions: physical limitations, psychological discomfort, psychological disability and social disability ($p < 0.05$), and OHIP-14 severity in all dimensions except for physical limitation ($p > 0.05$). Adults of low and high socioeconomic levels reported negative impact of oral health on quality of life. However, adults of low socioeconomic impact exhibited in almost all dimensions of the instrument, particularly in the functional aspects.

Keywords: adult, oral health, quality of life, social class, health inequalities.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
CAPÍTULO 1	
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos.....	04
CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS.....	30
APÊNDICES	
1- Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE	34
2- Apêndice - Entrevista - Identificação.....	35
ANEXOS	
1- Anexo 1 - OHIP - 14 versão original.....	36
2 - Anexo 2 - OHIP - 14 traduzido.....	37
3 – Anexo 3 – Comitê de Ética em Pesquisa - CEP.....	38

INTRODUÇÃO

A saúde bucal afeta a saúde geral podendo causar dor e sofrimento, comprometendo a alimentação, fala e a qualidade de vida e bem estar do indivíduo (Sheiham, 2005). Para Coelho et al (2004), o impacto negativo no desempenho diário, na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, tem sido cada vez mais reconhecido e associado aos problemas de saúde bucal.

Tsakos et al (2012) afirmaram que além dos indicadores clínicos é necessária uma abordagem mais abrangente na interpretação dos dados que mensuram o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Os indicadores subjetivos da qualidade de vida na saúde bucal têm sido cada vez mais estudados em diversos trabalhos na literatura (Slade & Spencer, 1994; Sander et al, 2009; Slade, 2012).

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida não pode ser visto apenas como consequência das doenças bucais. Outros fatores, como utilização de serviço odontológico, condições demográficas e socioeconômicas, também interferem na percepção deste impacto, pois a qualidade de vida em saúde tem aspectos subjetivos, multidimensionais e culturais (Seidl & Zannon, 2004).

Sanders & Spencer (2005) observaram que adultos em privação socioeconômica têm pior percepção de saúde bucal e os mesmos apresentaram impacto mais adversos na qualidade de vida, ou seja, os fatores psicossociais são importantes no entendimento da saúde bucal e a situação socioeconômica se relaciona com este impacto. Baker (2009) validou um modelo teórico conceitual de Andersen (1995) onde observou que as condições socioeconômicas interferem na percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida e esta relação é o principal foco de nosso presente estudo.

Os indicadores subjetivos colaboram para uma melhor avaliação quanto à percepção da saúde geral e bucal do indivíduo em relação à sua qualidade de

vida. Diante disso, o *Oral Health Impact Profile (OHIP-14)*, Slade 1997, é um instrumento que responde algumas indagações quanto à percepção do indivíduo em relação à sua qualidade de vida e tem sido bastante utilizado em várias pesquisas (Wamala et al., 2006; Sander et al., 2009; Locker & Quinônez, 2009; Silva et al., 2011).

As dimensões de impacto da saúde bucal avaliadas no *OHIP-14* são: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e limitação física (dificuldade de realizar as atividades cotidianas). Os indicadores subjetivos de saúde bucal são uma medida importante para determinar prioridades em saúde principalmente quando os recursos são escassos e eficientes para demonstrar os benefícios do serviço odontológico prestado a uma população (Slade, 2012).

Segundo Marmot (2005), gradiente social, trabalho, transporte, alimentação, estresse e exclusão social podem determinar as condições de saúde da população. Nos grupos menos favorecidos além de apresentarem pior saúde bucal por conta dos determinantes da saúde (Marmot, 2005), estes apresentam maior impacto na qualidade de vida (Lawrence et al., 2008, Batista 2010).

A desigualdade social tem apresentado impacto em relação à saúde geral do indivíduo, assim como, na saúde bucal da população. Esta temática tem sido discutida em todos os países de média e baixa renda (Barata 2012). A variação nas distribuições das doenças em populações tem sido associada à forma da distribuição de riquezas, sendo expressas por meio da renda, escolaridade e classe social (Vieira-da-Silva e Almeida-filho 2009).

Alguns estudos têm discutido a relação de privação e classe social com a saúde bucal (Locker, 2000; Sanders & Spencer 2004; Sabbah et al., 2007), e analisaram que as piores condições de saúde bucal foram encontradas em populações com situação socioeconômica mais baixa. Na Suécia, Hjertqvist et al., (2001), estudando a saúde bucal em adultos sugeriram que há uma considerável desigualdade social na saúde bucal e no uso do serviço odontológico.

Antunes & Narvai (2010) afirmaram que, no Brasil, as indicações foram favoráveis quanto à redução destas desigualdades em saúde bucal devido às políticas públicas do setor quanto à ampliação do atendimento público odontológico. Este fato foi confirmado por Peres et al., (2012), que verificaram esta redução por meio da investigação do acesso e do uso de serviços odontológicos comparando a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003 e 2008, e concluíram também que as iniquidades entre os grupos sociais ainda é expressiva. Entretanto, estudos nacionais que procuraram associar a desigualdade social e a saúde bucal, observaram que as maiores desigualdades no acesso e na utilização do serviço odontológico ocorreram no grupo menos favorecidos (Matos et al., 2002; Barros & Bertoldi 2002).

A medida da desigualdade social pode ser realizada com o uso de variáveis contextuais, como o Coeficiente de Gini (Celeste et al, 2011; Bernabé et al., 2009) ou individuais, como o SDI- índice de desvantagem econômica (Wamala et al., 2006).

Segundo Starfield (2011), a desigualdade é construída nos sistemas de saúde, especialmente nos sistemas que tem uma visão de saúde de doença por doença, e os cuidados primários são subestimados, não avaliando todo o contexto do indivíduo. O envolvimento dos profissionais nos serviços odontológicos promotores de saúde, são capazes de entender as pessoas, considerando os vários aspectos de sua vida, não apenas os sinais e sintomas restritos à saúde bucal (Aerts et al., 2004).

Diante do exposto o objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos de diferentes níveis socioeconômicos.

CAPÍTULO 1 - Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos.

Impact of oral health in the quality of life of adults from different levels
socioeconomic

Silva EA, Batista MJ, Sousa MLR

Edna Alves Silva¹

Marília Jesus Batista¹

Maria da Luz Rosário de Sousa²

1- Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Saúde. Coletiva, Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas.

2 - Professora Titular a Área de Odontologia Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos de diferentes níveis socioeconômicos. Este estudo transversal foi realizado em adultos de 35 a 59 anos, residentes em São Paulo – SP. Sendo, 113 adultos que usam o serviço odontológico público e 97 adultos que utilizam o serviço odontológico privado. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi avaliado com o instrumento *Oral Health Profile Impact (OHIP-14)*, de 2 formas: O *OHIP-14 gravidade (soma total)* e *OHIP prevalência* (uma ou mais classificação “frequentemente” e “sempre”) foram avaliados nas 7 dimensões. Adultos do serviço público foram classificados como nível socioeconômico baixo (NSE baixo) e os adultos do serviço privado, como nível socioeconômico alto (NSE alto). Foram aplicados questionários para obter os dados sociodemográficos e características do serviço utilizado. O impacto da saúde bucal nos dois grupos de adultos de diferentes níveis sócio econômicos foi comparado através do teste do Qui-quadrado e do teste Mann Whitney. Os grupos foram semelhantes quanto aos

dados demográficos (idade e sexo). A média do *OHIP-14 gravidade* (total) dos adultos do NSE baixo foi 11,5 ($\pm 11,3$), e para os adultos do NSE alto foram 5,9 ($\pm 9,1$). O grupo dos adultos do nível socioeconômico baixo apresentou maior impacto negativo no *OHIP-14 prevalência* 76,6% (n=49), quando comparado ao grupo dos adultos do nível socioeconômico alto, que foi de 23,4% (n=15). No *OHIP-14 prevalência*, o grupo do NSE baixo apresentou maior impacto em 4 dimensões: limitação física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social ($p < 0,05$), e no *OHIP-14 gravidade* (total) em todas as dimensões com exceção da limitação física ($p > 0,05$). Os adultos dos níveis socioeconômicos baixos e altos relataram impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, os adultos do nível socioeconômico baixo apresentaram impacto em quase todas as dimensões do instrumento, especialmente nos aspectos funcionais.

Palavra chaves: Adulto, saúde bucal, qualidade de vida, classe social, desigualdades em saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the impact of oral health on quality of life in adults according to different socioeconomic levels. This cross-sectional study was carried out in adults aged 30 to 59 years, living in São Paulo – SP. Being, 113 adults who use public dental service and 97 adults who use private dental service. The impact of oral health on quality of life was assessed with the instrument *Oral Health Impact Profile (OHIP-14)*, 2 ways: *OHIP-14 severity* (total score) and *OHIP-14 prevalence* (one or more rating of often and always) were evaluated in seven dimensions. Adult public service were classified as low socioeconomic status (low SES) and adult private service, as high socioeconomic status (high SES). Questionnaires were used to obtain demographic data and characteristics of the service used. The impact of oral health in two groups of adults from different socioeconomic levels were compared using the chi-square and Mann-Whitney

test. The groups were similar with regard to demographic data (age and gender). The mean *OHIP-14 severity* (total) of adults of low was 11.5 (+ 11.3), and for adults of high SES was 5.9 (+ 9.1). The group of adult of low socioeconomic status had more negative impact on *OHIP-14* prevalence 76.6% (n = 49) compared to the group of adult socioeconomic status, which was 23.4% (n = 15). *OHIP-14* prevalence in the group of low SES had higher impact on 4 dimensions: physical limitations, psychological discomfort, psychological disability and social disability (p < 0.05), and total OHIP in all dimensions except for physical limitation (p>0.05). Adults of low and high socioeconomic levels reported negative impact of oral health on quality of life. However, adults of low socioeconomic impact exhibited in almost all dimensions of the instrument, particularly in the functional aspects.

Keywords: adult, oral health, quality of life, social class, health inequalities

INTRODUÇÃO

As condições de saúde bucal podem impactar em várias áreas da vida cotidiana, tais como socioeconômica, trabalho, vida familiar, relações pessoais e sociais, que podem afetar a qualidade de vida. Sendo assim torna-se de extrema relevância estudar os aspectos subjetivos deste impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Atualmente os estudos sobre a percepção da qualidade de vida na saúde bucal estão sendo bastante utilizados. Eles se apresentam através dos indicadores subjetivos que abrangem dimensões que o indicador clínico não traduz. Alguns estudos^{1,2,3,4} avaliaram a associação entre a saúde bucal e a qualidade de vida.

Os indicadores subjetivos devem ser utilizados de forma complementar aos indicadores clínicos para determinar a necessidade de tratamento, melhorando a saúde bucal e a qualidade de vida das pessoas⁵. Eles são importantes, sendo assim, Lacerda et al.,(2008)⁶ recomendaram que tais indicadores devem ser

utilizados nas definições de ações dos serviços e de grupos prioritários no atendimento em saúde bucal.

O instrumento mais utilizado para avaliar impacto na saúde bucal na qualidade de vida é o *Oral Health Impact Profile (OHIP)*, proposto por Slade & Spencer (1994)⁷, que aborda 7 dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social até a limitação física.

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre adultos tem sido estudado levando em consideração a desigualdade social, e para tal são identificados grupos de diferentes níveis socioeconômicos^{8,9,10}. Em estudos de saúde bucal, a desigualdade social é identificada por diferentes formas. Locker & Quiñonez (2009)⁹, no Canadá, verificaram esta através do poder aquisitivo da população e da visita ao dentista, e observaram que houve associação significativa em indivíduos com renda mais baixa e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida⁹. Na Suécia, compararam o sistema de pagamento do serviço odontológico de adultos e encontraram maior impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida nos indivíduos que pagavam as necessidades acumuladas de saúde bucal diretamente pelo serviço odontológico que necessitavam do que os indivíduos que tinham o seguro de saúde e que pagavam anualmente uma taxa para o seu tratamento¹⁰.

No Reino Unido, McGraw & Beni (2003)¹¹ encontraram diferenças na percepção da saúde bucal entre usuários do serviço odontológico público e privado, entretanto, eles consideraram que a variação estava mais atribuída aos fatores sociodemográficos e a visita regular ao dentista.

Assim, torna-se de extrema relevância estudar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em grupos de distintos níveis socioeconômicos, e para realização deste estudo foram estudadas as características sócio-demográficas, utilização de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal na qualidade de vida e a condição da saúde bucal em adultos com

socioeconômicos diferentes para avaliar se existe associação entre estas variáveis.

O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adultos em adultos de diferentes níveis socioeconômicos.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo

Este estudo teve o delineamento do tipo transversal e foi realizado na cidade de São Paulo no período de julho de 2010 a dezembro de 2011.

Participantes

A amostra foi de conveniência, onde foram coletados dados de adultos de 30 a 59 anos. Os indivíduos desta pesquisa foram selecionados entre usuários de duas Unidades Básicas de Saúde – UBS, e em pais de alunos de um colégio privado de nível socioeconômico médio, da mesma região sudeste da cidade de São Paulo. Região que compreendem os bairros do Ipiranga e Vila Mariana.

Os critérios de inclusão foram: ser adulto que frequentavam exclusivamente o serviço odontológico público, adulto que frequentavam exclusivamente o serviço odontológico privado e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Variáveis do estudo

As variáveis dependentes foram o nível socioeconômico e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (autopercepção).

Nível socioeconômico - a utilização do tipo do serviço odontológico foi o marcador do nível socioeconômico, onde foram caracterizados em adultos do nível socioeconômico baixo (NSE baixo) os indivíduos que utilizavam o serviço público, e o nível socioeconômico alto (NSE alto), os indivíduos que utilizavam serviço odontológico privado.

Impacto da saúde bucal na qualidade de vida - foi avaliado através do *Oral Health Impact Profile OHIP-14*¹² e da autopercepção da saúde bucal autorelatada, registrada em uma única questão: Como você considera a sua saúde bucal?

No Brasil, o questionário *OHIP-14* foi adaptado e validado por de Oliveira & Nadanosvsky (2005)¹³. As questões foram organizadas em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e limitação física. Cada dimensão continha 2 questões. A variação do *OHIP-14* é de no mínimo 0 e no máximo é 56. Quanto mais alto o valor do *OHIP-14*, maior impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida. 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 questões foram pontuadas com as seguintes respostas: nunca = 0, quase nunca = 1, às vezes = 2, frequentemente = 3 e sempre = 4.

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi avaliado por meio da prevalência de um ou mais impactos severos (frequentemente e sempre), denominado de *OHIP-14 prevalência* e também através da severidade, medida pelo score total do *OHIP-14* denominado *OHIP gravidade (total)* (Lawrence et al, 2008¹⁴; Tsakos et al 2012¹⁵.)

Para a autopercepção autorelatada em saúde bucal, foram consideradas as seguintes respostas: excelente, muito boa e boa, foi classificada como autopercepção positiva e as respostas regular e ruim como autopercepção negativa.

Fonte dos dados - medição

Foram coletados dados sociodemográficos, das características dos serviços odontológicos e do impacto da saúde bucal na qualidade de vida através do questionário *OHIP-14*.

Os usuários das UBS foram convidados a participar da pesquisa no momento do atendimento odontológico quando nesta ocasião foi examinado e aplicado o

questionário sob a forma de entrevista. O fluxo na agenda continuou normal sem alterar a rotina do profissional.

Para os pais dos alunos do colégio privado, foi realizado um contato prévio com a coordenação da instituição, e após a autorização à realização do estudo, eles foram convidados a participar da pesquisa. Inicialmente, foi enviado um comunicado relatando a importância da participação dos pais na pesquisa científica e uma carta explicativa do estudo, por meio do correio eletrônico. Logo após foram enviados aos alunos do colégio os envelopes contendo os impressos para serem entregues aos pais. Os envelopes continham: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista e o questionário de qualidade de vida. O questionário era autoaplicado. Foi solicitado aos pais o prazo de uma semana para o retorno dos impressos no colégio. A pesquisadora recolhia os questionários periodicamente no colégio.

As variáveis sociodemográficas foram registradas com as seguintes categorizações: o gênero (feminino e masculino); idade (30 a 44 anos e 45 a 59 anos); escolaridade (até 12 anos de estudo e acima de 12 anos); renda familiar.

(1 a 3 SM salários mínimos; 4 a 6 SM e 7 ou mais SM), segundo Graciano & Lehfeld; 2010¹⁶. (A renda familiar foi também avaliada através dos gradientes: A (até R\$ 465,00), B (de R\$ 465,00 a R\$ 930,00), C (de R\$ 931,00 a R\$ 1.395,00), D (de R\$ 1.395,00 a R\$ 2.325,00), E (de 2.326 a R\$ 3.255,00), F (de R\$ 3.256,00 a R\$ 4.650,00) e G (acima de R\$ 4.650,00), onde corresponde A, B e C = 1 a 3 SM; D, E e F = 4 a 6 SM, e G mais de 7 SM.

Os dados sobre as características dos serviços odontológicos foram registrados através das variáveis: última visita ao dentista (menos de 1 ano, 1 a 4 anos e mais de 4 anos); motivo da visita ao dentista (urgência e rotina); procedimentos realizados (curativos e preventivos), e extraiu algum dente permanente (sim e não).

Tamanho da amostra

A amostra foi planejada para obtenção de número similar de adultos usuários do serviço público e para os adultos do serviço privado, estipulando-se previamente o período de coleta de doze meses. 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 2002¹⁷, 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.

Análise estatística

Os dados foram registrados no programa Excell e no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0. Foi feita uma análise descritiva das variáveis estudadas. Para comparar os diferentes impactos da qualidade de vida na saúde bucal entre os 2 grupos de adultos estudados utilizou-se o teste do Qui-quadrado, que foi também utilizado para avaliar a associação entre o *OHIP-14 prevalência* e os diferentes grupos socioeconômicos. Como o *OHIP-14 gravidade* (total) não apresentou distribuição normal na amostra estudada, utilizou-se o teste não-paramétrico Mann Whitney para verificar diferença em cada dimensão e no total entre os 2 grupos.

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

Foram avaliados 113 adultos usuários do Sistema Único de Saúde, em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de São Paulo, e 97 adultos, pais de alunos de um colégio privado da mesma região (Sudeste) da cidade de São Paulo. Houve perda de 11% no número de adultos do serviço privado devido o tempo estipulado da coleta ter sido de 12 meses. As duas amostras de adultos

apresentaram características semelhantes quanto ao sexo e à idade, que são as características demográficas da amostra. Porém, com relação às características socioeconômicas os dois grupos de adultos se mostraram diferentes para as variáveis estudadas: escolaridade e renda familiar ($p < 0,001$). A utilização de serviço odontológico também apresentou diferentes características no que concerne ao tipo de serviço odontológico, ao motivo que levou o indivíduo a consultar o dentista e ao tipo de procedimento realizado. Os dois grupos também apresentaram diferença em relação à percepção de saúde bucal.

Através destes dados que estão apresentados na tabela 1, pode-se observar que os dois grupos estudados são provenientes de dois grupos distintos com relação ao tipo e utilização de serviço odontológico, conforme critério de inclusão. Para os adultos do nível socioeconômico alto, 25,3% não tiveram nenhum impacto do *OHIP-14*, enquanto que para os adultos do nível socioeconômico baixo este valor foi de apenas 13,3%. O *OHIP-14* variou de 0 a 46 para os adultos do serviço público e para os adultos do serviço privado a variação foi de 0 a 48.

O período de coleta para os adultos usuários do SUS foi de doze meses e para os adultos do serviço privado estendeu-se há 18 meses, tendo em vista, a demora dos retornos dos questionários.

Tabela 1. Características sociodemográficas, utilização de serviço odontológico e autopercepção em adultos de diferentes níveis socioeconômicos, São Paulo, Brasil - 2012.

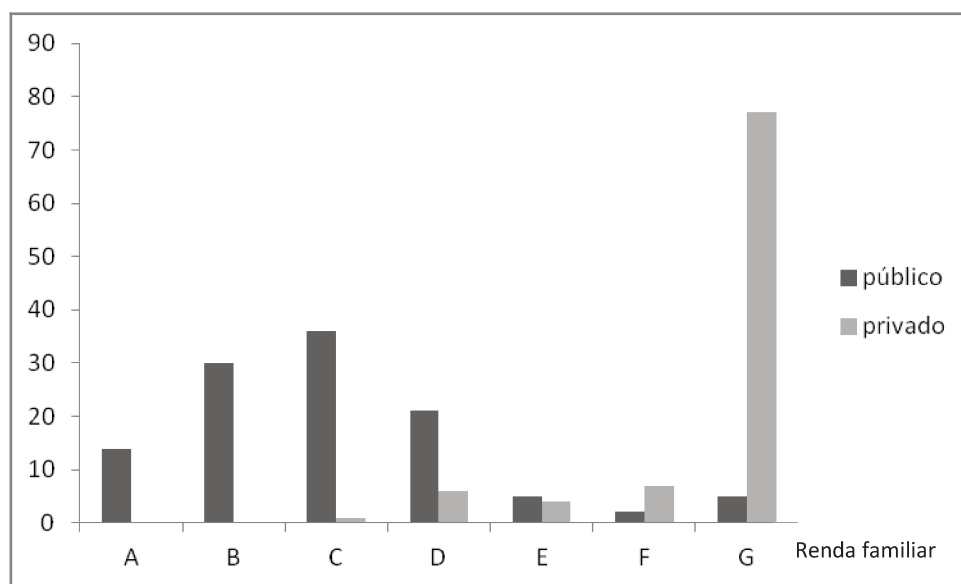
		NSE baixo		NSE alto		p
		n=113	%	n = 97	%	
Sociodemográficas						
Sexo	Masculino	22	19,5	20	20,6	0,836
	Feminino	91	80,5	77	79,4	
Idade	30 a 44 anos	72	63,7	59	60,8	0,666
	45 a 59 anos	41	36,3	38	39,2	
Escolaridade	Até 12 anos	104	92,0	4	4,1	<0,001
	Acima de 12 anos	9	8,0	93	95,9	
Renda Familiar Mensal*	1 a 3 SM	80	70,8	1	1,0	<0,001
	4 a 6 SM	28	24,8	17	17,9	
	7 ou mais SM	5	4,4	77	81,1	
Características do serviço odontológico						
Tempo da última visita	Menos de 1 ano	65	57,5	69	71,1	0,004
	1 a 4 anos	29	25,7	25	25,8	
	Mais de 4 anos	19	16,8	3	3,1	
Motivo da visita*	Urgência	36	31,9	17	18,5	0,022
	Rotina	74	65,5	75	81,5	
Procedimentos realizados	Curativos	107	94,7	55	56,76	<0,001
	Preventivos	6	5,3	42	43,3	
Extraiu algum dente permanente	Sim	111	98,2	69	71,1	<0,001
	Não	2	1,8	28	28,9	
Autopercepção						
Autopercepção saúde bucal	Positiva	46	40,7	80	82,5	<0,001
	Negativa	67	59,3	17	17,5	

Nota: Teste do Qui-quadrado, significância $p < 0,05$.

** O valor total não é 100%.*

Os gradientes de renda familiar distribuem-se diferentemente nos adultos de acordo com a utilização do serviço odontológico, caracterizando assim, dois grupos distintos com relação ao fator socioeconômico. (Figura 1)

Figura 1. Gradientes da renda familiar nos grupos de serviço odontológico de diferentes níveis socioeconômicos, São Paulo, Brasil - 2012.

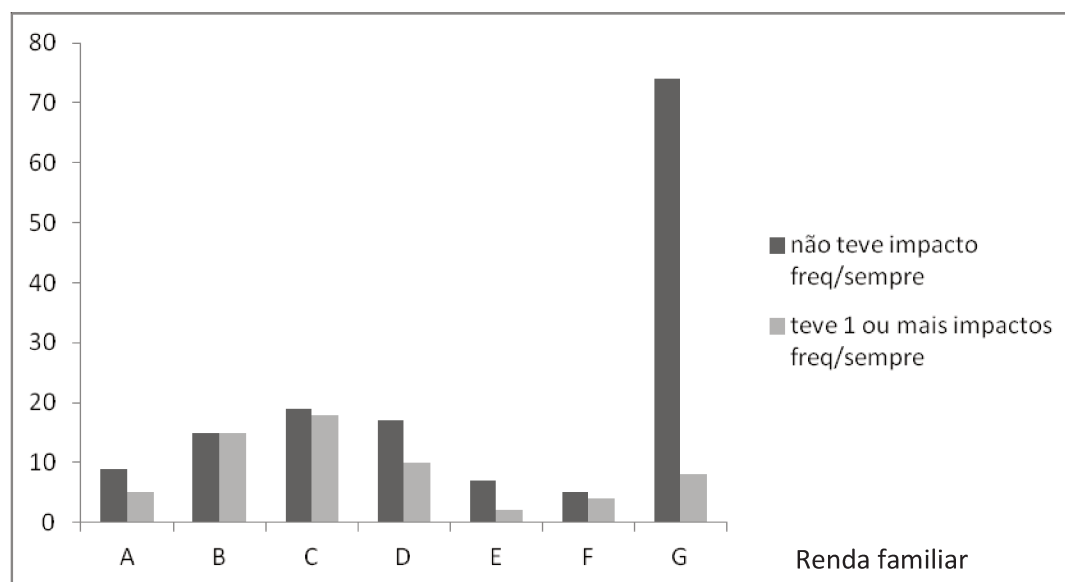


A = 1 Salário mínimo (julho de 2010)

A = até R\$465,00	B = de R\$466,00 a R\$930,00	C = de R\$931,00 a R\$1395,00
D = de R\$1396,00 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\$4651,00	

Na figura 2, observa-se a distribuição dos gradientes de renda familiar na prevalência dos impactos mais severos, sendo que nas faixas de renda mais altas, observa-se um menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Figura 2. Gradientes da renda familiar no *OHIP-14* prevalência, de adultos diferentes níveis socioeconômicos, São Paulo, Brasil - 2012.

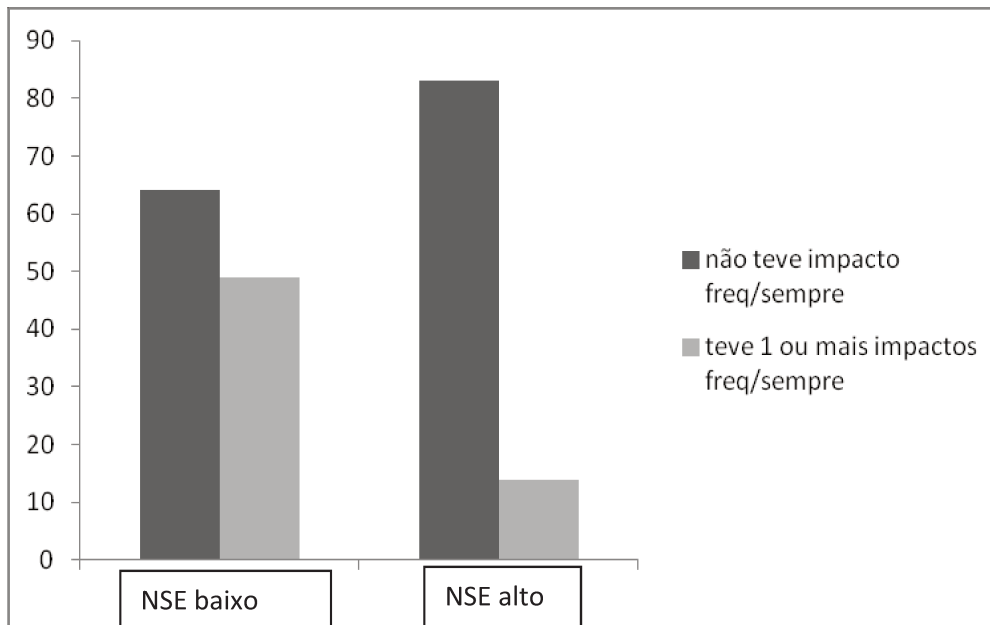


A = 1 Salário mínimo (julho de 2010)

A = até R\$465,00	B = de R\$466,00 a R\$930,00	C = de R\$931,00 a R\$1395,00
D = de R\$1396,00 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\$4651,00	

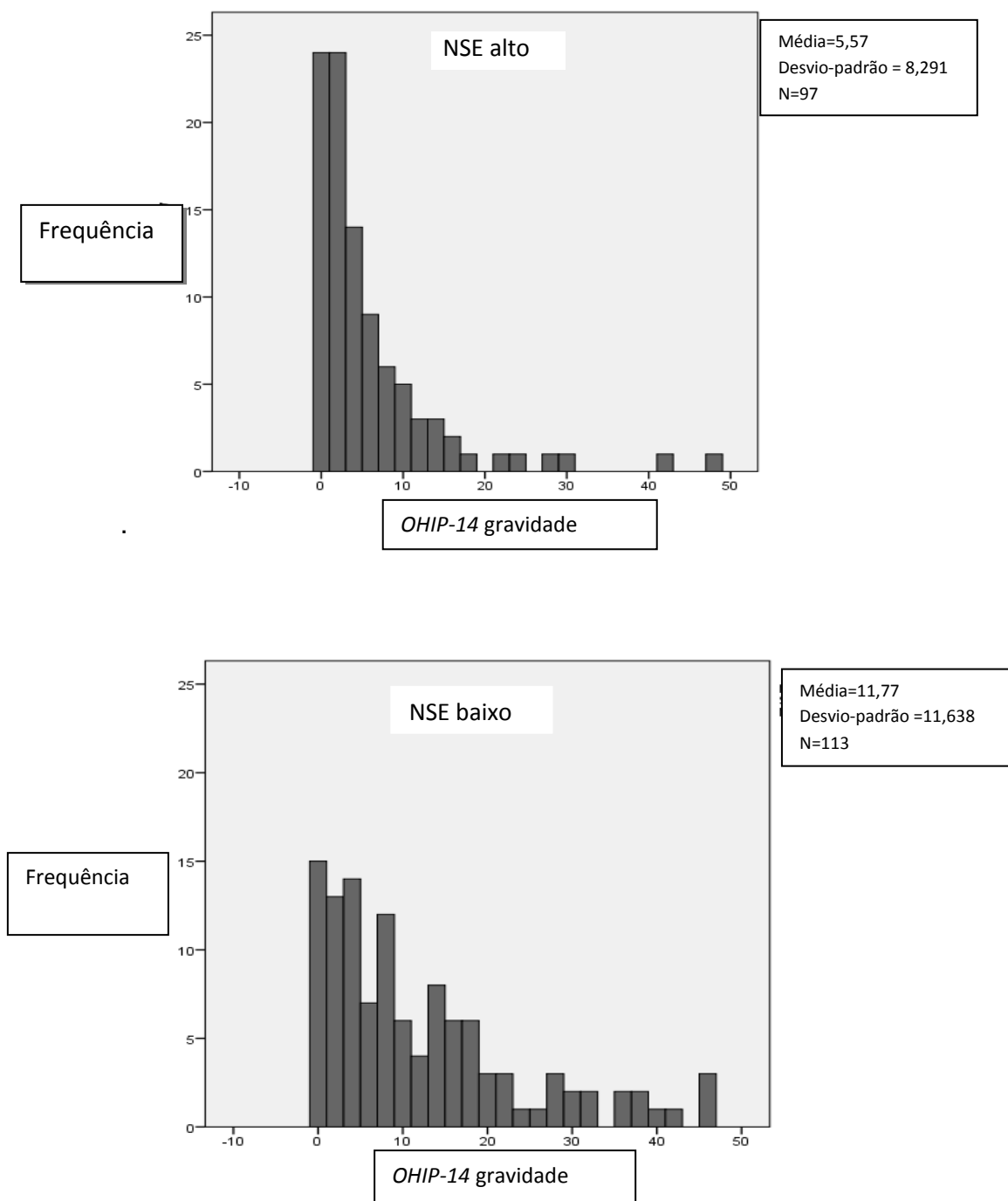
A prevalência de impactos mais severos foi observada entre os grupos de diferentes serviços odontológicos e verificou-se que foi maior nos adultos que utilizavam o serviço público, como pode ser observado na figura 3.

Figura 3. Prevalência do *OHIP-14 prevalência* em adultos de grupos de diferentes níveis socioeconômicos, São Paulo, Brasil, 2012.



Na figura 4 pode-se observar a distribuição do *OHIP-14 gravidade* (total), segundo o escore total apresentado pelas amostras de adultos dos dois grupos. No grupo do nível socioeconômico alto observou-se maior frequência de impacto mais baixo, de 0 a 10 (severidade do *OHIP-14*) e no grupo do nível socioeconômico baixo observou-se maiores escores do impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Figura 4. Histograma da distribuição do *OHIP-14 gravidade* (escore total do *OHIP-14*) em adultos de dois grupos de diferentes níveis socioeconômicos (NSEs) - São Paulo, Brasil - 2012.



Em relação à severidade de impactos da saúde bucal na qualidade de vida, observou-se que houve diferença entre os grupos na dimensão funcional, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e social, e no *OHIP-14 gravidade* (total), $p < 0,001$ (Tabela 2).

Tabela 2. Média e mediana das dimensões do *OHIP-14 gravidade* (total), segundo os grupos de adultos de diferentes níveis socioeconômicos, São Paulo - Brasil, 2012.

Dimensões	NSE baixo		NSE alto		p
	Média (DP)	Mediana	Média (DP)	Mediana	
Funcional	1,46 (1,9)	0,0	0,59 (1,1)	0,0	0,001
Dor	2,32 (2,2)	2,0	1,60 (1,7)	1,0	0,106
Desconforto psicológico	2,29 (2,6)	2,0	1,11 (1,9)	0,00	0,008
Incapacidade física	1,21 (1,9)	0,0	0,75 (1,6)	0,0	0,629
Incapacidade psicológica	2,23 (2,2)	0,0	0,98 (1,9)	0,0	<0,001
Incapacidade social	1,05 (1,8)	0,0	0,48 (1,4)	0,0	0,011
Limitação física	0,95 (1,7)	0,0	0,47 (1,4)	0,0	0,058
OHIP-14 gravidade	11,51 (11,3)	8,0	5,98 (9,1)	3,0	<0,001

Nota: Teste do Mann Whitney. Nível de significância $p < 0,05$.

Avaliando a prevalência de impactos severos nas sete dimensões do *OHIP-14 prevalência*, todas as dimensões indicaram diferenças entre os grupos de diferentes NSEs, exceto a dimensão Limitação física (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência das dimensões do *OHIP-14 prevalência*, segundo os grupos de níveis socioeconômicos (NSEs) diferentes, dos adultos de São Paulo, Brasil - 2012.

Dimensões	NSE alto	NSE baixo	Total	<i>p</i>
Prevalência de impactos frequentemente/sempre	n (%)	n (%)	n (%)	
Funcional	1 (7,1)	13 (92,9)	14 (100)	0,002
Dor	11 (29,7)	26 (70,3)	37 (100)	0,023
Desconforto psicológico	8 (22,2)	28 (77,8)	36 (100)	0,001
Incapacidade física	4 (22,2)	14 (77,8)	18 (100)	0,030
Incapacidade psicológica	7 (19,4)	29 (80,6)	36 (100)	<0,001
Incapacidade social	3 (20,0)	12 (80,0)	15 (100)	0,032
Limitação física	4 (26,7)	11 (73,3)	15 (100)	0,107
OHIP-14 prevalência	15 (23,4)	49 (76,6)	64 (100)	<0,001

Nota: Teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher quando o valor observado foi menor que 5%. Nível de significância $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

O maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi nos adultos usuários de serviços odontológicos públicos do que nos adultos de serviço privado, caracterizando mais os impactos negativos em quem utiliza o serviço público. No presente estudo o tipo de serviço odontológico caracterizou dois níveis socioeconômicos diferentes e que perceberam o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, embora de forma diferenciada. O impacto negativo também foi observado nos que tinham menor escolaridade, tinham ido ao dentista a mais de 4 anos, procuraram o serviço para urgência e consideraram a sua saúde bucal negativa.

Segundo Marmot (2005)¹⁸ as circunstâncias de pobreza e privação social afetam a saúde da população, sendo que observando os gradientes sociais, aqueles que se encontram na camada mais baixa (menor renda ou classe social) apresentam pelo menos duas vezes maior chance de adoecer ou morrer em relação aos que se encontram no topo das camadas sociais. No presente estudo, os gradientes de renda familiar observados nos grupos de utilização de serviço odontológico público e privado indicaram distribuição diferente entre eles, caracterizando assim dois grupos distintos com relação ao nível socioeconômico. Sendo assim, a utilização do tipo de serviço odontológico como marcador de nível socioeconômico, torna-se não apenas pertinente como também indicada para o presente estudo e futuros estudos.

Houve maior prevalência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida nos gradientes de renda mais baixos, observando que os adultos com maior renda apresentaram menos impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Como também nas figuras 3 e 4, observou-se maior impacto nos adultos que utilizaram o serviço odontológico público. Neste presente estudo, o tipo de serviço odontológico utilizado esteve associado à condição socioeconômica.

A utilização dos serviços é condicionada aos fatores socioeconômicos, ou seja, quem tem maior poder aquisitivo procura mais os serviços de saúde. No Brasil, Barros & Bertoldi (2002)¹⁹, com os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD) de 1998, observaram que o uso de serviços odontológicos de pobres é 3 vezes menos comparado aos mais ricos, sendo a proporção de atendimentos odontológicos pelo serviço público 16 vezes maior entre os pobres. Pinto et al., (2012)²⁰, também indicaram que a demanda dos serviços públicos na saúde eram de uma população socioeconomicamente desfavorecida e apresentavam maiores necessidades de tratamento. Os resultados do presente trabalho confirmaram que o acesso ao serviço público foi mais utilizado pelos indivíduos que se encontravam no nível socioeconômico baixo.

Outras variáveis além do poder aquisitivo (renda) foram descritos na literatura, assim como no trabalho de Machado et al., (2012)²¹, com adultos e idosos de áreas de vulnerabilidade social de Porto Alegre - RS, que verificaram que a prevalência do uso regular de serviços odontológicos foi maior entre os mais ricos, maior escolaridade e dentre aqueles que utilizaram o serviço privado de saúde. Assim como neste presente, os que procuravam o serviço privado tinham escolaridade maior que 12 anos de estudos, o que determinou um grupo diferente quanto aos impactos de saúde bucal percebidos. Peres et al., (2012)²², na pesquisa nacional VIGITEL de 2009, com adultos, confirmaram que os indivíduos de menor escolaridade apresentaram maior percentual de necessidades de tratamento odontológico não atendido e parecem que são os mais dependentes do serviço público. No presente estudo foram evidentes as diferenças significantes dos indivíduos do serviço público quanto aos procedimentos curativos autorelatados em relação aos indivíduos do serviço privado.

No nosso estudo a urgência foi percentualmente mais elevada nos adultos que utilizavam o serviço público além de apresentarem também o maior percentual de adultos que tinham dentes extraídos, o que demonstram a procura tardia aos procedimentos odontológicos. Brennan et al., (2008)⁸, em pesquisa nacional de saúde bucal em adultos na Austrália, compararam o padrão de atendimento odontológico nos serviços privados e públicos, observaram que o serviço público caracterizou com maior número de urgências, refletindo um alto percentual de exodontia e um percentual baixo de procedimentos de manutenção.

Nos Estados Unidos, adultos com menor renda, apresentavam maiores perdas dentárias, Bernabé & Marcenes, (2011)²³. Assim como, na Nova Zelândia, onde Lawrence et al., (2008)¹⁴ verificaram que no grupo de nível socioeconômico baixo apresentavam a saúde bucal pior quando avaliados com a prevalência da periodontite e perda dentária. Neto & Nadanovsky (2007)²⁴ encontraram que o estrato social mais baixo esteve associado fortemente com o alto risco de ter dentes extraídos. No presente estudo os adultos do nível socioeconômico baixo que autorelataram mais dentes perdidos, maior procura por urgência e

tratamentos curativos consideraram a autopercepção da saúde bucal como negativa.

Estas informações clínicas, mesmo provenientes da autopercepção, podem estar relacionadas também aos dados encontrados sobre os impactos da saúde bucal na autopercepção.

Matos et al., (2002)²⁵, com a população adulta de Bambuí – MG verificaram que aqueles que usaram os serviços do sindicato também receberam mais tratamentos restauradores e preventivos na última visita ao dentista do que os usuários de serviços públicos de saúde. Assim como o presente estudo, o grupo do nível socioeconômico baixo apresentou 94,7% dos procedimentos sendo curativos, enquanto no grupo de nível socioeconômico alto, o valor foi de 57,6%. Em Pelotas - RS, também com adultos, Camargo et al., (2009)²⁶, apresentaram que a utilização de forma regular de menor prevalência foi no SUS, e entre os serviços avaliados, o uso regular foi menor em usuários com piores indicadores sociais e com baixa escolaridade.

A avaliação da autopercepção em saúde bucal é importante, pois, dentre outros comportamentos, pode direcionar a procura ou não por prevenção e tratamento por parte desta população adulta. Paralelamente às condições socioeconômicas, a autopercepção pode influenciar a procura, principalmente pelo motivo de dor e função. Afonso-Souza et al., (2007)²⁷ verificaram em adultos no Rio de Janeiro, que os indivíduos com menor escolaridade, mais pobres, que tinham mais dentes perdidos e não visitavam o dentista como consulta de rotina relataram a saúde bucal como negativa.

Os dados do presente estudo revelam que os impactos negativos foram observados em todas as dimensões do *OHIP-14*, desde funcional, dor, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, física e social com exceção apenas da limitação física.

O impacto do *OHIP-14 gravidade* (total) dos adultos de nível socioeconômico baixo (NSE baixo) foi duas vezes maior do que o nível socioeconômico alto (NSE alto). Assim também, para o *OHIP-14 prevalência*

(frequentemente e sempre), o impacto foi 3,3 vezes maior para o NSE baixo em relação ao nível NSE alto, apresentando valores semelhantes ao estudo de Locker & Quiñonez (2009)⁹, no Canadá. Para Johansson et al., (2010)¹⁰ na Suécia, o OHIP *gravidade* (total) foi maior para aqueles que tinham menor escolaridade.

Outros estudos confirmaram também a associação da baixa renda com o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adultos como Sanders & Spencer (2004)², que avaliaram diferenças significativas na percepção da saúde bucal segundo as desigualdades sociais em adultos na Austrália. Em outra pesquisa dos mesmos autores com entrevistas realizadas por telefone, concluíram que na avaliação autopercebida da saúde bucal, os adultos pobres relataram a saúde bucal pior do que os mais favorecidos além de apresentarem menos controle sobre as circunstâncias da vida e perceberem mais estresse da vida diária (Sanders & Spencer 2005)²⁸. Neste estudo, o desconforto e a incapacidade psicológica foram as dimensões que apresentaram maior impacto negativo para os dois grupos de utilização de serviços odontológicos no OHIP *gravidade* (total).

Dahl et al., (2011)²⁹, em um estudo com adultos na Noruega, verificaram que as dimensões do *OHIP-14* mais frequentes foram a dor física (56%), desconforto psicológico (39%) e incapacidade psicológica (30%). Estas dimensões também foram encontradas com maior prevalência nos estudos de Lawrence et al., (2008)¹⁴ e de Silva et al., (2011)³⁰. Enquanto, em Londres, Daly et al., (2010)³¹, encontraram apenas a dor física com maior frequência em adultos moradores de rua. No presente trabalho, das 7 dimensões estudadas, a dor física foi a dimensão mais frequente para o grupo de nível socioeconômico alto e a limitação funcional para o baixo nível socioeconômico, sendo que foi seguido da incapacidade psicológica, o que pode estar caracterizando um impacto negativo tão forte quanto a dor física.

O *OHIP-14* *prevalência* parece ser mais sensível, por medir os impactos que ocorrem de forma “frequentemente” e “sempre” para todas as dimensões. No presente estudo a única dimensão que não caracterizou impactos diferentes entre os grupos foi na limitação física. No entanto, é importante ressaltar que esta

dimensão esteve presente em 10% dos usuários do nível socioeconômico baixo, tendo em vista, que este grupo é composto de trabalhadores que muitas vezes realizam atividades diárias com esforço físico. No Canadá, Locker & Quiñonez (2009)⁹, observaram que a dimensão limitação física foi a que teve menor impacto, assim como, o estudo de Batista (2010)³², no Brasil, com os adultos trabalhadores de uma empresa.

É possível que o *OHIP-14* não seja sensível para medir uma dimensão em que o indivíduo se torne totalmente incapaz de realizar alguma atividade diária e também que a saúde bucal não interfira tão negativamente ao ponto de limitar uma atividade física, assim, as duas medidas, o *OHIP-14 prevalência e gravidade* podem ser usados em conjunto para uma melhor interpretação de dados subjetivos como os relatos de impacto de saúde bucal na qualidade de vida (Tsakos et al., 2012)¹⁵.

Cabe ressaltar que a amostra foi de conveniência, com maioria de adultos do sexo feminino, e que esta amostra não corresponde aos percentuais reais das respectivas coberturas dos serviços odontológicos público x privado. Entretanto, esta amostra foi planejada para que se obtivessem dois grupos socioeconômicos distintos, sendo este o diferencial deste estudo, isto é, obtenção de dados da discussão sobre o impacto da saúde bucal na qualidade que pode caracterizar de duas populações pouco estudadas: adultos usuários que utilizam exclusivamente o serviço odontológico do Sistema Único da Saúde (SUS) e adultos que utilizam o serviço privado, estratégia esta que se caracterizou na presente pesquisa dois grupos evidentemente diferentes quanto a outras características de nível socioeconômico e autopercepção.

Pelos achados do presente estudo, o impacto negativo da saúde bucal foi maior nos adultos do nível socioeconômico baixo, nos aspectos funcionais, de dor, psicológicos e sociais.

REFERÊNCIAS

1. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:161-9.
2. Sander AE & Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2004;28(2):159-166.
3. Einarson S, Gerdin EW, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in a Swedish population. *Acta Odontol Scand*, 2009;67:85-93.
4. Crocombe LA, Brennan DS, Slade GD. The relationship between dental care and perceived oral health impacts. *Community Dental Health*. 2011;28:259-264.
5. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(2):397-406.
6. 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.
7. Slade GD & Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 1994;11:(1)3-11.
8. Brennan David S, Luzzi Liana, Roberts-Thomson Kaye F. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. *BMC Health Services Research* 2008, 8:1.

9. Locker D & Quiñonez C. Functional and Psychosocial Impacts of Oral Disorders in Canadian Adults: A National Population Survey. *JDCA* 2009; 75(7):521-521e.
10. Johansson V, Axtelius B, Soöderfeldt B, Sampogna F, Paulander J, Sundell K. Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38: 436–444.
11. McGraw & Beni R. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? *J Dent Res*. 2003;31:217-221.
12. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284-290.
13. Oliveira, BH & Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile—short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 307-314.
14. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent GM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-years old. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36:305-316.
15. Tsakos G, Allen P, Friberg, Steele JG, Locker D. Interpreting oral health-related quality of life data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012.;40(3):193-200.
16. Graciano MJG & Leffeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Revista Serviço Social & Saúde*. 2010 UNICAMP Campinas, IX (9): 157-186.

17. 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.
18. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;35:1099-1104.
19. Barros AJD & Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):709-717.
20. Pinto, RS, Matos DV, Filho AIL. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Cienc. Saúde Coletiva* 2012; 17(2):531-544.
21. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GA. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012;46(3):526-33.
22. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdade no acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito Telefônico (VIGITEL 2009). *Cad Saúde Pública*. 2012;28(supl):598-600).
23. Bernabé E. & Marcenes W. Income Inequality and tooth loss in the United States. *J Dent Res* 2011;90:724-729.
24. Neto JMS & Nadanosky P. Social inequality in tooth extraction in a Brazilian insured working population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(5):331-336.

25. Matos DL, Maria Fernanda Lima-Costa, Henrique L Guerra e Wagner Marcenes. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato Rev Saúde Pública 2002;36(2):237-43.
26. Camargo MB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. Cad Saúde Publica 2009;25(9):1894-906.
27. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. Community Dent Oral Epidemiol. 2007;35(5):393-400
28. Sanders AN & Spencer AJ. Why do poor adults rate their oral health poorly? Australian Dental Journal 2005; 50 (3): 161-167.
29. Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Öhrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. Acta Odontol Scand, 2011;69:208-214.
30. Silva EA, Torres LHN, Sousa MLR. Perda dentária e o impacto na qualidade de vida em adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde. Rev Odontol UNESP 2012;41(3):1-8.
31. Daly B, Newton T, Batchelor 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.
32. 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.

CONCLUSÃO

Os adultos dos níveis socioeconômicos baixos e altos relataram impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, os adultos do nível socioeconômico baixo apresentaram impacto em quase todas as dimensões do instrumento utilizado, especialmente nos aspectos funcionais. E os adultos do nível socioeconômico alto apresentaram este impacto negativo particularmente no aspecto da dor física.

A inclusão das duas medidas possibilitou a ampliação da avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos adultos.

Os autores ressaltam a necessidade de políticas públicas mais amplas para este segmento etário, no intuito de diminuir as desigualdades em saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS DA TESE*

1. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O Papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc & Saúde Coletiva* 2004;9(1):131- 138.
2. Andersen RM. Revisiting the behavioural model and access to medical care. Does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
3. Antunes JLF, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*.2010;44(2):360–5.
4. Baker SR. Applying Andersen`s behavioural model to oral health: what are the contextual factors shaping perceived oral health outcomes? *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37:485-494.
5. Barata RB – Desigualdades sociais no acesso a serviços odontológicos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):206-6.
6. Barros AJD & Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):709-717.
7. 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.
8. Bernabé E, Sheiham A, Sabbah W. Income, income inequality, dental caries and dental care levels: an ecological study in rich countries. *Caries Res* 2009;43-294-301.

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

9. Celeste RK, Fritzell, Nadanovsky P. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. *Cad Saúde Pública* 2011, 27(6):1111-1120.
10. Coelho, M.P, Cordeiro, MPP, Carvalho, CM, Araújo VE. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP. *UFES Rev Odontol* 2004;6(2):11-16.
11. Hjert A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M: Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:167–74.
12. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent GM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-years old. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36:305-316.
13. Locker D & Quinonez C. Functional and Psychosocial Impacts of oral disorders in Canadian adults; A national population survey. *J Can Dent Assoc.* 2009;75(1):521-521e.
14. Locker D. Deprivation and Oral Health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:161-9.
15. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005;35:1099-1104.
16. Matos DL, Maria Fernanda Lima-Costa, Henrique L Guerra e Wagner Marcenes. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):237-43.
17. Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century – implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:1-8.

18. Peres KG, Peres MA, Boing AF, Bertoldi AD, Bastos JL, Barros AJD. Redução das desigualdades sociais de serviços odontológicos no Brasil entre 1998 e 2008. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):250-8.
19. Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A, Watt RG. Social gradients in oral general health. *J Dent Res* 2007;86(10):992-996.
20. Sander AE & Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z Public Health* 2004;28(2):159-166.
21. Sanders AE & Spencer AJ. Why do poor adults rate their oral health poorly? *Australian Dental Journal* 2005; 50 (3): 161-167.
22. Seidl EMF & Zannon CMLC. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 (2):580-588.
23. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life *Bull World Health Organ* 2005, vol 83 n9 Genebra sept.
24. Silva EA, Torres LHN, Sousa MLR. Perda dentária e o impacto na qualidade de vida em adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Odontol UNESP* 2012;41(3):1-8.
25. Slade GD & Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 1994;11:(1)3-11.
26. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25(4):284-290.

27. Slade GD. Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations? *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40 (Suppl.2):39–43.
28. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.
29. Tsakos G, Allen P.F, Steele JG, Locker D. Interpreting oral health-related quality of life data. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012;40(3):193-200.
30. Vieira-da-Silva & Almeida-Filho, 2009. Equidade em saúde; uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública* 2009;25 (Supl 1): 3-23.
31. Wamala S, Merlo J, Boström G. Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:1027–1033.

APENDICE 1
Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um termo e um convite para participar, como voluntário, de pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, assine ao final. Não haverá qualquer problema caso você recuse. Em caso de dúvidas, quanto aos seus direitos, como voluntário de pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de São Paulo. Fone: (11) 3397-2464/Fax: 3397-2465.

Informações sobre a pesquisa:

Título do projeto: *Impacto da perda dentária na qualidade de vida dos adultos.*

Pesquisadora responsável: Edna Alves Silva

Orientadora: Prof. Dra. Maria da Luz Rosário de Sousa.

Telefone para contato: (11) 2591-1892; (11) 9878-9128.

O objetivo deste estudo é conhecer e avaliar o impacto da perda dentária e a percepção da qualidade de vida dos adultos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e adultos que utilizam o serviço privado, pais de alunos de uma escola privada na região sudeste de São Paulo - SP. O Adulto responderá uma entrevista de identificação, questionário de qualidade de vida traduzido e validado e nos adultos do serviço público será realizado também o exame clínico bucal pela própria pesquisadora, sendo a mesma cirurgiã-dentista. Estes exames serão realizados quando o adulto for ao atendimento odontológico na própria Unidade de Saúde. Não há métodos alternativos para coleta de dados, ou seja, as sessões não serão filmadas. Não serão divulgados dados individuais ou que permitam a identificação do sujeito. Pode-se supor que o procedimento de coleta de dados possa causar constrangimento ao participante, mas será garantido o sigilo de todas as informações pessoais obtidas e isto será informado e enfatizado ao paciente no momento da aceitação de participação na pesquisa. Os dados coletados serão divulgados em reuniões científicas e sem informações pessoais. Todos os dados de identificação do paciente serão mantidos em sigilo.

Não é possível prever qualquer tipo de risco, prejuízo ou desconforto que a pesquisa possa provocar ao paciente que participa da pesquisa. Os procedimentos e instrumentos não representam qualquer tipo de perigo ao paciente. Para os adultos que serão examinados, todos os instrumentais serão esterilizados e o profissional fará o uso de Equipamento de proteção individual (avental, luva, mascar e gorro) Também não há qualquer vantagem ou benefício direto ao paciente. Ainda, não há previsão de ressarcimento, pois não há previsão de custos para o voluntário.

Para qualquer esclarecimento o paciente poderá entrar em contato com a pesquisadora Edna Alves Silva Fone: (11) 9878-9128. e-mail: alvesedna@iq.com.br. A qualquer momento é garantido a recusa ou sua retirada da pesquisa sem que isso lhe cause qualquer dano ou perda. Assegura-se que cada voluntário receberá uma cópia deste termo de consentimento.

Eu,..... R.G.....

abaixo assinado, concordo em colaborar com a pesquisa intitulada "Impacto da perda dentária na qualidade de vida de adultos na região sudeste da cidade de São Paulo-SP. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora Edna Alves Silva sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me cause qualquer penalidade ou interrupção do tratamento.

_____ São Paulo, ____ de _____ de ____.

Assinatura Responsável

APENDICE 2

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\$466,00 a R\$930,00 C () de R\$931,00 a R\$1395,00
D () de R\$1396,00 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\$4651,00

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 () Urgência – dor () Urgência () Outros _____

Qual o procedimento realizado?

() Obturação/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

ANEXO 1

Questions and weights for the OHIP-14*

Dimension	Question	Weight
Functional Limitation	Have you had trouble <i>pronouncing any words</i> because of problems with your teeth,mouth or dentures?	0.51
	Have you felt that your <i>sense of taste</i> has worsened because of problems with your teeth,mouth or dentures?	0.49
Physical Pain	Have you had <i>painful aching</i> in your mouth?	0.34
	Have you found it <i>uncomfortable to eat any foods</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.66
Psychological discomfort	Have you been <i>self-conscious</i> because of your teeth or dentures?	0.45
	Have you <i>felt tense</i> because of problems with your teeth,mouth or dentures?	0.55
Physical disability	Has your <i>diet been unsatisfactory</i> because of problems with your teeth,mouth or dentures?	0.52
	Have you had to <i>interrupt meals</i> because of problems with your teeth,mouth or dentures?	0.48
Psychological disability	Have you found it <i>difficult to relax</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.60
	Have you been a bit <i>embarrassed</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.40
Social disability	Have you been a bit <i>irritable with other people</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.62
	Have you had <i>difficult doing your usual jobs</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.38
Handicap	Have you felt that life in general was <i>less satisfying</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0.59
	Have you been <i>totally unable to function</i> because of problems with your teeth, mouth or dentures?	0,41

*Responses are made on a 5-point scale, coded 0= never, 1=hardly ever, 2=ocasionally, 3=fairly often, 4= very often. Within each dimension, coded responses can be multiplied by weights to yield a subscale score.

Fonte: Slade GD, 1997.

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 (0)	Quase nunca (1)	Às vezes (2)	Frequentemente (3)	sempre (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 sido dores fortes em sua boca?					
	4. Tem sido 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?					

ANEXO 2



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

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.

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

O cronograma da pesquisa foi alterado e está adequado.

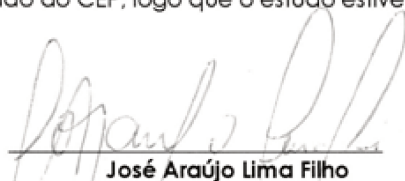
CAAE: 0017.0.162.167-10

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