



FÁBIO ANTÔNIO VILLA NOVA

**“ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO FAMILIAR, SAÚDE
BUCAL, QUALIDADE DE VIDA E VARIÁVEIS
SOCIOECONÔMICAS”**

PIRACICABA

2013



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

FÁBIO ANTÔNIO VILLA NOVA

**“ASSOCIAÇÃO ENTRE O RISCO FAMILIAR, SAÚDE
BUCAL, QUALIDADE DE VIDA E VARIÁVEIS
SOCIOECONÔMICAS”**

Orientadora: Gláucia Maria Bovi Ambrosano

Co-orientadora: Stela Márcia Pereira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
APRESENTADA A FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE
PIRACICABA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CAMPINAS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE
EM ODONTOLOGIA EM SAÚDE COLETIVA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA TESE
DEFENDIDA PELO ALUNO FÁBIO ANTONIO VILLA NOVA
E ORIENTADO PELA PROF^ª DR^ª GLÁUCIA MARIA BOVI AMBROSANO
Assinatura do Orientador

PIRACICABA

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
MARILENE GIRELLO – CRB8/6159 - BIBLIOTECA DA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA DA UNICAMP

V711a Villa Nova, Fábio Antônio, 1969-
Associação entre risco familiar, saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas / Fábio Antônio Villa Nova. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2013.

Orientador: Gláucia Maria Bovi Ambrosano.
Coorientador: Stela Márcia Pereira.
Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Epidemiologia. 2. Saúde coletiva. 3. Programa saúde da família. 4. Avaliação de riscos. I. Ambrosano, Gláucia Maria Bovi, 1960- II. Pereira, Stela Márcia. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para a Biblioteca Digital

Título em Inglês: Association amongst familial risk, oral health, quality of life and socio economic variables

Palavras-chave em Inglês:

Epidemiology

Public health

Family health program

Risk assessment

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Gláucia Maria Bovi Ambrosano [Orientador]

Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Elaine Pereira da Silva Tagliaferro

Data da defesa: 27-05-2013

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 27 de Maio de 2013, considerou o candidato FÁBIO ANTONIO VILLA NOVA aprovado.

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

Profa. Dra. GLAUCIA MARIA BOVI AMBROSANO

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

Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES

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

Profa. Dra. ELAINE PEREIRA DA SILVA TAGLIAFERRO

Dedico este trabalho à minha esposa Dulce pela compreensão, colaboração e apoio em todos os momentos.

Aos nossos filhos Helena e Klaus que tiveram que conviver com minhas ausências em uma fase muito importante de suas vidas.

AGRADECIMENTOS

Ao Magnífico Reitor da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP Profº Drº José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba na pessoa de seu diretor Profº Drº Jacks Jorge Jr. pela oportunidade de realizar o mestrado que me proporcionou um crescimento profissional e científico.

Ao Profº Drº Antonio Carlos Pereira, coordenador do curso do Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, pela confiança em me aceitar como aluno e pela contribuição durante a finalização deste trabalho.

À Profª Drª Gláucia Maria Bovi Ambrosano, minha orientadora, pela análise dos resultados, pela dedicação e orientação, sempre muito prestativa em tudo que necessitei.

À Profª Drª Stela Márcia Pereira, minha co-orientadora, pelas valiosas sugestões e correções para a construção deste trabalho.

Ao Profº Drº Marcelo de Castro Meneghim pelas contribuições na análise dos resultados.

À Fabiana Vasques, Karine Cortelazzi e Fernanda Salomão Duvra e Luciane Guerra, tutoras do curso.

Aos Membros da banca de qualificação Profº Drº Antonio Carlos Pereira, Profº Drº Marcelo de Castro Meneghim e Profº Drº Fábio Luiz Mialhe pela disponibilidade e pelas valiosas sugestões durante a qualificação.

À Profª Drª Silvia Helena de Carvalho Sales Peres e à Profª Drª Elaine Pereira da Silva Tagliaferro, pelo aceite e disponibilidade em fazer parte da banca de defesa e pelas valiosas sugestões neste trabalho.

A todos os professores que em algum momento tiveram participação, contribuindo com o conhecimento adquirido.

Ao G.:A.:D.:U.: que é Deus pela minha existência.

Aos meus pais Antonio e Terezinha pela minha criação, formação moral e profissional.

À minha esposa Dulce pela tradução do resumo e revisão final da dissertação.

À Secretaria Municipal de Saúde de Tatuí na pessoa da secretária de saúde Kátia Campos Abuchaim, pelos dias disponibilizados para a conclusão do curso.

A todos os colegas de turma pelo companheirismo, convivência, troca de informações e apoio em todos os momentos.

Aos Funcionários das Unidades de Saúde da Família Sol Nascente, 1º de Maio, Boa Esperança e Jardim Gonzaga que contribuíram durante a coleta de dados.

RESUMO

A saúde é modulada por fatores biológicos e sociais, por experiências anteriores e atuais. Uma unidade de saúde deve se organizar através das necessidades da população para que possa absorver a demanda pela procura dos serviços. O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação existente entre o risco familiar, saúde bucal, qualidade de vida e variáveis sócio econômicas. Neste estudo observacional, de caráter transversal, a amostra de conveniência foi composta por 311 indivíduos com idade entre 18 e 71 anos residentes na área de abrangência de quatro USFs, localizadas no interior do estado de São Paulo, os voluntários foram avaliados clinicamente (CPO-D e necessidade de tratamento), e entrevistados por meio de três questionários sendo um sobre auto percepção de saúde bucal (OHIP-14), outro sobre qualidade de vida (WHOQOL-BREF) e um sobre avaliação sócioeconômica. Os dados foram analisados por meio de modelo multinível formado por componentes fixos representados pelas variáveis estudadas e componentes aleatórios representados pelos bairros e pelas variâncias nos diferentes níveis. Na seleção das variáveis foi utilizado referencial teórico e análise de correlação para avaliar a multicolinearidade. A qualidade dos ajustes foi avaliada pela convergência do modelo, critérios de AIC, AICC e estatística -2 vezes o logaritmo da função de verossimilhança. A média de idade dos voluntários foi de 36,7 anos (dp=13), com CPO-D médio de 12,9 (dp=7,0). A média da escala de risco de Coelho entre os voluntários foi de 2,67 com erro padrão de 0,32. Observou-se que a variação entre os voluntários foi maior do que entre os bairros, sendo que a variação entre os bairros, quanto ao risco, não foi significativa em nenhum dos modelos. Apresentaram maior escore de risco total os indivíduos de maior idade ($p=0,0486$), que moram em casas com mais residentes ($p<0,001$), com menos anos de escolaridade ($p=0,0137$), que não possuem automóvel ($p=0,0048$) e com maior escore de OHIP-14 ($p=0,0130$). Conclui-se que a escala de risco familiar foi associada positivamente as variáveis sócio-econômicas e que os indivíduos com maior risco familiar percebem pior autopercepção da saúde bucal, entretanto, não percebem pior qualidade de vida geral.

PALAVRAS CHAVE: Epidemiologia, Saúde coletiva, Qualidade de vida, Programa saúde da família, Avaliação de risco

ABSTRACT

Health is adjusted according to social and biological factors, as well as to past and current experiences. Health Centers must be organized according to the population's needs so that they can meet the demand for services. This study aims to assess the relation amongst familial risk, oral health, quality of life and social economical variables. In this cross-sectional observational study, the convenience sample involved 311 individuals aging between 18 and 71 years old living nearby four Health Family Units in the interior of São Paulo state, the volunteers were clinically evaluated (CPO-D and treatment necessity), they were also interviewed through three questionnaires, one about oral health self perception (OHIP-14), another about quality of life and the last one about socioeconomic assessment . The data were analyzed by a multilevel model formed by fixed components represented by the studied variables and randomized components represented by the neighborhoods and the variances in the different levels. A theoretical reference and correlative analysis were used to assess the multicollinearity in the variable selection. The adjustment quality was evaluated by the model convergence, AIC, AICC criteria and statistics – twice the logarithm of the likelihood function. The volunteers' average age was 36.7 years old (SD=13), 12.9 average CPOD (SD=7.0). Coelho's risk scale average among the volunteers was 2.67, with a standard error of 0.32. The variation among the volunteers was higher than among the neighborhoods, while the risk variation among the neighborhoods was not significant in any of the models. The older individuals ($p=0.0486$) who live in houses with more residents ($p<0.001$), less educated ($p=0.0137$), who do not own a vehicle ($p=0.0048$) and higher OHIP-14 score ($p=0.0130$) have shown higher total risk score. It has been concluded that the familial risk scale was positively associated with the socio economical variables and the oral health self-perception and the individuals with higher familial risk observe worse oral health self perception. However, they do not observe worse general quality of life.

KEY WORDS Epidemiology, Public Health, Quality of Life, Family Health Program, Risk Assessment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- PSF – Programa Saúde da Família
- ESF – Equipe Saúde da Família
- SUS – Sistema Único de Saúde
- PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- VD – Visita domiciliar
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CD – Cirurgião Dentista
- ACD – Auxiliar de Consultório Dentário
- ASB – Auxiliar em Saúde Bucal
- THD – Técnico em Higiene Dental
- TSB – Técnico em Saúde Bucal
- USF – Unidade Saúde da Família
- SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica
- SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- OHIP – Oral Health Impact Profile
- OHIP-14 – Versão abreviada com 14 questões do OHIP original
- WHOQOL – Questionário sobre Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
- WHOQOL-BREF – Versão abreviada com 26 questões do WHOQOL original
- CPO-D – contagem de dentes permanentes cariados perdidos e obturados
- CEP-FOP – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1. Programa Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal	4
2.2. SIAB e a Ficha A	7
2.3. Grupos de Risco e Avaliação de Risco de Coelho	8
2.4. OHIP-14 (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE)	14
2.5. WHOQOL-BREF	18
2.6. Índice CPO-D	21
3. PROPOSIÇÃO	23
4. MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1. Aspectos éticos	24
4.2. Delineamento do estudo e amostra	24
4.3. Coleta dos dados e métodos utilizados	24
4.4. Critérios de inclusão e exclusão	25
4.5. Análise dos dados	25
5. RESULTADOS	27
6. DISCUSSÃO	33
7. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXOS	46
ANEXO 1 - CERTIFICADO DO CEP - FOP	46

ANEXO 2 - FICHA A (SIAB)	47
ANEXO 3 - DADOS GERAIS	49
ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	50
ANEXO 5 - ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)	52
ANEXO 6 - WHOQOL-BREF	54

1. INTRODUÇÃO

Novos conceitos de saúde e doença foram elaborados ao longo do tempo e maior entendimento biopsicosocial da doença foi ganhando espaço. O indivíduo passou a ser visto não de forma fragmentada, mas como um todo. A condição de saúde do indivíduo está relacionada às experiências subjetivas, às interpretações de saúde e doença, ao bem-estar e ao desempenho físico, social e psicológico. Destarte, o conceito qualidade de vida tem estado em evidência na área da saúde nos últimos 30 anos (Mesquita e Vieira, 2009).

A saúde é um processo dinâmico que conecta elementos biológicos e sociais que são afetados pelas experiências anteriores e pelas circunstâncias atuais. Portanto, a exposição a fatores de risco, em diferentes fases da vida das pessoas, pode diminuir ou aumentar a saúde do indivíduo. Durante a vida a saúde é determinada pela relações familiares, pelos níveis de privação social, fatores emocionais e comportamentais, bem como por riscos ocupacionais e estresse no trabalho. Os efeitos a longo prazo se combinam para influenciar os resultados da saúde ou doença (Nicolau e Marcenes, 2012).

O Informe Lalonde, documento oficial do Governo Canadense, publicado em 1974 por Marc Lalonde na época que foi Ministro da Saúde e Bem Estar do Canadá, é um dos marcos desta tendência. Este documento define o conceito de campo da saúde como constituído de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção à saúde. Tal definição está mais ajustada ao conhecimento construído no âmbito da epidemiologia de doenças não transmissíveis e apresenta uma orientação claramente preventiva (Lalonde, 1974).

De acordo com Paulo Nadanovsk “é admitido que certo nível de doença seja compatível com a qualidade de vida, e a doença é apenas uma das muitas ameaças à saúde” (Nadanovsk, 2000). Na promoção da saúde, o foco não é a doença, mas sim as estratégias necessárias para conquistar a saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas e, neste conceito, são levados em conta fatores ambientais, psicológicos, educação, bem-estar, autoestima, felicidade e saúde (Mesquita e Vieira, 2009).

Ante ao exposto, os determinantes sociais em saúde e suas relações com o processo saúde/doença, entre diferentes grupos populacionais, são de grande relevância para a Saúde Pública, embora tenham sido negligenciados tanto pelas políticas de saúde quanto pelas políticas de desenvolvimento da maioria dos países. Todavia, tão importante quanto reconhecer a importância dos determinantes sociais em saúde e diagnosticar sua situação por meio de uma lista de indicadores, é fundamental aplicar uma abordagem que reúna tais indicadores às dimensões econômica, social, ambiental, institucional e de saúde, tratando-os de forma integrada, para um monitoramento sistemático das mudanças das condições de vida e, conseqüentemente, da situação de saúde da população (Sobral e Freitas, 2010).

Ademais, ressalta-se que as desigualdades sociais podem levar a fatores de risco comuns a diversas doenças, incluindo as orais. Deste modo, a compreensão dos determinantes sociais em saúde fornece bases teóricas para uma maior integração das atividades de promoção de saúde bucal e geral (Watt, 2012).

As desigualdades em saúde bucal surgem a partir de uma complexa teia de determinantes, tais como, fatores sociais, comportamentais, econômicos, genéticos, ambientais e também relativos aos sistemas de saúde. A eliminação destas desigualdades não pode ser realizada em isolamento de saúde bucal da saúde geral, ou sem reconhecer que a saúde bucal é influenciada pelas variáveis individual, familiar, comunitário e níveis de sistemas de saúde (Garcia, Tabak, 2011).

A saúde bucal em todas as idades é pior nos grupos sociais menos favorecidos, contudo, há evidência de desigualdades em saúde bucal em países desenvolvidos, fenômeno denominado de polarização, o qual caracteriza-se pela concentração de elevados índices de doenças em pequenos grupos populacionais (Slade, 2012). Fatores psicológicos e vida social afetam a decisão individual de submeter-se a extração de um dente em detrimento ao tratamento conservador (De Marchi *et al.*, 2012). A perda de dentes, acumulativa e irreversível, tem o maior efeito sobre a qualidade da saúde bucal relatada pelas pessoas (Thomson, 2012). Por outro lado, a religiosidade sugere um efeito protetor sobre a experiência de cárie (Zini *et al.*, 2012).

Na odontologia os indicadores clínicos são muito utilizados para medir a prevalência das doenças, entretanto, apresentam como limitação o fato de não identificarem a ocorrência de sintomas percebidos pelas pessoas, como dor e desconforto, tão pouco informam o impacto da morbidade no bem estar individual. Não detectam também quais indivíduos doentes terão maior probabilidade de procurar atendimento, já que esta demanda é modulada por fatores econômicos, sociais e culturais. Assim os indicadores clínicos possuem valor limitado para o planejamento e avaliação de programas. Para suprir esta limitação foram desenvolvidos questionários que mensuram o grau que as doenças influenciam sobre a qualidade de vida dos indivíduos (Luiz, 2008).

Os indicadores subjetivos sobre saúde bucal surgiram à partir da necessidade de compreender os impactos da doença sobre a qualidade de vida das pessoas, e também para quantificar melhor o impacto dos sistemas de saúde nas populações. As revisões de estudos sobre qualidade de vida demonstram melhorias marcantes na saúde bucal subjetiva em pacientes que utilizam próteses apoiadas em implantes e também pior saúde bucal entre os grupos populacionais menos favorecidos. No entanto, mostram modestos benefícios proporcionados pela assistência odontológica e que os jovens adultos de hoje, que cresceram com a exposição generalizada dos programas preventivos, tem pior saúde bucal subjetiva que as gerações anteriores que experimentaram níveis sem precedentes de doenças orais (Slade, 2012).

Devido à complexidade dos determinantes em saúde bucal e sobre a percepção desta, novas ferramentas, que possam auxiliar a compreensão deste processo, bem como as desigualdades existentes, subsidiariam as ações dos serviços de saúde bucal, principalmente as de cunho preventivo, antecipando os desfechos e mantendo o foco na saúde. Portanto, o uso de uma classificação de risco familiar utilizando determinantes sociais em saúde, poderia ser de grande valia como instrumento de organização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família na identificação dos grupos mais vulneráveis às doenças, visto que as condições de saúde bucal, os indicadores socioeconômicos e a qualidade de vida podem ter influência no risco familiar.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Programa Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil em 1994, foi idealizado como porta de entrada do sistema de saúde, a fim de desenvolver ações na atenção básica de forma integral e com a resolução dos problemas de saúde da população, substituindo as práticas tradicionais, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde e proporcionando a extensão de cobertura e ampliação do acesso (Brasil, 1994). Tais mudanças tiveram início com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na constituição de 1988 que foi regulamentado posteriormente pelas leis 8.080 de 19 de Setembro e 8.142 de 28 de Dezembro, ambas publicadas em 1990, causando grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil.

A primeira etapa de sua implantação iniciou em 1991, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS teve bons resultados particularmente na redução da mortalidade infantil e introduziu os elementos centrais que compoariam o PSF e teve como objetivo reorientar o modelo assistencial por meio da atenção básica, em consonância com os princípios do SUS, imprimindo nova forma de atuação da equipe de saúde, com definição de uma área de atuação e a criação de um vínculo de responsabilidade para com as famílias adstritas a esta área (Palú, 2004).

O documento que define as bases do PSF destaca que, em oposição ao modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, prioriza as ações de proteção e promoção de saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. O envolvimento governamental em áreas prioritárias como educação, saneamento, alimentação, renda, moradia e segurança, torna-se fundamental para a construção do novo processo assistencial, possibilitando a adesão e mobilização das forças sociais e políticas em torno de suas diretrizes. Configura também, uma nova concepção de trabalho, com capacidade de formar vínculos e propor alianças, permitindo maior diversidade de ações e a busca permanente do fortalecimento sistema-usuário (Baldani *et al.*, 2005).

Com a definitiva implantação do Programa, as normas operacionais passaram a definir que a visita domiciliar (VD) deveria ser feita por médico e enfermeiro em cada domicílio chegando-se a estipular pelo menos uma por ano e pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) uma vez ao mês, privilegiando a prevenção e busca ativa da população. Estava instituída uma das bases do tripé de ferramentas (visita domiciliar/ acolhimento /abordagem familiar) que, juntamente com sua inserção social privilegiada, diferenciam o médico de família (Coelho, 2003).

O Programa de Saúde da Família tem sido considerado como implementador do acesso ao sistema de saúde e a visão sobre o programa vem mudando com o passar do tempo, desde crítica a seu caráter focalizado até sua consideração como ação afirmativa. Mudanças no financiamento e no planejamento do sistema aproximaram os municípios e envolveram novos atores no processo, trazendo maior acesso à atenção básica, embora sem influenciar os outros níveis do sistema. Para que o Programa de Saúde da Família assumira caráter de estratégia de inclusão de segmentos populacionais que não tem acesso aos serviços de saúde, ele deverá realizar-se por meio de sua incorporação a uma política maior, que garanta suporte social, direitos universais e efetiva implementação da política de saúde (Sissom, 2007).

Desde a implantação do programa em 1994, os agentes comunitários de saúde já vinham desenvolvendo ações de promoção de saúde bucal e de prevenção das doenças bucais mais prevalentes no seu território de atuação (Brasil, 2002).

No entanto, a inserção da odontologia no PSF só aconteceu em 2000, quando o Ministério da Saúde, diante da necessidade de ampliar a atenção em saúde bucal para a população brasileira estabeleceu incentivos financeiros para a formação de equipes compostas por cirurgiões-dentistas (CDs), atendentes de consultório dentário (ACDs), hoje denominada auxiliar de saúde bucal (ASB), e técnicos de higiene dental (THDs), também renomeada técnico em saúde bucal (TSB). Ocorreu também uma mudança no modelo odontológico anterior, centrado no alívio da dor e no trabalho dentro das quatro paredes do consultório, pois o PSF tem como base o domicílio, a família, deixando de lado os limites físicos, que eram a justificativa para a não efetivação do acesso. É certo que os serviços de

saúde são importantes para a saúde bucal da coletividade. No entanto, a predominância do enfoque assistencial deve ser questionada. São necessárias mudanças nas formas tradicionais de avaliação do trabalho desenvolvido pelo cirurgião dentista, que utilizam habitualmente indicadores relacionados a aspectos curativos, redirecionando esforços para a avaliação de atividades preventivas e promocionais (Cericato et al, 2007).

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000, que estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família, as ações de saúde bucal foram definitivamente incluídas na estratégia do PSF (Brasil, 2000). Tal instrumento foi regulamentado pela Portaria GM/MS nº 267, de 6 de março de 2001, que aprova as normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do PSF, por meio do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. As equipes de saúde bucal teriam que atuar mais próximas da realidade, identificando fatores de risco e as famílias expostas a situações de risco, priorizando as demandas assistenciais e preventivas e levando ações de saúde bucal diretamente às comunidades (Brasil, 2001) (Brasil, 2002).

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, importante tanto na mudança do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançada por meio da adscrição de clientela e aproximação da realidade sócio-cultural da população e da postura pró-ativa desenvolvida pela equipe. Para o planejamento das atividades de Saúde Bucal na Atenção Básica é necessário destacar a importância da utilização da epidemiologia. Com ela pode-se conhecer o perfil da distribuição das principais doenças bucais, monitorar riscos e tendências, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos para os programas e indicar novos caminhos. Para subsidiar o planejamento com dados da realidade populacional recomenda-se a realização de levantamentos epidemiológicos, levantamento de necessidades imediatas e a avaliação de risco. Esse processo, no entanto, precisa ser acompanhado utilizando um sistema de informação que disponibilize os dados, produzindo informações consistentes, capazes de gerar novas ações. A rotina de trabalho das Equipes Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população, bem como da dinâmica familiar e

social, que se constituem em subsídios valiosos ao planejamento, ao acompanhamento de ações e à avaliação (Brasil, 2006).

Os motivos de atendimento nas Unidades de Saúde da Família são diversos. Entretanto, é importante diagnosticar as principais necessidades da população para que o sistema de atenção básica à saúde possa se reorganizar, no sentido de solucionar os problemas mais prevalentes na população. Neste contexto, torna-se estratégico para a organização da Atenção Primária à Saúde o aperfeiçoamento de programas assistenciais neste nível, principalmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio do conhecimento do perfil da demanda que procura a rede instalada de uma Unidade de Saúde da Família. Em um estudo realizado em Fortaleza em uma USF com o objetivo de realizar um perfil dos usuários da unidade bem como descrever os sinais e sintomas das doenças e os principais motivos da procura pela unidade de saúde identificou uma maior prevalência de mulheres (72,2%) e pessoas com idade acima de 40 anos (54,5%) nessa USF. O motivo mais comum de atendimento na unidade foi a hipertensão arterial sistêmica, com prevalência de 15,2%. Em relação aos sintomas mais frequentes, a lombalgia ficou em primeiro lugar, com 13,8%, e a cefaleia em segundo, com 6,9%. Apenas 1,6% dos usuários procuraram a Unidade para pedir encaminhamentos a serviços especializados (Pimentel *et al.*, 2011).

2.2. SIAB e a Ficha A

A partir da publicação da Portaria GM 648 de 28 de março de 2006 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, foi necessário concretizar o processo de integração do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES). As novas regras para gestão da Estratégia Saúde da Família passaram a exigir um maior grau de consistência e segurança no cadastramento das informações, além de mais agilidade no seu processamento. O SIAB é um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família. As informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família e pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde (Brasil, 2009).

Dentre os instrumentos para alimentar os dados do SIAB temo-se a ficha A. Esta ficha do SIAB é preenchida nas primeiras visitas que o Agente Comunitário de Saúde faz às famílias de sua comunidade. Deve ser preenchida uma ficha por família. As informações recolhidas, tais como, identificação da família, cadastro de todos os seus membros, situação de moradia, doenças crônicas, escolaridade e ocupação, permitem à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas da sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções. Todos os dados desta ficha devem ser atualizados sempre que houver alteração. O ACS deve estar atento para registrar, todo mês, a ocorrência de nascimentos, mortes e mudanças na atividade profissional dos membros da família e as condições de moradia e saneamento (Brasil, 1998).

2.3. Grupos de Risco e Avaliação de Risco de Coelho

O uso do termo fator de risco na literatura pode ser bastante vago. Risco é a probabilidade que um evento irá ocorrer. Na epidemiologia, risco é a probabilidade de que um determinado evento ocorrer em um determinado período de tempo, e isto leva em conta os determinantes sociais da saúde e da população, para fins de saúde pública é importante a identificação das áreas de privação social. A focalização geográfica leva a abordagens de prevenção e promoção em saúde visando toda à população. Depois de anos quantificando os fatores de risco biológico, os pesquisadores têm consciência de que há mais na doença do que apenas a biologia é capaz de explicar. Um sólido corpo de evidências existe para mostrar que as dimensões social, psicológica e até espiritual dos indivíduos afetam a saúde e a doença e devem ser levados em conta juntamente com os fatores biológicos e hereditários. Os determinantes sociais que têm sido investigados incluem fatores como a qualidade da moradia, disponibilidade de transportes públicos, os índices de criminalidade, iluminação pública, acesso a parques e espaços abertos, e o grau de coesão social e apoio emocional que vem com as relações pessoais. As desvantagens sociais e ambientais podem influenciar diretamente as condições de saúde (Burt, 2005).

As doenças bucais podem ser a causa preponderante direta das perdas dos dentes e os fatores sociais podem desempenhar um papel significativo, não só no desenvolvimento e progressão destas doenças, mas também na decisão de extrair um dente, mesmo quando

parece que, clinicamente, existem opções melhores. Baixa renda e escolaridade são fatores de risco para a perda de dentes. Em um estudo realizado em uma empresa brasileira constatou-se que as classes sociais mais baixas estiveram fortemente associadas com risco aumentado de ter dentes extraídos (Silveira Neto e Nadanovski, 2007).

A pobreza tem um impacto importante sobre as tendências globais na esperança de vida ao nascer, portanto, a expectativa de vida é maior entre os países de alta renda do que na maioria dos países com baixa renda. As desigualdades em saúde bucal também devem levar em conta a mudança epidemiológica em todo o mundo. As intervenções em saúde pública que visem eliminar as desigualdades em saúde também devem levar em conta o perfil epidemiológico e sócio-demográfico que são únicos dentro de uma determinada comunidade. O risco individual e a suscetibilidade a doenças bucais não podem mais ser entendidos isoladamente, mas como parte de um complexo conjunto de influências que incluem o indivíduo, a família, a comunidade ou as características da vizinhança, e os sistemas de saúde. Este amplo quadro conceitual da saúde bucal facilita a interação com outros profissionais de saúde e com outros setores, incluindo educação e serviços sociais (Garcia e Tabak, 2011).

Os determinantes sociais tem relação com os elementos estruturantes da estratificação social que condicionam as posições ou estratos sociais ocupados pelos indivíduos e grupos sociais que compartilham características de inserção econômica (ocupação), prestígio social (escolaridade) e poder ou riqueza (renda), relações de gênero, entre outros. Esses elementos, que definem as posições ou estratos sociais, influenciam os diferenciais de exposição e vulnerabilidade aos riscos de danos à saúde na forma de doenças ou acidentes, bem como das consequências sociais e o estado de saúde (Sobral e Freitas, 2010).

Existem poucos estudos que detectam semelhanças nos determinantes de saúde bucal e geral nos mesmos indivíduos. Em um estudo utilizando dados do Departamento de Saúde Humana dos Estados Unidos no qual os dados foram coletados entre 1988 a 1994 em indivíduos maiores de 17 anos, mostrou que existe associação entre renda, educação e na percepção de saúde geral e bucal nos mesmos indivíduos em uma amostra nacionalmente

representativa de adultos americanos. Em cada nível mais baixo de renda e educação, os indivíduos apresentaram pior saúde bucal e geral. As diferenças de saúde nos grupos de menor renda e educação foram significativas para a maioria dos resultados das análises binárias e ajustado. O estudo encontrou semelhanças entre os determinantes sociais em saúde bucal e saúde geral para as mesmas pessoas, além disso, houve semelhança tanto nos resultados subjetivos como clínicos (Sabbah *et al.*, 2007).

Em um estudo com o objetivo de avaliar o impacto funcional e psicossocial de lesões dentárias, os dados clínicos foram coletados em uma amostra aleatória de crianças que faziam tratamento na Faculdade de Odontologia da Universidade de Toronto, estes dados mediam a experiência de cárie, necessidades de tratamento, trauma dental, fluorose e má oclusão. Os pais destas crianças receberam um questionário sobre as características pessoais e familiares da criança. Análises bivariada e multivariada foram realizadas para determinar se houve disparidades na qualidade de saúde de acordo com a renda familiar. Neste estudo as análises sugeriram que os transtornos orais tiveram pouco impacto sobre a qualidade de saúde da vida das crianças de renda mais alta, mas um forte impacto sobre as crianças de baixa renda (Locker, 2007).

Os profissionais de saúde devem apresentar capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde, além da capacidade técnica, devem agregar a capacidade de negociação para a prática intersetorial e capacidade de fornecer evidências cientificamente embasadas para auxiliar a tarefa regulatória no campo da saúde. No entanto, sabe-se que, ainda hoje, um grande problema da ESF, ainda em construção no Brasil, se refere à demanda desordenada, que continua suprimindo a demanda organizada dentro das Unidades de Saúde da Família. Torna-se evidente a necessidade de um instrumento que possibilite priorizar as visitas domiciliares enquanto ação indispensável dentro do processo de trabalho das equipes multiprofissionais inseridas nas USF (Nascimento *et al.*, 2010).

Entretanto, desde a implantação do ESF estabeleceu-se um dilema o número de famílias muitas vezes excedia os próprios parâmetros nacionais, então o dilema passou a ser quem visitar primeiro? Seria possível privilegiar as famílias de maior risco sem perder a

qualidade da atenção as famílias de menor risco? Ou, por outro lado ao realizar cobertura de todas ou a maioria das famílias, estaríamos desprivilegiando as de maior necessidade? (Coelho, 2003).

Neste sentido, é princípio fundamental do SUS a equidade, o que na prática significa tratar diferentemente os desiguais. E, com isto, há que se determinar uma maneira de diferenciar tais famílias. Com o intuito de estabelecer prioridades no atendimento domiciliar e na atenção a população adscrita, foi elaborada uma escala de risco familiar aproveitando os dados colhidos na Ficha A do SIAB, com a finalidade de estabelecer prioridades na visita domiciliar. A “Escala de Coelho” é uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica na vida de cada família, bem como dos agravos à saúde que tais famílias estão expostas, reconhecendo assim suas reais necessidades. Para elaboração desta escala, elegem-se sentinelas para avaliação das situações a que as famílias possam estar expostas no dia a dia, e a partir disso realiza-se a pontuação de risco familiar. Com a aplicação da escala em todas as famílias, a equipe passa a ter maior compreensão sobre a relação entre os determinantes de saúde e as situações vividas por elas. Além disso, a escala oferece subsídios para a equipe destinar tempo e metodologias de intervenções diferenciadas, conforme os riscos apresentados pelas famílias de seu território de abrangência, buscando ter uma agenda de prioridades de acordo com o princípio da equidade (Coelho, 2003).

Segundo Coelho (2003), a escolha da Ficha A do SIAB resulta de sua objetividade em apresentar os dados fundamentais para se estabelecer um corte dinâmico da população que se pretende abordar. Sua utilização representa a incorporação de um instrumento básico cotidiano no planejamento das ações e na pesquisa científica. Então elegem-se informações da Ficha A como sentinelas para avaliação da situação a que as famílias possam estar expostas no dia-a-dia, e a partir daí realiza-se a pontuação do risco familiar (Coelho, 2003).

Dados da Ficha A		Escore
Acamado		3
Deficiência Física		3
Deficiência mental		3
Baixas condições de saneamento		3
Desnutrição (Grave)		3
Drogadição		2
Desemprego		2
Analfabetismo		1
Menor de seis meses		1
Maior de 70 anos		1
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Diabetes Mellitus		1
Relação Morador/cômodo	Se maior que 1	3
	Se igual a 1	2
	Se menor que 1	0

A partir da pontuação das sentinelas estabelece através da soma dos escores o Escore total. A classificação de risco, que varia de R1 (risco menor) a R3 (risco máximo), conforme segue:

Escore 5 ou 6 = (R1)

Escore 7 ou 8 = (R2)

Igual ou maior que 9 = (R3)

Assim, durante a visita domiciliar a uma residência com idosos a equipe deve ter uma atenção para avaliar as necessidades, sejam estas relacionadas ao idoso, sua família e seu ambiente, realizando um gerenciamento efetivo da saúde deste indivíduo, visando à identificação dos agravos através da intervenção precoce sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e capacidade funcional do idoso, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível (Duarte, 200).

Vale salientar que, com relação às condições de saneamento e relação morador/cômodo, há evidências científicas referentes à habitação do ponto de vista ambiental como determinante da saúde. A habitação constitui um espaço de construção de saúde e consolidação de seu desenvolvimento em uma local saudável no qual o ponto

central está na preocupação com o processo gradual de melhoria da qualidade de vida. A família tem seu assento na habitação e, com isso sua casa é o espaço essencial, o veículo de construção e desenvolvimento da saúde da família (Cohen, 2004).

Num estudo com 1668 famílias onde aplicou a escala de Coelho, observou-se que ela é uma ferramenta de avaliação e acompanhamento da realidade social e econômica no contexto de vida de cada família, reconhecendo as reais necessidades de saúde no contexto da ESF, identificando, não apenas as famílias que estariam sob risco e que precisam de uma maior atenção por parte dos serviços, mas uma forma de identificá-las e trabalhar com a prevenção e a promoção da saúde, possibilitando aos profissionais de nível superior, além de auxiliarem os ACS em seus trabalhos com as famílias de risco, possibilitar a organização e a realização de VD às famílias prioritárias. Entretanto, neste mesmo estudo, observou-se alguns pontos negativos da escala. Sugeriu-se a inclusão de “Doenças crônicas”, pois algumas famílias não haviam sido classificadas na Escala de Coelho mesmo que apresentassem integrantes com outras doenças crônicas não transmissíveis como câncer ou cirrose, não sendo consideradas de risco pela escala. A sentinela “Baixas condições de saneamento” deveria englobar também as “baixas condições de higiene”. Pacientes que se apresentam isolados socialmente por depressão ou outras patologias que já fazem parte do cotidiano das comunidades e que causam algum tipo de isolamento, poderiam ser adicionadas à sentinela “Deficiência Mental”, sendo esta substituída por “Isolamento Social/ Deficiência Mental”. “Drogadição” deveria ser denominada “Uso de drogas lícitas e ilícitas” incluindo também o uso de tabaco. Também sugeriu a inclusão de “Violência familiar” e a substituição de “Maior de 70” por “maior de 60” (Costa, 2009).

Nascimento *et al.*, (2010) propõem mudanças e adaptações dos instrumentos de avaliação de risco de acordo com a realidade de cada serviço e da comunidade adstrita à unidade de saúde, pois, mais do que identificar uma família como sendo de risco 1 ou 3, é saber determinar os fatores inter-relacionados ao contexto de vida de cada indivíduo, buscando a origem dos determinantes dos processos saúde-doença, o estudo dos fatores relacionados ao modo de vida de cada família, tendo sempre a ideia de que as

desigualdades e iniquidades envolvem aspectos que estão muito além das portas ou janelas dos domicílios (Nascimento *et al.*, 2010).

2.4. OHIP-14 (ORAL HEALTH IMPACT PROFILE)

As definições de saúde mais recentes, incluem os aspectos clínicos e também os subjetivos. Em saúde bucal, as medidas clínicas são obtidas na população com relativa facilidade, diferente das medidas subjetivas, que necessitam de questionários específicos. Seria desejável que as medidas de avaliação de saúde bucal incorporassem dimensões clínicas, sociais e psicológicas. A doença, em um nível orgânico pode ser compreendida como estados que implicam desordem orgânica ou psicológica, muitas vezes ambas estão associadas. As limitações funcionais associadas à doença devem corresponder um estado subjetivo de consciência psicológica, no nível social, a referência utilizada seria o estado de limitação social. Idealmente todos estes aspectos deveriam estar incorporados a um sistema para avaliar os resultados de saúde (Antunes e Peres, 2006).

Os indicadores de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, também são conhecidos como indicadores sócio dentais, são avaliados por meio de questionários que contemplam as várias dimensões de saúde bucal percebida. O objetivo desses instrumentos é detectar o impacto que os tecidos moles, os dentes ou a falta destes tem na qualidade de vida das pessoas. Os indicadores sócio-dentais são uma forma de medir a dimensão social e psicológica da saúde bucal em que as desordens bucais atrapalham o funcionamento social normal e provocam grandes mudanças em comportamentos, tais como, dificuldade ou impossibilidade de trabalhar ou ir à escola, ou cumprir as tarefas da casa. Dentre os indicadores sócio-dentais, o mais difundido na área odontológica por ser apoiado em sólida base conceitual e empírica, ter propriedades psicométricas conhecidas e ser de fácil aplicação é o OHIP (Luiz, 2008).

Estudos utilizando o OHIP antes e após os tratamentos restauradores, protéticos e ortodônticos demonstram que o impacto na percepção de saúde bucal é melhor após tratamento odontológico (Reissmann *et al.*, 2012; Yu *et al.*, 2012; Viola *et al.*, 2012, Navabi *et al.*, 2012).

O OHIP foi desenvolvido na Austrália por Slade e Spencer em 1993, e é um indicador subjetivo que fornece uma medida abrangente das disfunções, desconforto e incapacidade autoavaliada atribuída à condição bucal, complementando os indicadores tradicionais de epidemiologia bucal e, desse modo, fornecendo informações da percepção sobre o impacto dos problemas bucais da população e da eficácia dos serviços de saúde em reduzir esse mesmo impacto. O OHIP trabalha com sete dimensões do impacto: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência para a realização de atividades cotidianas. As respostas são dadas na escala tipo Likert (0-Nunca, 1-Raramente, 2-Às vezes, 3-Freqüentemente e 4-Sempre), e quanto maior pontuação alcançada, maior o impacto negativo da dimensão na qualidade de vida. O OHIP, em sua versão original apresenta um questionário composto de 49 itens. Esse instrumento é considerado um confiável indicador subjetivo que revela a expectativa do indivíduo em relação a sua saúde bucal, tendo como objetivo capturar a percepção do indivíduo sobre as doenças bucais associadas à qualidade de vida (Slade,1994).

Com o objetivo de testar a validade em português do OHIP, o questionário foi aplicado em uma amostra 60 de brasileiros com mais de 60 anos, o estudo apresentou resultados semelhantes aos da literatura internacional, demonstrando ser um parâmetro reprodutível e válido para avaliar impactos das condições bucais na qualidade de vida de brasileiros (Pires *et al.*, 2006).

Em 1997 Slade elaborou e validou um questionário com 14 questões que avaliam as condições de saúde bucal percebidas pelos respondentes, sobre sua qualidade de vida baseadas nas sete questões do OHIP original cada uma contendo dois itens, este instrumento foi denominado “Oral Health Impact Profile – Short Form (OHIP-14)”. Slade concluiu que das quatorze questões do OHIP-14 foram efetivas em determinar as mesmas associações com fatores clínicos e sócio-demográficos que foram observados utilizando as quarenta e nove questões, o que possibilitou o uso confiável do modelo reduzido (Slade, 1997).

A versão brasileira do OHIP-14 foi avaliada em 2005. Para isso, realizou-se um estudo transversal para medir o impacto da dor de dentes na qualidade de vida durante a gestação. A amostra estudada foi de 504 mulheres de baixo nível de renda. A confiabilidade foi avaliada em termos de consistência interna e estabilidade. A confiabilidade foi avaliada com base na comparação dos escores totais de acordo com a autopercepção e necessidade de tratamento e entre autopercepção e estado da saúde bucal. Com base nos resultados desse estudo, os autores concluíram que a versão brasileira do OHIP-14 tem boas propriedades psicométricas, compatíveis com aquelas do instrumento original (Oliveira e Nadanovsk, 2005).

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi diferente em relação às condições sócio econômicas segundo Bastos, em estudo com adolescentes de 15 à 19 anos em Bauru quanto menor a classe econômica maior o impacto (Bastos, 2009).

A fim de avaliar a percepção das pessoas sobre o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, com as seguintes variáveis: faixa etária, condições socioeconômicas, escolaridade, situação da dentição, utilização de serviços odontológicos e hábitos de higiene oral, foi utilizado o indicador subjetivo (OHIP-14). Foram analisados 653 questionários, os resultados mostraram que idosos percebem e registram maior limitação funcional e mais dor e que jovens desdentados percebem e registram maior limitação funcional e incapacidade física do que dentados. Pessoas que precisam de próteses bucais sentem o impacto dessa situação na qualidade de vida. Melhor saúde bucal está associada a melhores condições econômicas, maior escolaridade, à procura por serviços odontológicos pagos para prevenção ou rotina e uso regular de instrumentos de higiene dental (Mesquita e Vieira, 2009).

Um estudo realizado em Londres com desabrigados avaliou as condições de saúde bucal de 102 pessoas. A necessidade de tratamento em função de cárie dentária estava presente em 76% da amostra, 80 % necessitavam de tratamento periodontal ou profilático e 38% necessitando de algum tratamento protético. Os voluntários responderam também o questionário de autopercepção em saúde bucal OHIP-14. Não houve associação entre o estado clínico e maiores escores do OHIP-14, entretanto as pessoas desabrigadas

experimentaram maiores impactos sobre sua saúde oral quando comparado com a população adulta do Reino Unido que tinham melhores condições de saúde bucal que os desabrigados (Daly *et al.*, 2010).

Bortoli *et al.*, (2003) avaliaram trinta e oito adultos, com idade variando entre 46 e 73 anos, pertencentes ao Grupo de Educação Continuada para a Terceira Idade da UEPG-PR. Um dos objetivos deste estudo foi avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida utilizando o OHIP-14 com as condições clínicas de saúde bucal. Para a identificação das condições dentais foi utilizado o índice CPO-D. Neste estudo não houve correlação significativa entre o índice CPO-D e o OHIP-14. Apesar de as condições de saúde bucal apresentarem-se insatisfatórias, evidenciadas pelos dados clínicos com CPO-D alto, a percepção da condição bucal e a importância dada a ela é que condicionam o comportamento do indivíduo. Na maioria das vezes a razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico é a não percepção de suas necessidades. Quando as pessoas percebem sua condição bucal, o fazem com uma certa precisão, entretanto, usando critérios diferentes dos do profissional. Enquanto o cirurgião dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença. (Bortoli *et al.*, 2003).

Avaliando 238 agentes comunitário de saúde com idades entre 19 e 60 anos com o objetivo de medir o impacto das condições bucais na qualidade de vida utilizando o indicador OHIP-14 não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres com relação às diferentes dimensões medidas. Em relação à faixa etária, também não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes. Indivíduos com menor grau de escolaridade apresentaram mais impacto produzido por problemas bucais na dimensão incapacidade psicológica ($p = 0,036$), sendo a chance de impacto 2,20 vezes maior para indivíduos com até o ensino médio incompleto (Bombarda-Nunes *et al.*, 2008). Resultado semelhante foi relatado por Silva em 2002, no qual analfabetos ou pessoas com ensino fundamental incompleto reportaram maiores impactos dos problemas bucais sobre a qualidade de vida.

2.5. WHOQOL-BREF

O WHOQOL é um instrumento da OMS de avaliação da qualidade de vida. Qualidade de vida foi entendida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Saúde já foi definida em 1946 pela própria OMS com sendo “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”, este é apenas um dos conceitos sobre definição de saúde (Pedroso *et al.*, 2009).

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson em 1964 ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas." O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. A oncologia foi a especialidade que mais se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes, pois estes tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos. Muitas vezes, na busca de acrescentar "anos à vida" era deixado de lado a necessidade de acrescentar "vida aos anos". Qualidade de vida relacionada à saúde e ao estado subjetivo de saúde são conceitos centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. O termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde (Desenvolvimento do WHOQOL. Grupo WHOQOL, acesso em 10/02/2011).

As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert de cinco pontos, na qual a pontuação pode variar de 1 a 5, com uma escala de

intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom), além de duas questões sobre qualidade de vida geral calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos escores dos domínios, denominada overall ou "qualidade de vida geral" (Michelone, 2004).

O WHOQOL-BREF é composto por 26 itens que representam as facetas, as quais, por sua vez, referem-se a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os domínios físicos e psicológicos incluíram, respectivamente, os domínios nível de independência e espiritualidade da versão completa original. Os domínios são constituídos pelas mesmas 24 facetas do formato original, avaliadas por questões únicas, além de duas perguntas de avaliação geral sobre qualidade de vida (Michelone, 2004).

O WHOQOL-BREF surge a partir do desenvolvimento na qualidade de vida e saúde, é um instrumento multilingue para avaliação subjetiva e é projetado para usar como um perfil multi-dimensional, de modo a permitir vasta gama de doenças e condições a serem comparadas. A metodologia foi criada dentro do projeto pelo qual centros internacionais trabalharam simultaneamente a partir de um protocolo comum internacional e consenso obtido em cada fase para guiar a direção da pesquisa. O WHOQOL-BREF tem vários pontos fortes, ele é baseado em um conceito culturalmente sensível e está disponível na maioria dos principais idiomas do mundo; portanto, é apropriado para uso em pesquisa colaborativa multinacional. É constituída por itens sobre qualidade de vida que estão preocupados com o significado de diferente aspectos da vida para os entrevistados, e quão satisfatória ou problemático é a sua experiência. Além disso, o WHOQOL-BREF pode gerar um perfil de quatro contagens de domínio dentro de um item relativamente pequeno. Isto tem implicações para sua utilização em pesquisas que envolvem uma variedade de intervenções, bem como para aplicações em muitas áreas (Skevington *et al.*, 2004).

Fleck *et al.*, (2000) testou a validade do WHOQOL-BREF em um grupo de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre e concluiu que o instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade

concorrente e fidedignidade teste-reteste. O WHOQOL-BREF alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usado em estudos que se propõe a avaliar a qualidade de vida no Brasil (Fleck *et al.*, 2000).

A validade da versão brasileira do WHOQOL-BREF foi testada em várias áreas no ramo da saúde e com diversos tipos de pacientes. Em 2009 foi realizado um trabalho com um grupo de pacientes deprimidos, sendo verificada a sua utilidade (Rocha e Fleck, 2009).

Outro trabalho também em 2009 foi realizado com 35 vítimas de trauma do setor de emergência do Hospital Universitário de Ribeirão Preto. Após seis meses de alta hospitalar, verificou associação positiva da qualidade de vida com a idade ($p < 0,01$) e sexo ($p = 0,03$) e que os pacientes apresentaram diminuição nos escores de qualidade de vida quando comparados com a população em geral (Alves, *et al.*, 2009).

Chepp, (2006), realizou um estudo transversal, observacional, censitário, envolvendo toda a população com idade igual ou acima de 80 anos totalizando uma amostra de 135 indivíduos do município de Siderópolis-SC, no qual 121 sujeitos responderam a escala de aferição da qualidade de vida, composta por quatro domínios: físico, psíquico, relações sociais e meio ambiente. Neste estudo, os domínios foram relacionados com a faixa etária, gênero e zona de residência. Foi observada uma qualidade de vida satisfatória na população estudada, nos diversos domínios da escala WHOQOL-BREF. Não houve alterações estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os gêneros e faixa etária. A qualidade de vida não caiu com a progressão da idade nos “idosos muito velhos”, inclusive no domínio físico. Os indivíduos moradores da zona rural apresentam qualidade de vida semelhante àqueles da zona urbana. Não foram evidenciadas alterações significativas nas características relacionadas à qualidade de vida de acordo com o estrato etário (Chepp, 2006).

Com o objetivo de avaliar se o estado oral estava associado com classificações mais baixas na qualidade de vida foi utilizado o questionário WHOQOL-BREF em uma amostra aleatória de 872 voluntários residentes em áreas rurais e urbanas na região sul do Brasil com idade 60 anos ou mais. Exames orais avaliando o número de dentes e o fluxo de saliva foram realizadas. Qualidade de vida mais pobres no domínio físico foi associado com o

aumento da idade, renda, residentes em áreas rurais e escolaridade. Qualidade de vida mais pobres no domínio psicológico foi associado com escolaridade, renda e dificuldade para mastigar. Pior qualidade de vida no domínio do ambiente foi associado com a renda, com residentes em áreas urbanas e com dificuldade para mastigar. Qualidade de vida mais pobres no domínio das relações sociais foi associado com a vida em áreas urbanas e dificuldade para mastigar. Conclui-se com este estudo que o estado oral foi associado com a percepção da qualidade de vida em geral (Hugo *et al.*, 2009).

2.6. Índice CPO-D

A saúde bucal é um importante aspecto da saúde das pessoas e de seu bem estar. Boa saúde bucal significa melhor convivência social, comunicabilidade, melhores condições de mastigação, que proporcionam prazer na degustação de diversos tipos de alimentos e autoconfiança social. A maioria dos problemas bucais é passível de prevenção através de métodos há muito investigados. Quando a saúde bucal está comprometida, o sofrimento ocasionado pelas doenças bucais ocorre em diversos setores da vida. Dor, desconforto, noites mal dormidas causadas por diversas patologias bucais, tais como a cárie dentária, que comprometem a saúde e afetam inclusive a frequência às atividades escolares e laborais, ou seja, a qualidade de vida fica comprometida, ocasionando muitas despesas para a sociedade e para o indivíduo isoladamente, por isso realizar um levantamento para conhecer a prevalência das doenças que afetam a saúde bucal é de grande importância, já que conhecendo a estatística envolvida nele é possível fazer melhor planejamento das necessidades odontológicas num bairro, cidade, estado ou país (Watt, 2005).

Os estudos transversais são importantes componentes em qualquer política de vigilância em saúde. Apesar do constante aperfeiçoamento em nossos Sistemas de Informação, a partir dos quais se torna possível estabelecer um diagnóstico da situação de saúde da população, em muitas situações não há como prescindir de informações epidemiológicas obtidas a partir de dados primários. No caso particular da saúde bucal, o diagnóstico coletivo dos principais agravos à saúde bucal deve ser estabelecido, com propriedade, mediante a realização de inquéritos populacionais (Brasil, 2010).

O CPO-D é um índice muito utilizado para medir a prevalência da carie dentária em um grupo de indivíduos. Neste índice a unidade de medida é o dente e foi originalmente formulado por Klein e Palmer, (1937) e é calculado através da soma dos componentes cariado, perdido e obturado. A base de cálculo do CPO-D é 32, ou seja, todos os dentes permanentes inclusive o terceiro molar (WHO, 1997).

Os quatro grandes levantamentos nacionais realizados em 1986, 1996, 2003 e 2010 foram de grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativa ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira e demonstram deste então, uma queda no CPO-D médio nas idades índices pesquisadas na população brasileira. Contudo, é fundamental que a realização destes estudos faça parte de uma estratégia inserida no componente de vigilância à saúde da Política de Saúde, na perspectiva da construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços (Brasil, 2010).

A partir dos dados coletados é possível planejar, executar e avaliar ações de saúde, inferir sobre a eficácia geral dos serviços, além de permitir comparações de prevalências em diferentes períodos de tempo e áreas geográficas. Os examinadores devem estar bem familiarizados com os critérios de diagnóstico utilizados, além de devidamente calibrados e treinados. A calibração tem por objetivo minimizar os erros e diferenças que porventura existam quanto à habilidade na obtenção dos dados e julgamento dos mesmos, reduzindo as variações intra e inter examinadores. É necessário, no entanto, um rigor metodológico que garanta reprodutibilidade, validade e confiabilidade, para que haja uniformidade de procedimentos para permitir comparações nacionais e internacionais (Roncalli *et al.*, 1998).

Os levantamentos básicos de saúde bucal fornecem uma base importante para estimar o estado atual das condições de saúde bucal de uma população e suas necessidades futuras de cuidados. Eles produzem dados básicos confiáveis para o desenvolvimento de programas nacionais ou regionais de saúde bucal e para o planejamento do número e do tipo apropriado de recursos humanos (WHO, 1997).

3. PROPOSIÇÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação existente entre o risco familiar, saúde bucal, qualidade de vida e variáveis sócio econômicas em indivíduos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em duas cidades do interior do estado de São Paulo.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1. Aspectos éticos

Este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP-UNICAMP, conforme resolução 196/96, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, com protocolo nº 107/2011.

4.2. Delineamento do estudo e amostra

Trata-se de um estudo observacional de caráter transversal. A amostra de conveniência foi composta por 311 indivíduos com idade entre 18 e 71 anos de ambos os sexos que procuravam a USF para algum atendimento de rotina na unidade de saúde, todos os voluntários residiam na área de abrangência de quatro USFs, sendo três localizadas em Piracicaba-SP nos bairros Sol Nascente, 1º de Maio e Boa Esperança e uma USF localizada no município de Tatuí-SP no bairro Jardim Gonzaga com diferentes realidades sociais (IPPLAP, 2003 e Tatuí, 2012).

O poder do teste foi calculado pelo aplicativo SAS Power and Sample Size versão 3.1, resultando em um poder acima de 0,80 para o nível de significância de 0,05, ou seja, o tamanho da amostra foi suficiente para atingir os objetivos propostos. A amostra compreendeu indivíduos maiores de 18 anos, pertencentes às famílias da área de abrangência das USFs, de ambos os sexos.

4.3. Coleta dos dados e métodos utilizados

Os indivíduos foram abordados nas USFs e convidados a participar da pesquisa. Após a explicação dos objetivos da mesma, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado aos voluntários para a obtenção de sua autorização.

A coleta dos dados nas quatro USFs nas duas cidades tiveram a duração de 10 meses. Após a autorização os voluntários tiveram os seus dados gerais anotados, e classificado de acordo com o risco familiar (Coelho, 2003): 33 foram classificados como R1 (risco mínimo), 15 como R2 e 16 como R3 (risco máximo), 247 não pertenciam a nenhum grupo de risco.

Os voluntários foram avaliados clinicamente (CPO-D e necessidade de tratamento), e entrevistados por meio de três questionários, sendo um sobre a auto percepção em saúde bucal (OHIP-14) e outro sobre qualidade de vida (WHOQOL-BREF), ambos validados no Brasil (Oliveira e Nadanovsk, 2005 e Fleck *et al.*, 2000, respectivamente), e um sobre avaliação sócio-econômica, validado por Pereira *et al.*, 2007.

Os dados sobre a experiência de cárie e necessidade de tratamento (em função da cárie dentária) obedeceram aos critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1997). Para a realização dos exames foram usados os espelhos bucais planos número 5 e as sondas CPI, conhecidas como “ball-point” ou “sondas da OMS”. Todos os exames foram realizados em cadeira odontológica e com luz artificial. Os dados da pesquisa foram coletados por um único examinador previamente calibrado ($Kappa > 0,92$), para a calibração foram usadas as mesmas condições que foram encontradas durante os exames com os voluntários.

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Foram excluídos da amostra os indivíduos que se recusaram a assinar o TCLE, os menores de 18 anos, aqueles que estavam incapacitados de responder aos questionários e que não residiam na área de abrangência das USFs.

4.5. Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de modelo multinível formado por componentes fixos representados pelas variáveis estudadas e componentes aleatórios representados pelos bairros e pelas variâncias nos diferentes níveis de acordo com Zanini, 2007.

Os ajustes do modelo multinível foram realizados pelo procedimento PROC MIXED do programa estatística SAS de acordo com a metodologia descrita em Singer, 1998, Tellez *et al.*, 2006 e o Help do programa estatístico SAS (SAS, 2010).

No nível 1 foram consideradas as variáveis relativas aos indivíduos (idade, gênero, CPO-D, necessidade de tratamento, renda, número residentes na mesma moradia, escolaridade, tipo de habitação, posse de automóvel, tipo de água que consome na

residência, OHIP-14 e WHOQOL-BREF) e no nível 2 as variáveis relativas as cidades (IDH), sendo avaliado o comportamento da variável “escore de risco” como uma função das variáveis preditoras dos níveis 1 e 2.

Inicialmente foi ajustado um modelo apenas com o intercepto (modelo 1), a seguir foram incluídos os efeitos preditores do nível dos indivíduos com OHIP-14 (modelo 2), ajustou-se também um modelo com os efeitos preditores do nível dos indivíduos com o WHOQOL-BREF (modelo 3). No modelo 4 foram incluídos o OHIP-14 e o WHOQOL-BREF. No modelo 5 a variável do segundo nível (IDH) foi incluída a fim de se avaliar a influência da mesma na explicação da variabilidade do escore total de risco.

Na seleção das variáveis foi utilizado referencial teórico e análise de correlação para avaliar a multicolinearidade.

A qualidade dos ajustes foi avaliada pela convergência do modelo, critérios de AIC, AICC e estatística -2 vezes o logaritmo da função de verossimilhança.

5. RESULTADOS

Este estudo foi realizado em dois municípios do interior do estado de São Paulo, Piracicaba e Tatuí. A amostra foi composta por 311 indivíduos provenientes de quatro Unidades de Saúde da Família, Sol Nascente, Primeiro de Maio e Boa Esperança, situadas em Piracicaba, além da unidade Jardim Gonzaga, situada em Tatuí. A média de idade dos indivíduos entrevistados foi de 36,7 anos (desvio padrão de 13,0 anos), os quais apresentaram, em média, 12,9 dentes cariados, perdidos ou obturados, sendo a maioria mulheres (67,8%), com renda familiar mensal de até 2 salários mínimos e até 8 anos de estudo (tabela 1).

Com relação às variáveis contextuais da amostra 68% dos conglomerados apresentaram IDH acima de 0,8, todavia, com índice de analfabetismo superior a 68% (tabela2).

Tabela 1. Características da amostra quanto as variáveis do nível 1 (características dos indivíduos)

Variável		Média	Desvio padrão
Idade		36,7	13,0
CPOD		12,9	7,0
OHIP14		5,57	4,90
WHOQOL		14,63	2,26
	Categoria	Frequência	%
Gênero	Feminino	217	67,8%
	Masculino	94	30,2%
Necessidade de tratamento	Não	166	53,4%
	Sim	145	46,6%
Renda da família (em salários mínimos)	Até 1	41	13,2%
	De 1 à 2	94	30,2%
	De 2 à 3	82	26,4%
	De 3 à 4	47	15,1%
	De 4 à 5	19	6,1%
	De 5 à 6	11	3,5%
	Maior que 6	17	5,5%
Residentes na casa	Até 2 pessoas	46	14,8%
	3 pessoas	68	21,9%
	4 pessoas	85	27,3%
	5 pessoas	64	20,6%
	6 pessoas	20	6,4%
	>6 pessoas	28	9,0%
Anos de escolaridade	Não alfabetizada	8	2,6%
	1 ^a a 4 ^a	66	21,2%
	5 ^a a 8 ^a	117	37,6%
	2 ^o grau completo	101	32,5%
	Superior incompleto	10	3,2%
	Superior completo	9	2,9%
Habitação	Própria	160	51,4%
	Não própria	151	48,6%
Posse de automóvel	Não	139	44,7%
	Sim	172	55,3%
Tipo de água	Torneira ou filtro	186	59,8%
	Outras	125	40,2%

Tabela 2. Distribuição de frequências das variáveis do nível 2 (características dos Conglomerados)

Variável	Categoria	Frequência	%
Bairro	Sol Nascente - Piracicaba	157	50,5%
	1° de Maio - Piracicaba	40	12,9%
	Boa Esperança - Piracicaba	15	4,8%
	Jardim Gonzaga - Tatuí	99	31,8%
IDH	0,836 - Piracicaba	212	68,2%
	0,794 - Tatuí	99	31,8%
Índice de analfabetismo	De 3,05 a 6,55% - Piracicaba	212	68,2%
	11,44% - Tatuí	99	31,8%

Por meio dos achados do presente estudo, no modelo 1, tabela 3, observou-se que a média do risco de Coelho entre os voluntários foi de 2,67 com erro padrão de 0,32. Analisando os resíduos, considerados como efeitos aleatórios, em todos os modelos pode-se observar que a variação entre os voluntários é maior do que a variação entre os bairros, sendo que a variação entre os bairros, quanto ao risco, não foi significativa em nenhum dos modelos. Pelo coeficiente de correlação intraclasse pode-se afirmar que a variação entre os bairros representa aproximadamente 9% da variação total.

Com a inclusão das variáveis do nível individual ao OHIP-14 (modelo 2) observa-se que apresentam maior escore de risco total os indivíduos de maior idade ($p=0,0544$), que moram em casas com mais residentes ($p<0,001$), com menor escolaridade ($p=0,0107$), que não possuem automóvel ($p=0,0048$) e com maior escore de OHIP-14 ($p=0,010$).

No modelo 3, foi retirada a variável OHIP-14 e incluída a WHOQOL-BREF podendo-se observar que apresentam maior escore de risco total os indivíduos de maior idade ($p=0,0556$), que moram em casas com mais residentes ($p<0,001$), com menos anos de escolaridade ($p=0,0136$) e que não possuem automóvel ($p=0,0021$), não sendo observada diferença significativa para a qualidade de vida medida pela ferramenta WHOQOL-BREF.

Tabela 3. Modelo multinível para escore de Risco, segundo variáveis do contexto individual, escala de risco familiar e os indicadores OHIP-14 e WHOQOL-BREF.

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Só o intercepto		OHIP-14		WHOQOL-BREF	
	Estimativa (SE)	p-valor	Estimativa (SE)	p-valor	Estimativa (SE)	p-valor
Variáveis do nível 1 (indivíduo)						
Intercepto	2,67 (0,32)	0,0036	2,50 (1,32)	0,1553	4,14 (1,51)	0,0713
Idade			0,03 (0,02)	0,0544	0,03(0,02)	0,0556
Gênero			0,28 (0,30)	0,3587	0,17 (0,30)	0,5761
CPOD			-0,04 (0,03)	0,1745	-0,02 (0,02)	0,3735
Necessidade de tratamento			-0,11 (0,30)	0,7171	-0,37 (0,28)	0,1940
Renda			-0,10 (0,10)	0,3280	-0,11 (0,10)	0,2579
Residentes			0,86 (0,10)	<0,001	0,89 (0,10)	<0,001
Escolaridade			-0,40 (0,16)	0,0107	-0,40 (0,16)	0,0136
Habitação			-0,19 (0,28)	0,5097	-0,17 (0,29)	0,5598
Automóvel			-0,82(0,29)	0,0048	-0,90 (0,29)	0,0021
Tipo de água			-0,38 (0,30)	0,2009	-0,50 (0,30)	0,0977
OHIP-14			0,08 (0,03)	0,010		
WHOQOL-BREF					-0,04 (0,06)	0,4970
Variáveis do nível 2 (cidades)						
IDH						
Variâncias						
Variância entre bairros	0,26 (0,36)	0,2377	0,13 (0,24)	0,2882	0,13(0,23)	0,2787
Variância entre voluntários dentro de cidade	7,52 (0,61)	<0,0001	5,41 (0,44)	<0,0001	5,52 (0,45)	<0,0001

SE-Erro Padrão

Verificou-se para o modelo 4, com a inclusão do OHIP-14 e o WHOQOL-BREF, que apresentam maior escore de risco total os indivíduos de maior idade ($p=0,0517$), que moram em casas com mais residentes ($p<0,001$), com menos anos de escolaridade ($p=0,0010$), que não possuem automóvel ($p=0,0050$) e com maior escore de OHIP-14 ($p=0,0127$) (Tabela 4).

Quando incluída a variável IDH (modelo 5, tabela 4), o resultado foi confirmado, uma vez que apresentaram maior escore de risco total os indivíduos de maior idade ($p=0,0486$), que moram em casas com mais residentes ($p<0,001$), com menos anos de escolaridade ($p=0,0137$), que não possuem automóvel ($p=0,0048$) e com maior escore de OHIP-14 ($p=0,0130$).

Tabela 4. Modelo multinível para escore de Risco, segundo variáveis do contexto individual e do modelo completo.

	Modelo 4		Modelo 5	
	(OHIP-14 e WHOQOL-BREF)		Modelo completo	
	Estimativa (SE)	p-valor	Estimativa (SE)	p-valor
Variáveis do nível 1 (indivíduo)				
Intercepto	2,11 (1,70)	0,3044	0,21 (4,97)	0,7900
Idade	0,03 (0,02)	0,0517	0,03 (0,02)	0,0486
Gênero	0,27 (0,30)	0,3771	0,25 (0,31)	0,4140
CPOD	-0,04 (0,03)	0,1682	-0,04 (0,02)	0,1678
Necessidade de tratamento	-0,09 (0,30)	0,7450	-0,08 (0,30)	0,3211
Renda	-0,10 (0,10)	0,3119	-0,10 (0,10)	0,3211
Residentes	0,86 (0,10)	<0,001	0,86 (0,10)	<0,001
Escolaridade	-0,41 (0,16)	0,0010	-0,40 (0,16)	0,0137
Habitação	-0,18 (0,28)	0,5208	-0,16 (0,29)	0,5835
Automóvel	-0,82 (0,29)	0,0050	-0,82 (0,29)	0,0048
Tipo de água	-0,38 (0,30)	0,2091	-0,38 (0,30)	0,2140
OHIP-14	0,09 (0,04)	0,0127	0,08 (0,04)	0,0130
WHOQOL-BREF	0,03 (0,07)	0,7154	0,02 (0,07)	0,7265
Variáveis do nível 2 (cidades)				
IDH			2,17 (18,27)	0,9163
Variâncias				
Variância entre bairros	0,13 (0,24)	0,2892	0,35 (0,54)	0,2628
Variância entre voluntários dentro de cidade	5,43 (0,45)	<0,0001	5,42 (0,45)	<0,0001

SE-Erro Padrão

6. DISCUSSÃO

A medicina contemporânea tem maximizado seus esforços para prolongar a vida, além de melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde. Desta forma, avaliação do estado funcional de um paciente, utilizando-se instrumentos de pesquisa padronizados, é um item relevante para o tratamento e o cuidado, pressupondo-se que a condição primária para o alcance da qualidade de vida é a saúde (Muszalik *et al.*, 2009).

Ante ao exposto, este estudo buscou estudar a relação existente entre a qualidade de vida percebida, sob a ótica de dois instrumentos preconizados pela literatura, bem como as condições bucais experimentadas e o risco familiar dos indivíduos.

Apesar da média de risco entre os voluntários, de 2,67, ser considerada baixa (modelo 1), os resultados destacam que os indivíduos que pertenciam às famílias classificadas como sendo de maior risco (Coelho, 2003) percebiam pior autopercepção de saúde bucal do que a qualidade de vida geral, visto que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal avaliada por meio do indicador OHIP-14, foi associada positivamente à escala de risco analisada, entretanto o instrumento que avalia a qualidade de vida geral WHOQOL-BREF, não foi associado a esta variável (tabelas 3 e 4). Tais achados parecem apontar para o entendimento de que os impactos funcionais e psicológicos dos problemas bucais parecem ser tão importantes, se não mais, quanto os indicadores clínicos ao se estimar as necessidades de tratamento odontológico (Seremidi *et al.*, 2009).

A necessidade de tratamento e o CPO-D são indicadores clínicos de cárie dentária e não foram associados ao desfecho estudado de forma isolada, contudo, houve diferença estatística significativa para o indicador OHIP-14 e as variáveis individuais no modelo 2, 4 e 5. Tais achados estão de acordo com o encontrado por Bortoli *et al.*, 2003 e Daly *et al.*, 2010.

Outro fator relevante verificado nestes achados foi a variável escolaridade nos modelos propostos. Tais achados corroboram com a literatura vasta quanto à associação entre escolaridade e problemas de saúde, uma vez que a maior escolaridade pode estar associada a um maior nível de renda e mais informação, o que determina maior busca pelos

serviços odontológicos e resolução dos problemas (Mesquita e Vieira, 2009; Cortelazzi *et al.*, 2009; Szpilman *et al.*, 2012).

Quanto à avaliação de risco observou-se que a variação entre os voluntários dentro dos bairros foi maior do que a variação entre os bairros, uma vez que a variação entre os bairros, quanto ao risco, não foi significativa em nenhum dos modelos. Esta variação individual nos modelos para o escore de risco corrobora com a literatura que relata que em um mesmo contexto podem existir indivíduos com diferentes situações de risco, visto que o risco individual, a suscetibilidade e a vulnerabilidade às doenças devem ser entendidos como parte de um complexo conjunto de influências que incluem o indivíduo, a família, a comunidade (Nascimento *et al.*, 2010; Sobral e Freitas, 2010, Garcia e Tabak, 2011).

Ademais, a identificação das áreas de privação social, levando em conta os determinantes sociais da saúde e da população é importante para saúde pública. Os determinantes sociais que tem sido investigados incluem fatores como a qualidade da moradia, disponibilidade de transportes públicos, os índices de criminalidade, iluminação pública, acesso a parques e espaços abertos, e o grau de coesão social e apoio emocional que vem com as relações pessoais. As desvantagens sociais e ambientais podem influenciar diretamente as condições de saúde (Burt, 2005). Deste modo, o estudo de instrumentos que possibilitem priorizar as visitas domiciliares, identificando, assim, as famílias em maior situação de vulnerabilidade dentro do processo de trabalho das equipes multiprofissionais inseridas nas USFs é relevante.

Ainda com relação ao risco, no modelo multinível, observou-se que apresentaram maior risco total os indivíduos de maior idade, que moram em casas com mais residentes e com menos anos de escolaridade, estas variáveis tem relação com as sentinelas de risco (acima de 70 anos, relação morador-cômodo e analfabetismo, respectivamente) da escala de risco familiar utilizada (Coelho, 2003). Os dados analisados confirmaram que os indivíduos de maior idade, que vivem em casas com maior número de pessoas, que possuem menos anos de estudo e que não tem automóvel, possuem maiores escores de risco o que foi confirmado em todos os modelos (tabelas 3 e 4).

A busca ativa dos indivíduos propensos a adoecer faz parte das diretrizes da Estratégia Saúde da Família, portanto a equipe da ESF deve ter conhecimento da localização das famílias vulneráveis do território para o estabelecimento de medidas de promoção de saúde que levem à qualidade de vida desta população. No presente estudo as variáveis socioeconômicas que podem influenciar a saúde dos indivíduos e o instrumento de autopercepção de saúde bucal foram associados positivamente à escala de Risco de Coelho demonstrando ser este um instrumento válido na classificação de risco das famílias e a sua utilização numa USF. Na Escala de Coelho a sentinela de risco “aglomeração familiar” tem grande peso no escore final e nesta situação os indivíduos estão mais propensos as doenças infectocontagiosas, bem como a baixas condições de higiene, o que de acordo com Costa, 2009 e Nascimento *et al.*, 2010 sugerem que a condição “baixas condições de higiene” que a escala de Risco de Coelho não contempla, seja adicionada as “baixas condições de saneamento”.

Na escala de risco de Coelho que foi utilizada neste estudo são usados os dados contidos na ficha A do SIAB que devem ser atualizados periodicamente pelos ACS. De acordo com Gomes *et al.*, 2009 há a necessidade de maiores esforços para melhorar a capacitação do ACS, visando adequar seu nível de apreensão e conhecimento dos princípios do SUS e da ESF para que ele possa atuar segundo as diretrizes desse sistema e contribuir efetivamente para sua consolidação.

Os instrumentos de classificação de risco familiar devem ser adequados as diferentes realidades sociais existentes no território nacional. E para que seja efetivo é necessário que toda equipe da multidisciplinar da USF receba capacitação técnica adequada e o utilize como ferramenta na busca ativa das famílias de risco adstritas a unidade e no planejamento das atividades como forma de garantir maiores recursos e atenção aos indivíduos em maior situação de vulnerabilidade.

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que a escala de risco familiar foi associada positivamente as variáveis sócio-econômicas. e que os indivíduos com maior risco familiar percebem pior autopercepção da saúde bucal, entretanto, não percebem pior qualidade de vida geral.

REFERÊNCIAS

Alves AL. Qualidade de vida de vítimas de trauma seis meses após a alta hospitalar. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 154-160. ISSN 0034-8910.

Antunes JLF, Peres MA. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

Baldani MA, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. A inclusão da odontologia no Programa Saúde da Família no Estado do Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.21 no.4. Rio de Janeiro July/Aug. 2005. doi: 10.1590/S0102-311X2005000400005

Bastos, RS. Impacto das Condições de Saúde Bucal em Relação à Qualidade de vida em Adolescentes de 15 à 19 Anos, numa Dicotomia Sócio Econômica, no Município de Bauru, São Paulo. Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para Obtenção do Título de Doutor em Odontologia, 2009.

Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de Saúde Bucal do Agente Comunitário de Saúde de Vitória, ES. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa. 2008; 8(1):7-14.

Bortoli D, Locatelli FA, Fadel CB, Baldani MH. Associação entre Percepção de Saúde Bucal e Indicadores Clínicos e Subjetivos: Estudo em Adultos de um Grupo de Educação Continuada da Terceira Idade. Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa. 2003; 9(3/4): 55-65.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Saúde dentro de casa: Programa Saúde da Família. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 267. Aprova as Normas e Diretrizes de Inclusão da Saúde Bucal na Estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF). Diário Oficial da União, 7 mar, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, n. 17. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sistema de informação da atenção básica : SIAB : indicadores 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Saúde da Família: equipes de saúde bucal. Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União, 29 dez, 2000.

Brasil. Projeto SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, 2010.

Brasil. SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Burt BA. Concepts of risk in dental public health. Community Dent Oral Epidemiol. 2005; 33: 240–7.

Cericato GO, Garbi D, Fernandes APS. A inserção do cirurgião-dentista no PSF: uma revisão crítica sobre as ações e os métodos de avaliação das Equipes de Saúde Bucal. RFO. 2007; 12 (3): 18-23.

Cheep CC. Estudo Transversal da Qualidade de Vida através da Escala Whoqol-bref da População Octogenária e Nonagenária de Siderópolis. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para a conclusão do Curso de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, 2006.

Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação da Escala de Risco Familiar Como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares. Revista Brasileira de Medicina de

Família e Comunidade, 2003. Acesso em 1/5/2011. Disponível em: www.rbmf.org.br/index.php/rbmf/article/viewFile/104/pdf.

Cohen, SC. Habitação saudável no Programa de Saúde da Família: uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3).

Cortellazzi, KL *et al.* Influência de variáveis socioeconômicas, clínicas e demográfica na experiência de cárie dentária em pré-escolares de Piracicaba, SP. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2009, vol.12, n.3, pp. 490-500. ISSN 1415-790X

Costa, CM. A aplicação da escala de risco familiar no Programa de Saúde da Família como estratégia de priorização das visitas domiciliares pelos Agentes Comunitários de Saúde. Dissertação apresentada a Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2009.

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: 136–144.

De Marchi RJ, Leal AF, Padilha DM, Brondani MA. Vulnerability and the psychosocial aspects of tooth loss in old age: a Southern Brazilian study. *J Cross Cult Gerontol.* 2012 Sep; 27(3): 239-58. doi: 10.1007/s10823-012-9170-5.

Desenvolvimento do WHOQOL. Grupo WHOQOL. Versão em Português. Acesso em: 10/02/2011. Disponível em: www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html

Duarte, YAO.; Diogo, MJD. Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. cap1, p. 3-17.

Fleck, MPA *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev. Saúde Pública* [online]. 2000, vol.34, n.2, pp. 178-183. ISSN 0034-8910.

Garcia L, Tabak LA. Global Oral Health Inequalities : The View from a Research Funder. *Adv Dent Res.* 2011; 23(2).

Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc. São Paulo.* 2009; 18 (4): 744-755.

Hugo FN, Hilgert JB, da Luz Rosário de Sousa M, Cury JA. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37: 231–240.

Instituto de Pesquisa e Planejamento de Piracicaba. Acesso em www.ipplap.com.br

IPPLAP. Índice de Desenvolvimento Humano. Acesso em 06/09/2012. www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php

Klein H, Palmer CE. Dental caries in American indian children. *Public Health Bull.*, 239: 1937.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.

Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei Nº 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Locker D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 348–356.

Luiz RR. *Epidemiologia e Bioestatística em Odontologia*. Ed. Ver. e ampl. São Paulo: Ateneu, 2008.

Mesquita F, Vieira S. Impacto da condição de autoavaliação de saúde bucal na qualidade de vida. *RGO, Porto Alegre.* 2009; 57 (4): 401-406

Michelson APC, Santos VLCCG. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia . *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2004; 12 (6): 875-883.

Muszalik M, Kedziora-Kornatowska K, Kornatowski T. Functional assessment and health-related quality of life (HRQOL) of elderly patients on the basis of the functional assessment of chronic illness therapy (FACIT)-F questionnaire. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009 Nov-Dec; 49(3): 404-8. Epub 2009 Jan 28.

Nadanovsk P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva.* 4. ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 293.

Nascimento FG, Prado TN, Galavote HS, Maciel PA, Lima RCD, Maciel ELN. Aplicabilidade de uma escala de risco para organização do processo de trabalho com famílias atendidas na Unidade Saúde da Família em Vitória (ES). *Ciênc. saúde coletiva.* 2010; 15(5).

Navabi N, Farnudi H, Rafiei H, Arashlow MT. Orthodontic treatment and the oral health-related quality of life of patients. *J Dent (Tehran).* 2012 Summer; 9(3): 247-54. Epub 2012 Sep 30.

Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18 (Supl):77-87

Nicolau B, Marcenes W. How will a life course framework be used to tackle wider social determinants of health? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 Oct; 40 Suppl 2:33-8. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00717.x.

Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33(4): 307-14.

Palú, APN. A inserção da Saúde Bucal no PSF, perspectivas e desafios: A visão de Odontólogos do Paraná. Dissertação apresentada ao programa de Mestrado, em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2004.

Pedroso B, Pilatti LA, Reis DR. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Revista Brasileira de Qualidade de vida.* Ponta Grossa, PR. 2009; 1(1): 23-32.

Pereira SM, Tagliaferro EP, Ambrosano GM, Cortelazzi KL, Meneghim Mde C, Pereira AC. Dental caries in 12-year-old schoolchildren and its relationship with socioeconomic and behavioural variables. *Oral Health Prev Dent.* 2007; 5(4): 299-306.

Pimentel IRS, Coelho BC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, Rocha Filho FS. Caracterização da Demanda de uma Unidade de Saúde da Família. *Rev bras med fam comunidade.* Florianópolis, 2011 Jul-Set; 6(20): 175-81.

Pires, CPAB; Ferraz, MB; Abreu, MHNG. Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (OHIP-49). *Braz. oral res.* [online]. 2006, vol.20, n.3, pp. 263-268. ISSN 1806-8324.

Reissmann DR, Remmler A, John MT, Schierz O, Hirsch C. Impact of response shift on the assessment of treatment effects using the Oral Health Impact Profile. *Eur J Oral Sci.* 2012 Dec;120(6):520-5. doi: 10.1111/j.1600-0722.2012.00998.x. Epub 2012 Oct 8.

Rocha NS, Fleck MPA. Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 147-153. ISSN 0034-8910.

Roncalli AGC, Unfer B, Costa ICC, Arcieri RM, Guimarães LOC, Saliba NA. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial da Saúde. *Rev Bras epidemiol.* 1998, 1(2).

Sabbah W, Tsakos G, Chandola T, Sheiham A, Watt RG. Social Gradients in Oral and General Health. *J Dent Res.* 2007; 86(10):992-996.

SAS 9.2 -2010 – SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, Release 9.2,2010.

Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(Supl): 203-11.

Seremidi K, Koletsi-Kounari H, Kandilorou H. Self-reported and clinically-diagnosed dental needs: determining the factors that affect subjective assessment. *Oral Health Prev Dent.* 2009;7(2):183-90.

Silva NS. Avaliação do efeito das condições sociodemográficas e utilização de serviços odontológicos sobre o perfil de impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida na população adulta idosa de Cuiabá-MT. [Dissertação]. Campinas: Centro de Pós-Graduação São Leopoldo Mandic, 2002.

Silveira Neto JM, Nadanovsky P. Social inequality in tooth extraction in a Brazilian insured working population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 331–336.

Singer, J. D. Using SAS proc mixed to fit multilevel models, hierarchical models and individual growth models. *Journal of Educational and behavioral Statistics.*, 1998; 24(4): 323-355.

Sisson NC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde. *Saúde Soc. São Paulo.* 2007; 16.(3): 85-91.

Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research.* 2004; 13: 299–310.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994; 11(1): 3 -11.

Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25(4): 284-90.

Slade GD. Oral health-related quality of life is important for patients, but what about populations? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 Oct;40 Suppl 2:39-43. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00718.x.

Sobral A, Freitas CM. Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Sócio Ambientais da Saúde. *Saúde Soc. São Paulo.* 2010; 19 (1): 35-47.

Szpilman et al. Condição de saúde bucal de crianças de zero a dois anos de idade inseridas na estratégia saúde da família (ESF). *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2012; 14(1) : 42-48

Taxa de analfabetismo por bairro no município de Tatuí- SP. Acesso em 06/09/2012. <http://www.tatui.sp.gov.br/planodiretor.php>

Tellez M, Sohn W, Burt BA, Ismail AI. Assessment of the Relationship between Neighborhood Characteristics and Dental Caries Severity among Low-Income African-Americans: A Multilevel Approach. *Journal of Public Health Dentistry*. 2006, 66(1): 30-36.

Thomson WM. Social inequality in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Oct;40 Suppl 2:28-32. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00716.x

Viola AP, Takamiya AS, Monteiro DR, Barbosa DB. Oral health-related quality of life and satisfaction before and after treatment with complete dentures in a Dental School in Brazil. *J Prosthodont Res*. 2012 Nov 9. pii: S1883-1958(12)00091-6. doi: 10.1016/j.jpor.2012.08.003.

Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Oct; 40 Suppl 2:44-8. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00719.x.

Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ*. 2005 Set; 83(9):711-8.

World Health Organization. Oral health surveys: basic methods., 4th edition. Geneva, 1997.

Yu SJ, Chen P, Zhu GX. Relationship between implantation of missing anterior teeth and oral health-related quality of life. *Qual Life Res*. 2012 Nov 19. [Epub ahead of print]. Acesso em 04/12/12. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23161328

Zanini RR. Modelos multiníveis aplicados ao estudo da mortalidade infantil e no Rio Grande da Sul, Brasil, de 1994 a 2004. Tese de Doutorado em Epidemiologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Zini A, Sgan-Cohen HD, Marcenes W. Religiosity, spirituality, social support, health behaviour and dental caries among 35- to 44-year-old Jerusalem adults: a proposed conceptual model. *Caries Res.* 2012; 46(4):368-75.

ANEXOS

ANEXO 1 - CERTIFICADO DO CEP - FOP



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Associação da auto-percepção em saúde bucal e qualidade de vida com o risco familiar", protocolo nº 107/2011, dos pesquisadores Fabio Antonio Villa Nova, Gláucia Maria Bovi Ambrosano e Stela Márcia Pereira, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 20/10/2011.

The Ethics Committee in Research of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that the project "Association between oral health impact profile and the quality of life with family risk", register number 107/2011, of Fabio Antonio Villa Nova, Gláucia Maria Bovi Ambrosano and Stela Márcia Pereira, comply with the recommendations of the National Health Council - Ministry of Health of Brazil for research in human subjects and therefore was approved by this committee at 10/20/2011.


Prof. Dra. Livia Maria Andalo Tenuta
Secretária
CEP/FOP/UNICAMP



Prof. Dr. Jacks Jorge Junior
Coordenador
CEP/FOP/UNICAMP

ANEXO 2 - FICHA A (SIAB)

Ficha A - frente - modelo

FICHA A	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA					UF
ENDEREÇO		NÚMERO 	BAIRRO		CEP -	
MUNICÍPIO 	SEGMENTO 	ÁREA 	MICROÁREA 	FAMÍLIA 	DATA 	

CADASTRO DA FAMÍLIA

PESSOAS COM 15 ANOS OU MAIS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	ALFABETIZADO		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

PESSOAS DE 0 A 14 ANOS NOME	DATA NASC.	IDADE	SEXO	FREQUÊNTA A ESCOLA		OCUPAÇÃO	DOENÇA OU CONDIÇÃO REFERIDA (sigla)
				sim	não		

Ficha A, verso - modelo

SITUAÇÃO DA MORADIA E SANEAMENTO																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">TIPO DE CASA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tijolo/Adobe</td><td></td></tr> <tr><td>Taipa revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Taipa não revestida</td><td></td></tr> <tr><td>Madeira</td><td></td></tr> <tr><td>Material aproveitado</td><td></td></tr> <tr><td>Outro - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td>Número de cômodos / peças</td><td></td></tr> <tr><td>Energia elétrica</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">DESTINO DO LIXO</th> </tr> <tr><td>Coletado</td><td></td></tr> <tr><td>Queimado / Enterrado</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TIPO DE CASA		Tijolo/Adobe		Taipa revestida		Taipa não revestida		Madeira		Material aproveitado		Outro - Especificar:				Número de cômodos / peças		Energia elétrica		DESTINO DO LIXO		Coletado		Queimado / Enterrado		Céu aberto		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Filtração</td><td></td></tr> <tr><td>Fervura</td><td></td></tr> <tr><td>Cloração</td><td></td></tr> <tr><td>Sem tratamento</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA</th> </tr> <tr><td>Rede geral</td><td></td></tr> <tr><td>Poço ou nascente</td><td></td></tr> <tr><td>Outros</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">DESTINO DE FEZES E URINA</th> </tr> <tr><td>Sistema de esgoto (rede geral)</td><td></td></tr> <tr><td>Fossa</td><td></td></tr> <tr><td>Céu aberto</td><td></td></tr> </tbody> </table>	TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO		Filtração		Fervura		Cloração		Sem tratamento		ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA		Rede geral		Poço ou nascente		Outros		DESTINO DE FEZES E URINA		Sistema de esgoto (rede geral)		Fossa		Céu aberto	
TIPO DE CASA																																																							
Tijolo/Adobe																																																							
Taipa revestida																																																							
Taipa não revestida																																																							
Madeira																																																							
Material aproveitado																																																							
Outro - Especificar:																																																							
Número de cômodos / peças																																																							
Energia elétrica																																																							
DESTINO DO LIXO																																																							
Coletado																																																							
Queimado / Enterrado																																																							
Céu aberto																																																							
TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO																																																							
Filtração																																																							
Fervura																																																							
Cloração																																																							
Sem tratamento																																																							
ÁBASTECIMENTO DE ÁGUA																																																							
Rede geral																																																							
Poço ou nascente																																																							
Outros																																																							
DESTINO DE FEZES E URINA																																																							
Sistema de esgoto (rede geral)																																																							
Fossa																																																							
Céu aberto																																																							

OUTRAS INFORMAÇÕES																																																			
Alguém da família possui Plano de Saúde?	Número de pessoas cobertas pelo Plano de Saúde																																																		
Nome do Plano de Saúde																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">EM CASO DE DOENÇA PROCURA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Hospital</td><td></td></tr> <tr><td>Unidade de Saúde</td><td></td></tr> <tr><td>Benzedeira</td><td></td></tr> <tr><td>Farmácia</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Rádio</td><td></td></tr> <tr><td>Televisão</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </tbody> </table>	EM CASO DE DOENÇA PROCURA		Hospital		Unidade de Saúde		Benzedeira		Farmácia		Outros - Especificar:				MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA		Rádio		Televisão		Outros - Especificar:				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cooperativa</td><td></td></tr> <tr><td>Grupo religioso</td><td></td></tr> <tr><td>Associações</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar:</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: left;">MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA</th> </tr> <tr><td>Ônibus</td><td></td></tr> <tr><td>Caminhão</td><td></td></tr> <tr><td>Carro</td><td></td></tr> <tr><td>Carroça</td><td></td></tr> <tr><td>Outros - Especificar</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> </tbody> </table>	PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS		Cooperativa		Grupo religioso		Associações		Outros - Especificar:				MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA		Ônibus		Caminhão		Carro		Carroça		Outros - Especificar			
EM CASO DE DOENÇA PROCURA																																																			
Hospital																																																			
Unidade de Saúde																																																			
Benzedeira																																																			
Farmácia																																																			
Outros - Especificar:																																																			
MEIOS DE COMUNICAÇÃO QUE MAIS UTILIZA																																																			
Rádio																																																			
Televisão																																																			
Outros - Especificar:																																																			
PARTICIPA DE GRUPOS COMUNITÁRIOS																																																			
Cooperativa																																																			
Grupo religioso																																																			
Associações																																																			
Outros - Especificar:																																																			
MEIOS DE TRANSPORTE QUE MAIS UTILIZA																																																			
Ônibus																																																			
Caminhão																																																			
Carro																																																			
Carroça																																																			
Outros - Especificar																																																			

OBSERVAÇÕES

ANEXO 3 - DADOS GERAIS

Idade:_____

Gênero (M) (F)

Bairro:_____

Número da Família:_____

Risco: (R1) (R2) (R3)

CPO-D:_____

Necessidade de tratamento: (Sim) (não)

- B. () Residência cedida em troca de trabalho
- C. () Residência própria com financiamento a pagar
- D. () Residência alugada
- E. () Residência cedida pelos pais ou parentes

5. POSSE DE AUTOMÓVEL:

- A- () Não possui
- B- () Possui um automóvel
- C- () Possui 2 ou mais automóveis

6. QUE TIPO DE ÁGUA VOCÊS TOMAM EM CASA:

- A. () poço ou mina
- B. () comprada de galão (mineral)
- C. () abastecimento público / torneira ou filtro
- D. () bica

ANEXO 5 - ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)

A - LIMITAÇÃO FUNCIONAL:

1 - Você tem tido problemas ao pronunciar alguma palavra por problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,51)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

2 - Você sentiu que o seu senso de paladar tem piorado por problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,49)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

B - DOR FÍSICA:

1 - Você tem tido dores fortes em seus dentes ou boca? (0,34)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

2 - Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou articulação? (0,66)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

C - DESCONFORTO PSICOLÓGICO:

1 - Você tem tido preocupação com a sua aparência por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,45)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

2 - Você já se sentiu tenso por causa de problemas relacionados aos seus dentes, boca e próteses? (0,55)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

D - INCAPACIDADE FÍSICA:

1 - Sua dieta tem sido insatisfatória por problemas com os dentes, boca ou próteses? (0,52)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

2 - Você já teve que interromper alimentações por causa de problemas com seus dentes e bocas? (0,48)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

E - INCAPACIDADE PSICOLÓGICA:

1 - Você tem ou teve dificuldades para relaxar por problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,60)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

2 - Em algum momento já se sentiu envergonhado por problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,40)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

F - INCAPACIDADE SOCIAL:

1 - Você já se sentiu irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,62)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

2 - Você já teve dificuldade de realizar o seu trabalho por causa de problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,38)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

G - DEFICIÊNCIA/ HANDICAP

1 - Você tem sentido que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória por causa de problemas com seus dentes, boca e próteses? (0,59)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

2 - Você já esteve totalmente incapaz para realizar suas funções por problemas com seus dentes, boca ou próteses? (0,41)

Nunca (0) Raramente (1) As vezes (2) Frequentemente(3) Sempre (4)

ANEXO 6 - WHOQOL-BREF

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria a sua qualidade de vida	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
3	<i>Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</i>	1	2	3	4	5
4	<i>O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</i>	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito Nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos,	1	2	3	4	5

	colegas)?					
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	sempre
26	<i>Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</i>	1	2	3	4	5