

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA

**O IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE
BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA E SUA
RELAÇÃO COM A NECESSIDADE E O USO DE
PRÓTESE DENTÁRIA**

LIESE ILHA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

PORTO ALEGRE, 2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

**O IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA E
SUA RELAÇÃO COM A NECESSIDADE E O USO DE PRÓTESE DENTÁRIA**

LIESE ILHA

Porto Alegre, dezembro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia, Etiopatogenia e Repercussão das Doenças da Cavidade Bucal e Estruturas Anexas.

O Impacto da Condição de Saúde Bucal na Qualidade de Vida e sua Relação com a Necessidade e o Uso de Prótese Dentária

LIESE ILHA

Orientadora: Prof^ª Dr^ª CLAÍDES ABEGG

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Nível Mestrado, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito final para a obtenção do título de mestre em Saúde Bucal Coletiva.

Porto Alegre, dezembro de 2011.

Dedico este trabalho à **minha família e amigos**,
por todo amor e incentivo que sempre recebo.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Claides Abegg, pelos muitos ensinamentos nesse período, pela compreensão e confiança depositada em mim.

À minha mãe, Olívia, por toda sua dedicação e afeto e por sempre me apoiar, me dando o amor e suporte necessários para chegar até aqui. A meu pai, José, pelo carinho e amor. E aos meus irmãos, Lisandra, Vinícius e Maurícius, por serem amigos e companheiros de muitas histórias. Amo muito vocês!

À Aline Blaya Martins, minha pequena-grande amiga, que é um exemplo de dedicação e esforço. Agradeço por estar ao meu lado sempre, por me incentivar, apoiar e dedicar longas horas do seu tempo na conclusão desse trabalho. E a Marcelo, por nos acompanhar pacientemente e me deixar ser a Dinda da minha tão amada Beatriz, que ilumina meus dias. À essa família, a qual me incluo, todo meu amor e gratidão.

Aos colegas de equipe da Unidade de Saúde Morro da Cruz, especialmente aos amigos, Renata Gusmão, Cláudia Mattia e Alnei Nunes, por me apoiarem nos momentos mais difíceis. E aos residentes da Escola de Saúde Pública, que me proporcionaram grande crescimento profissional e aprendizados.

A José Carlos Milanez Jeronymo, amigo e “chefe”, que me ensina muito sobre odontologia e que me ofereceu a oportunidade de trabalhar em prol do que acredito.

À nossa equipe de pesquisa: Victor Fontanive, Charles Henrique Cavalheiro, Rosane Davoglio, Vanessa Bittencourt, Aline Caume, Gustavo Ligoeki, Fernanda Mallmann, Maiara Jahnke, Monique Ponte e Paulo Ricardo Matje: Obrigada pelos difíceis, mas tão ricos momentos de coleta de dados.

À Associação Hospitalar Moinhos de Vento por ter oportunizado a realização desse mestrado.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Sistema Único de Saúde (SUS) pelo financiamento deste estudo.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo auxílio na coleta de dados da pesquisa.

A todos os professores e colegas de mestrado, em especial à Prof^a Dr^a Juliana Hilgert, pelos ensinamentos e disponibilidade.

A minha querida amiga Mariana Marquezan, que esteve ao meu lado nos momentos de descontração nesses últimos anos. E a todos os demais amigos; vocês são minha alegria e a força com a qual posso contar sempre.

A todos os entrevistados, que gentilmente dispuseram do seu tempo para colaborar com este trabalho.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Atualmente, existem muitas evidências demonstrando a relação entre qualidade de vida e condições de saúde bucal. No entanto, poucos são os estudos que avaliaram o impacto do status protético e, principalmente a necessidade de prótese dentária na qualidade de vida. O objetivo desta pesquisa foi investigar a relação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e o uso e/ou necessidade de prótese dentária. Através de um estudo transversal, 720 indivíduos com idades entre 50-74 anos, de três distritos sanitários da cidade de Porto Alegre/Brasil, foram avaliados. Os dados foram coletados através do questionário Oral Impacto on Daily Performance (OIDP), questões referentes as variáveis sociodemográficas e exame clínico bucal. Para fins de análise estatística, os seguintes desfechos foram considerados: prevalência do impacto e escore do OIDP, que foi dicotomizado a partir dos tercis. As variáveis explicativas foram: variáveis sociodemográficas (gênero, idade, renda e escolaridade) e variáveis clínicas (uso de prótese superior e inferior e necessidade de prótese superior e inferior). A existência de associação entre as variáveis explicativas e desfecho foi analisada através de quatro modelos multivariados de Regressão de Poisson. As variáveis clínicas, uso de prótese inferior e necessidade de prótese superior estiveram associadas ao desfecho, no modelo ajustado às variáveis sóciodemográficas.

PALAVRAS CHAVE: saúde bucal, qualidade de vida, prótese dentária.

ABSTRACT

There is strong evidence showing the relationship between oral health and quality of life. However, there are few studies that evaluated the impact of prosthetic status and main need of dental prosthesis on the quality of life. The aim of this study was to investigate the relationship between the need and use of dental prosthesis and the impact on the quality of life related to oral health. A cross-sectional study was carried out with 720 individuals aged between 50 and 74 years residing in three health districts of Porto Alegre, Southern Brazil. They were selected through multi-stage proportional random sampling. Data were collected through 1) interview using structured questionnaire on sociodemographic data and the Oral Impact of Daily Performance (OIDP) to assess oral impact on quality of life, 2) oral clinical examination using criteria recommended by the World Health Organization (WHO) and the Epidemiological Survey SB/Brazil in 2000. For the purposes of analysis the following outcomes were considered: occurrence of impact and OIDP scores, which was dichotomized based on tertiles. Explanatory variables were: sociodemographic (sex, age, income and level of education) and clinical (use of upper and lower prosthesis and need of upper and lower prosthesis). The association between outcomes and the factors studied was analyzed by Poisson Regression with adjustment for robust variance. After adjustment, clinical variables, use of lower prosthesis and need of upper prosthesis were associated with the outcomes.

KEY WORDS: oral health; quality of life, dental prosthesis

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultados das análises uni e multivariada em relação ao desfecho Prevalência do OIDP/ Modelo com Uso de Prótese.....	54
Tabela 2 – Resultados das análises uni e multivariada em relação ao desfecho Prevalência do OIDP/ Modelo com Necessidade de Prótese.....	55
Tabela 3 – Resultados das análises uni e multivariada em relação ao desfecho Escore do OIDP/ Modelo com Necessidade de Prótese.....	56
Tabela 4 – Resultados das análises uni e multivariada em relação ao desfecho Escore do OIDP/ Modelo com Uso de Prótese.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População residente, população residente entre 50-74 anos e n calculado por distrito.....	25
Quadro 2 - Amostra e número de setores censitários a serem visitados por distrito sanitário.....	26
Quadro 3 – Atividades/Desempenhos Incluídos no OIDP.....	28
Quadro 4 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses.....	29
Quadro 5 - Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas em parte do período de 6 meses.....	29
Quadro 6 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas em todo o período nos últimos seis meses.....	30
Quadro 7 – Critérios de classificação da severidade dos impactos percebidos nos últimos seis meses.....	30
Quadro 8 – Cálculo do OIDP.....	31
Quadro 9 – Critérios de Classificação dos problemas bucais que causaram impacto no desempenho diário.....	32
Quadro 10 – Variáveis Sociodemográficas.....	35
Quadro11– Variáveis Clínicas.....	37
Quadro 12- Variáveis do Estudo relacionadas ao OIDP e suas categoria....	38

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “O Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida e sua Relação com a Necessidade e o Uso de Prótese Dentária”, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A pesquisa que deu origem a esta dissertação denomina-se “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre”, realizada entre os anos de 2008 e 2009 e que foi desenvolvida com financiamento de recursos do edital SUS/FAPERGS/CNPq 08-04.

A equipe de pesquisa foi composta pelos pesquisadores: Charles Henrique Cavalheiro, Claides Abegg, Denise Aerts, Fernanda Hilgert Mallmann, Paulo Ricardo Baccarin Matte, Rosane Silva Davoglio, Vanessa Bittencourt, Victor Nascimento Fontanive e a autora desse estudo, Liese Ilha.

O trabalho é apresentado em três partes, seguindo a ordem:

1. Introdução, Revisão de Literatura, Hipótese, Objetivo e Métodos
2. Artigo
3. Considerações Finais

A primeira e a terceira parte estão formatadas segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para apresentação de trabalhos acadêmicos, ABNT-NBR 14724 (2006), e para elaboração de referências bibliográficas ABNT-NBR 6023 (2002). O artigo científico será submetido à publicação na revista “Journal of the American Geriatrics Society”, estando formatado conforme as normas do referido periódico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 INDICADORES SÓCIO-DENTAIS.....	15
2.2 ORAL IMPACT ON DAILY PERFORMANCES (OIDP).....	16
2.3. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA.....	19
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 OBJETIVO GERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4 HIPÓTESE.....	23
5 METODOLOGIA.....	24
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	24
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
5.3 POPULAÇÃO ALVO.....	24
5.4 PLANO AMOSTRAL.....	24
5.4.1 Cálculo da Amostra.....	24
5.4.2 Processo de Amostragem.....	25
5.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	27
5.6 COLETA DE DADOS.....	27
5.7 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO DOS EXAMINADORES.....	27
5.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	28
5.8.1 Oral Impact on Daily Performances (OIDP).....	28
5.8.1.1 Conteúdo do índice e Sistema de Classificação.....	28
5.8.1.2 Classificação de Frequência.....	29
5.8.1.3 Classificação de Severidade.....	30
5.8.1.4 Método de Classificação do Impacto.....	30
5.8.1.5 Relação Causal do Impacto.....	32
5.8.2 Exame Clínico.....	33
5.8.3 Questionário de Avaliação Socioeconômica.....	33
5.9 ESTUDO PILOTO.....	34
5.10 CONTROLE DE QUALIDADE DE DADOS.....	34
5.11 CONFIABILIDADE DAS ENTREVISTAS E CONSISTÊNCIA DOS EXAMES.....	34

5.12 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	34
5.12.1 Variáveis Sociodemográficas.....	34
5.12.2 Variáveis Clínicas.....	36
5.12.3 Variável Dependente (Desfecho).....	38
5.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	39
5.14 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
ARTIGO.....	41
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	59
ANEXO.....	62
ANEXO – DOCUMENTO DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA.....	63
APÊNDICES.....	64
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO OIDP.....	65
APÊNDICE B – FICHA DE EXAME CLÍNICO.....	70
APÊNDICE C – QUESTÕES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	72

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, vários pesquisadores tem se proposto a investigar o impacto das condições de saúde na vida das pessoas e muitos têm demonstrado uma relação entre as condições de saúde bucal e qualidade de vida (STANDER et al.,2009; HUGO et al, 2009; DAHL; WANG; ÖHRN, 2011). Segundo a Organização Mundial da Saúde (1994), qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo perante a vida, considerando o contexto cultural no qual ele vive e relacionado aos objetivos e expectativas de cada um, incorporando assim, os aspectos relacionados à saúde física, o estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e características do meio ambiente nessa abordagem.

Tendo em vista essa crescente preocupação com a avaliação dos aspectos subjetivos relacionados com o impacto das doenças e comprometimento das atividades diárias, vem se desenvolvendo diferentes medidas de percepção da saúde e de disfunção/status funcional (FLECK, 2000). Em saúde bucal, vários indicadores foram criados para superar as limitações das avaliações baseadas exclusivamente em critérios clínicos e na tentativa de mensurar o impacto das condições bucais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Tais indicadores têm sido genericamente denominados indicadores sócio-dentais (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001).

Os indicadores sócio-dentais conseguem mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, incluindo desde os aspectos funcionais (como, por exemplo, comer), os psicológicos (como humor, irritação) até os sociais (como freqüentar a escola, trabalhar e desempenhar obrigações familiares). O uso destes indicadores, baseados na autopercepção e nos impactos bucais, oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços de saúde e a principal é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (SHEIHAM, 2000). Entre os indicadores sócio-dentais o Oral Impact of Daily Performances/ Impacto das Condições de Saúde Bucal nas Atividades Diárias (OIDP), desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997), aborda a quantificação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos, através da freqüência e da severidade. Também procura aferir a importância da percepção do informante sobre este impacto e avaliar as causas dele.

Para Sheiham (2005), a saúde bucal afeta as pessoas fisicamente e psicologicamente e influencia como elas crescem, aproveitam e vivem a vida, falam, mastigam, saboreiam os alimentos e se socializam, assim como influencia o seu bem-estar social. A saúde bucal

contribui positivamente para o bem estar físico, mental e social, permitindo ao indivíduo falar, comer e se socializar sem impedimento por dor, desconforto ou embaraço. Por outro lado, uma condição bucal deficiente, como ausência de elementos dentários, uso de próteses inadequadas ou dor, pode causar dificuldades para mastigação, descontentamento e isolamento social (GUIMARÃES et al., 2005; YOSHIDA et al., 2001).

No Brasil, o sistema público de saúde não tem estrutura adequada e suficiente para absorver a demanda por atenção a saúde bucal da população, principalmente das faixas etárias mais elevadas (SILVA; MAGALHÃES; FERREIRA, 2010). Dessa forma, apesar das melhorias observadas quando comparados os dois últimos levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional, realizados nos anos de 2003 e 2010, observou-se que o quadro de saúde bucal da população adulta e idosa apresentou avanços menos significativos e que ainda há um grande número de pessoas com necessidade de assistência odontológica, principalmente na questão protética (BRASIL, 2011).

Diante disso, o objetivo deste estudo é investigar a relação entre o uso e a necessidade de prótese dentária e o Impacto da Condição de Saúde Bucal na Qualidade de Vida, nos indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nessa seção apresentaremos o aporte teórico sobre as seguintes temáticas: indicadores sócio-dentais, em especial o Oral Impact on Daily Performance (OIDP) e um breve referencial sobre as condições de saúde bucal da população brasileira.

2.1 INDICADORES SÓCIO-DENTAIS

Tradicionalmente, a odontologia tem utilizado quase que exclusivamente medidas clínicas para descrever as condições de saúde bucal da população, como por exemplo, Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) para doença cárie e o Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal (CPITN) para doença periodontal (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007; OMS, 1999). Esses indicadores avaliam apenas a presença ou ausência de doença e não consideram os fatores relacionados à auto-percepção do indivíduo sobre sua saúde bucal e as consequências psicológicas e sociais dos agravos na vida das pessoas (LOCKER, 1989).

No entanto, tendo em vista o conceito atual de saúde da Organização Mundial da Saúde, que como refere Minayo (2000) tornou-se sinônimo de qualidade de vida, a mensuração da saúde não pode mais restringir-se à ausência de doenças ou agravos e torna-se importante considerar as demais dimensões envolvidas no processo saúde-doença, bem como as repercussões dos problemas de saúde na vida dos indivíduos (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Dessa forma, objetivando mensurar a relação entre saúde bucal e qualidade de vida, diferentes indicadores foram desenvolvidos ao longo dos últimos anos, numa tentativa de acrescentar outras dimensões na avaliação de necessidades em saúde bucal, para além da condição clínica observada pelos profissionais de saúde (SHEIHAM, 2000). Tais indicadores buscam avaliar os impactos sociais, psicológicos, culturais e econômicos dos problemas bucais, assim como a percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua saúde e suas necessidades em saúde e são chamados indicadores sócio-dentais (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001).

O uso de indicadores sócio-dentais em conjunto com informações clínicas oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos, e a principal é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (SHEIHAM, 2000).

A estrutura teórica da maioria dos indicadores sócio-dentais fundamenta-se na *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – Classificação de

Comprometimento, Incapacidades e Deficiências da Organização Mundial da Saúde, desenvolvida em 1980 e adaptada para odontologia por Locker em 1989 (SHEIHAM, 2000; GOMES; ABEGG, 2007). Esse modelo utiliza as dimensões de comprometimento, limitações funcionais, desconforto, incapacidade e deficiências, conceitos capazes de relacionar as questões biológicas à qualidade de vida (LOCKER, 1989; SHEIHAM, 2000). Em sua adaptação, Locker (1989) definiu três diferentes níveis de impacto, de acordo com as conseqüências dos problemas de saúde bucal (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). O primeiro nível refere-se às condições clínicas; o segundo nível inclui os possíveis impactos negativos das condições bucais, tais como: dor, desconforto e limitação funcional, além da insatisfação com a aparência. E o terceiro nível é representado pelo impacto na capacidade de realizar as atividades diárias para avaliar o desempenho físico, psicológico e social. Assim, qualquer das dimensões do segundo nível pode ter impacto no desempenho diário (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

A partir deste modelo, inúmeros instrumentos de aferição capazes de englobar os aspectos psicológicos e sociais, através da auto-percepção e das medidas de impacto causados na qualidade de vida das pessoas já foram desenvolvidos e validados na literatura, mas cada um possui especificidades que os diferem entre si. As diferenças dependem do objetivo principal da medida a ser analisada, conteúdo específico de cada indicador, número de itens avaliados, método de administração, possibilidade de respostas e amplitude do impacto a ser medido (LOCKER, 1989; SHEIHAM, 2000). Os seguintes indicadores podem ser citados: *Sickness Impact Profile* (SIP), *Social Impacts of Dental Disease* (SIDD), *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI), *Dental Impact Profile* (DIP), *Oral Health Impact Profile* (OHIP), *Oral Health-Related Quality of Life Measure* (OHQOL), *Dental Impacto on Daily Living* (DIDL), *Oral Health Quality of Life Inventory* (OH-QoL) e o *Oral Impact on Daily Performance* (OIDP), que foi utilizado nessa pesquisa.

2.2 ORAL IMPACT ON DAILY PERFORMANCES (OIDP)

O OIDP é um dos indicadores sócio-dentais, que objetiva medir a influência dos impactos bucais no desempenho das atividades diárias das pessoas, através da avaliação da frequência e severidade dos impactos nos últimos seis meses (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

A estrutura teórica do OIDP baseia-se, igualmente a outros indicadores, na *International Classification of Impairments, Disabilities Handicaps* da Organização

Mundial da Saúde, traduzida por Locker (1988) para a Odontologia. Essa classificação estabeleceu três diferentes níveis de impacto. O primeiro, relacionado às condições clínicas e o segundo, relacionado aos possíveis impactos negativos das condições bucais (dor, desconforto, limitação funcional e insatisfação estética). O último nível representa os impactos que afetam a habilidade de desenvolver atividades diárias, sejam eles físicos, psicológicos ou sociais (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

O OIDP concentra-se na medição do terceiro nível de impacto e possui algumas vantagens. Primeiro, possui uma abordagem concisa e engloba todas as conseqüências de impacto do nível dois no desenvolvimento de atividades diárias. Segundo, ajuda a reduzir ou até mesmo evitar, a sobrepontuação pela repetição dos escores dos mesmos impactos repetidos nos três níveis. Terceiro, somente impactos significantes são recordados, através da eliminação de condições menos significativas que não afetam as atividades diárias. Quarto, é mais fácil medir impactos de comportamento, em termos de desempenho das atividades diárias, como por exemplo, comer e falar, do que medidas de sentimento como desconforto e preocupação (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

A primeira versão do OIDP, desenvolvida por Adulayon e Sheiham (1997), consiste na avaliação de oito atividades diárias que podem ser afetadas por impactos bucais. São elas: comer e apreciar a comida, falar e pronunciar as palavras com clareza, limpar os dentes, dormir e relaxar, sorrir e dar risada sem ficar envergonhado, manter o estado emocional e não ficar irritado, ter satisfação para trabalhar e ter contatos sociais e gostar de ter contato com as pessoas (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). Adaptações desse instrumento foram feitas para a validação do mesmo para outras populações e faixas etárias (SHEIHAM et. al., 1999; TSAKOS; MARCENES; SHEIHAM, 2001).

Além dos aspectos já mencionados, também são questionados os problemas bucais e os sintomas percebidos pelos sujeitos como causadores de impacto, a fim de relacioná-los à condição clínica, o que torna o OIDP mais consistente para ser utilizado na avaliação das necessidades de tratamento (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

O índice OIDP é satisfatório em relação as suas medidas psicométricas e possui uma base teórica firme, além de possuir um índice conciso, confiável e válido. Os valores diferenciam claramente grupos de pessoas saudáveis em relação às pessoas com baixo índice de saúde bucal, assim como diferencia as pessoas com diferentes percepções dos impactos bucais de maneira geral. Pode ser usado em várias idades e culturas, em populações com diferentes condições de saúde e para avaliação e planejamento de programas de saúde bucal (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Muitos estudos envolvendo o OIDP vêm sendo realizados, para investigar a relação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. (ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996; SRISILAPANAN E SHEIHAM, 2001; SHEIHAM et al., 2001; CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2002; GOMES e ABEGG, 2007; LACERDA et al., 2008; COSTA et al., 2011). Na população acima de 50 anos, vem ocorrendo um aumento no número de estudos utilizando esse instrumento. Entre esses, podemos citar os estudos realizados na Grã-Bretanha (SHEIHAM et al., 2001), Tailândia (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001), Grécia (TSAKOS; MARCENES; SHEIHAM, 2001), Brasil (PEREIRA; LACERDA; TRAEBERT, 2009), China (ZENG et al, 2010) e Suécia (JOHANSSON et al., 2011).

No estudo realizado na Grã-Bretanha, idosos institucionalizados e não-institucionalizados foram pesquisados para avaliar a prevalência dos impactos odontológicos na qualidade de vida, particularmente na alimentação. Os impactos foram mais prevalentes entre a amostra de idosos institucionalizada, particularmente os dentados. A pesquisa mostrou que as condições de saúde bucal dos idosos frequentemente afetam a qualidade de vida dessa população, especialmente para se alimentar (SHEIHAM et al., 2001).

Srisilapanan e Sheiham (2001) avaliaram a prevalência dos impactos bucais relacionados à qualidade de vida em idosos tailandeses. Mais de 50% das pessoas entrevistadas tinham pelo menos um impacto do OIDP. A atividade diária mais afetada foi alimentar-se (47,2%) e os dois principais sintomas que causaram impactos foram dor e limitação funcional. Resultados mostraram que os impactos possuem relações com as variáveis clínicas e sociais e são mais comuns em pacientes desdentados (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001).

Em um estudo realizado com o objetivo de examinar as propriedades psicométricas de uma versão modificada do OIDP, em populações idosas, na Grécia e Grã-Bretanha, foi realizado um levantamento epidemiológico com indivíduos de idade superior a 65 anos e vivendo independentemente nas comunidades. Foi demonstrado que o OIDP modificado é uma medida válida e confiável da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, para população estudada (TSAKOS; MARCENES; SHEIHAM, 2001).

Em uma pesquisa realizada no Brasil, uma amostra de 180 indivíduos acima de 59 anos, da cidade de Florianópolis, foi entrevistada e examinada. O OIDP foi o instrumento utilizado para coletar dados referentes ao impacto da saúde bucal. Os autores encontraram uma frequência de impacto bucal em 45,6% da amostra estudada. As atividades mais afetadas foram sorrir (27,8%) e aproveitar o convívio com outras pessoas (25,0%). A

insatisfação com a aparência dos dentes foi a principal causa de interferência nessas atividades e a condição bucal específica, responsável pela interferência em ambas, foi um problema em adaptação da prótese (14,4% e 11,1%, respectivamente) (PEREIRA; LACERDA; TRAEBERT, 2009).

Zeng et al (2010) investigaram a relação entre diferentes indicadores clínicos de saúde bucal e o impacto dessas condições na qualidade em indivíduos dentados com idade superior a 55 anos, no sul da China. Os resultados da pesquisa mostraram que todos os indicadores clínicos estiveram associados ao OIDP, sendo a principal relação encontrada entre o número de dentes naturais mais os substituídos por prótese e o índice OIDP.

Mais recentemente, Johansson et al (2011) publicaram os resultados da pesquisa realizada com pessoas nas idades de 50, 65 e 75 anos, onde avaliaram o impacto da xerostomia na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, utilizando o índice OIDP.

2.3. CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA E IDOSA

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento pode ser classificado em quatro estágios: meia-idade ou primeiro envelhecimento (45 a 59 anos); senescência gradual (60 a 70 anos); velhice conclamada (70 a 90 anos) e longeva (acima de 90 anos) (WHO, 2002).

No Brasil, são considerados idosos, os indivíduos com idade superior a sessenta anos (BRASIL,2004). No entanto, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de alterações biológicas que ocorre progressivamente. Dessa forma, podemos falar em idade biológica, psicológica e social, que podem ser diferentes da idade cronológica, e essas devem ser consideradas no planejamento de políticas voltadas às necessidades dessa população.

O envelhecimento causa alterações no sistema estomatognático tais como: alterações na estrutura óssea da maxila e mandíbula; reabsorções do rebordo residual; perda de resistência e tonicidade dos músculos faciais; diminuição do fluxo salivar e aumento da viscosidade; alterações na mucosa bucal e lingual; aumento de problemas gengivais e periodontais; alterações dentárias (como mudança de cor, desgastes, e modificações em nível de esmalte, dentina, polpa e cimento). Sendo assim, na odontologia, a preocupação com os idosos reside no fato, entre outros, de que a capacidade mastigatória está intimamente ligada à condição nutricional e esta, à saúde geral dos indivíduos, o que repercute na sua qualidade de vida. Embora a estética seja importante, a cavidade bucal deve ser vista em sua plenitude, pois por meio dela existe a integração social do indivíduo

(BRUNETTI; MONTENEGRO, 2002).

Segundo Locker (1997), para a manutenção da qualidade de vida, a condição de saúde dos indivíduos de meia-idade e idosos é, talvez, o principal fator que precisa ser levado em consideração. Desordens, freqüentemente incapacitantes, influenciam no desempenho das atividades diárias básicas, como caminhar, sair de casa, e realizar movimentos como estender os braços e pegar pequenos objetos. Assim, a necessidade de serviços, não é determinada unicamente pela presença ou ausência de doença, mas está baseada na capacidade do indivíduo de tolerar e se beneficiar do tratamento. Para isso os serviços devem estar preparados para proporcionar a continuidade do cuidado (LOCKER, 1997).

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (IBGE, 2003), o número de brasileiros com 50 anos ou mais corresponde a 18% da população total, o que equivale a mais de 31 milhões de pessoas. Esse mesmo estudo, ao avaliar o acesso e utilização dos serviços de saúde por essa população, verificou que 51,30% do total de pessoas com idade de 50-64 anos não compareceram a consulta odontológica há 3 anos ou mais. Esse estudo apresentou uma tendência no aumento do número de consultas médicas com a idade. Há, ainda, uma progressão da proporção de pessoas que declararam restrição de suas atividades habituais por motivos de saúde, alcançando 14% no grupo de 65 anos ou mais de idade (IBGE, 2003).

Em relação às condições de saúde bucal da população brasileira, o levantamento epidemiológico divulgado em 1988 expôs uma dura realidade no país. Tal levantamento, que abrangeu apenas a população de até 59 anos, tornou possível verificar o alto valor percentual do componente P (perdido) nos valores do índice CPO-D médio (dentes cariados, perdidos e obturados) dos adultos. Na população entre 35-44 anos, observou-se o CPO-D de 22,5, e, na faixa que se encontra entre 50-59 anos, o de 27,2. O componente P, nas duas amostras, representou, respectivamente, 66% e 86% dos valores relatados (SILVA, et al., 2010).

Os dados do inquérito epidemiológico “Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira – SB – Brasil, 2003” (BRASIL,2004) mostraram que a alta prevalência de perda dentária na população adulta no Brasil se manteve ao longo dos anos. Para a população de 35 a 44 anos, o índice CPO-D era de 20,1 dentes e o componente perdido representando 66% deste índice, já na faixa de 65 a 74 anos, o índice CPO-D era de 27,8 dentes com experiência de cárie, sendo o componente perdido, responsável por 93% da composição do índice (BRASIL, 2004). A condição de edentulismo nessa faixa etária foi ratificada pelos índices de uso e necessidade de prótese dentária, que foram avaliados

pelo mesmo estudo. Segundo o SB Brasil 2003, 66% das pessoas, na faixa etária de 65 a 74 anos, faziam uso de algum tipo de prótese dentária na arcada superior e 31% usa prótese inferior. Quanto a necessidade de prótese dentária, 32% dessa população necessitava algum tipo de prótese dentária na arcada superior e 56% necessitava de prótese inferior.

Por fim, o último levantamento epidemiológico de abrangência nacional, SB Brasil 2010, mostrou uma melhor situação de saúde bucal da população brasileira. Para faixa etária de 35 a 44 anos, essas mudanças foram mais significativas, ocorrendo uma diminuição de 19% no índice CPO-D em relação aos resultados de 2003, e mais importante, houve uma diminuição no componente perdido do índice, passando de 13,2 para 7,3 dentes. Já para os idosos, as alterações no CPO-D não foram tão relevantes, bem como em relação à necessidade prótese, no qual os números foram bem próximos aos de 2003 (BRASIL,2011).

Como pode-se observar, a condição clínica de saúde bucal dos adultos brasileiros apresentou melhoras nos últimos anos, mas ainda permanece uma grande necessidade de atenção a saúde bucal, principalmente no que se refere a reabilitação protética. Ao mesmo tempo, pouco se tem investigado para conhecer a percepção dos indivíduos sobre esta condição e como ela afeta o seu cotidiano.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a relação entre o uso e a necessidade de prótese dentária e o Impacto da Condição de Saúde Bucal na Qualidade de Vida, nos indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar as variáveis clínicas de saúde bucal, uso e necessidade prótese dentária, à prevalência do Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida.
- Relacionar as variáveis clínicas de saúde bucal, uso e necessidade prótese dentária, ao Escore do OIDP.

4 HIPÓTESE

A necessidade e o uso de próteses dentárias em indivíduos com perdas de dentes estão relacionadas com o Impacto da Condição de Saúde Bucal na Qualidade de Vida. Os indivíduos usuários e/ou que necessitam prótese possuem maior chance de apresentar impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, quando comparados aos indivíduos que não fazem uso e/ou não possuem necessidade.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo analítico transversal de base populacional.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, a qual possui uma população de 1.409.351 e está entre as capitais brasileiras com maior número de pessoas idosas (13%) (IBGE, 2011).

O município de Porto Alegre é constituído por 82 bairros, distribuídos em 16 distritos sanitários e destes, três foram selecionados aleatoriamente para este estudo: Leste, Partenon e Glória.

5.3 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo compreende os indivíduos de 50 a 74 anos de idade, de ambos os sexos e residentes nos distritos sanitários selecionados.

5.4 PLANO AMOSTRAL

5.4.1 Cálculo da Amostra

O cálculo amostral foi realizado utilizando-se o programa estatístico EpiData, estimando-se uma prevalência de 0,50 para o desfecho e um intervalo de confiança de 95% e margem de erro bilateral de 4%. A amostra calculada foi de 601 indivíduos. Para compensar as possibilidades de perdas, calculou-se um acréscimo de 10% sobre a amostra, alcançando-se um n de 661 indivíduos. Por ser uma amostra de conglomerados, calculou-se um efeito delimitação de 20%, dessa forma obtendo-se um n final de 793 indivíduos, de ambos os sexos, com idades entre 50 e 74 anos.

5.4.2 Processo de Amostragem

Realizou-se uma amostragem aleatória proporcional em múltiplos-estágios:

1º Estágio - Distrito Sanitário

Do total de 16 distritos sanitários que compõem a cidade de Porto Alegre, três foram sorteados de forma aleatória simples: Leste, Partenon e Glória. O número de sujeitos a ser examinado em cada distrito (distribuição da amostra), foi calculado tendo como referência a distribuição proporcional do n total de indivíduos (793 sujeitos) em relação à população da faixa etária de interesse para o estudo (50-74 anos), utilizando-se a seguinte fórmula:

$$\text{Amostra por distrito} = \frac{\text{População de cada distrito entre 50-74 anos}}{\text{Total de indivíduos entre 50-74 anos nos 3 distritos}} \times 793 \text{ (n total)}$$

O resultado final deste cálculo pode ser observado no Quadro 1:

Quadro 1 – População residente, população residente entre 50-74 anos e n calculado por distrito.

Distrito	População residente	População residente entre 50 e 74 anos	Proporção indivíduos entre 50-74 anos/ população residente total	n por distrito
Leste	138.305	17.523	0,33	265
Partenon	143.626	25.157	0,48	382
Glória	61.580	9.601	0,18	146
Total	343.511	52.281	0,152	793

Fonte: Dados da Pesquisa

2º Estágio – Setor Censitário

Num segundo momento realizou-se uma listagem de todos os setores censitários que compunham os distritos sanitários selecionados e se elaborou um mapa por meio do programa Arch Explorer. Os setores censitários foram selecionados aleatoriamente. O número de setores censitários foi definido através da metodologia descrita por Barros e

Victora (1998). A partir da amostra (793 sujeitos) distribuída proporcionalmente em cada distrito sanitário e, considerando-se a realização de 8 exames/dia por dupla examinador/anotador, dividiu-se o N de cada distrito por 8. O resultado obtido determinou o número de setores censitários necessários para cada distrito, ao qual foram acrescentados 10% para possíveis perdas. O Quadro 2 apresenta a amostra e número de setores censitários para cada distrito sanitário.

Quadro 2 – Amostra e número de setores censitários a serem visitados por distrito sanitário

Distrito	n por distrito	Nº de setores censitários necessários por distrito	Nº de setores censitários necessários por distrito + 10% (perdas)
Leste	265	33.1	36
Partenon	382	47.7	51
Glória	146	18.2	20
Total	793	98	107

Fonte: Dados da Pesquisa

3º Estágio – Quarteirão

Definiu-se o ponto de partida para os exames com base num fluxograma elaborado a partir dos mapas dos setores censitários e sendo usados como referência, os quarteirões. Todos os quarteirões eram numerados e sorteava-se um deles.

4º Estágio – Domicílios

No quarteirão selecionado, numeravam-se as esquinas e sorteava-se a que seria o ponto inicial. A partir da esquina sorteada, visitava-se a primeira casa e seguiam-se as visitas nas casas contíguas, andando para esquerda estando de frente para casa, até obter as oito entrevistas. Em cada domicílio, apenas um indivíduo era entrevistado. No caso de haver mais de um sujeito elegível na mesma residência, optava-se pelo indivíduo do sexo masculino e havendo mais de um a escolha era aleatória.

5.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Inclusão: foram incluídos os indivíduos que possuíam idade entre 50-74 anos, residiam no setor censitário investigado e concordaram em participar do estudo.

Exclusão: foram excluídos indivíduos que não fossem residentes do domicílio, domicílios desabilitados, asilos e casas comerciais.

5.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários e de um exame físico bucal, efetuados por quatro examinadores/entrevistadores (Cirurgiões-dentistas – Mestrandos) e respectivos anotadores (alunos de graduação – bolsistas de iniciação científica). O exame físico e a entrevista foram realizados nos domicílios.

5.7 TREINAMENTO E CALIBRAÇÃO DOS EXAMINADORES

O processo de calibração foi iniciado pela leitura prévia do Manual do Examinador do SB/BRASIL 2003, seguido de discussões e padronização de critérios para a aplicação dos exames pelos quatro examinadores.

A etapa prática iniciou-se com a aplicação do exame em cinco pacientes da clínica da Faculdade de Odontologia da UFRGS com a mesma faixa etária dos sujeitos da pesquisa. Após uma semana, os cinco pacientes foram re-examinados pelos mesmos examinadores, sob as mesmas condições de trabalho para calibração intra e inter examinadores.

A concordância foi avaliada pelo Índice *Kappa*. Todos os valores intra-examinadores foram superiores a 0,81, considerado um índice de concordância ótimo. O padrão ouro escolhido foi o pesquisador que obteve a maior soma dos resultados *Kappa* obtidos nos exames. No *Kappa* inter-examinadores, a concordância foi superior 0,76, considerada boa (ANTUNES; PERES, 2006). Os examinadores também foram treinados para aplicação dos questionários, para familiarizar-se com as perguntas e diminuir dúvidas.

5.8 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados utilizando-se três instrumentos: *Oral Impact on Daily Performance* (OIDP) validado para esta pesquisa; Ficha de exame clínico e Questionário de avaliação socioeconômica, adaptados do SB Brasil-2003 (BRASIL, 2004).

5.8.1 Oral Impact on Daily Performances (OIDP)

Esse instrumento foi utilizado para avaliar o impacto da saúde bucal no desempenho das atividades diárias dos indivíduos, envolvendo as dimensões físicas, psicológicas e sociais. Para fins desse estudo foi realizada sua adaptação transcultural. O processo envolveu a validação face a face, de conteúdo e critérios, realizada em uma amostra de conveniência de 355 indivíduos. O coeficiente de confiabilidade interna do OIDP foi de 0,69 (alpha de Cronbach). No teste-reteste, a estabilidade do OIDP, medido pelo ICC também ficou em 0,69.

5.8.1.1 Conteúdo do índice e Sistema de Classificação

O OIDP originalmente desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997) contem oito itens, no entanto, a versão utilizada nesse estudo é a adaptada por Tsakos, Marcenes e Sheiham (2001), que contem dez itens. Para essa pesquisa, foi acrescentado o item impacto para trabalhar (Apêndice A).

Quadro 3 – Atividades/Desempenhos Incluídos no OIDP.

Atividades /Desempenhos Incluídas no OIDP
Comer
Falar claramente
Limpar seus dentes (dentadura)
Realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos
Sair (Por exemplo, ir às compras ou visitar alguém)
Dormir
Sorrir, dar risada e mostrar os dentes sem ficar envergonhado
Estado Emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal
Trabalhar

Aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos
Descansar

Fonte: Tsakos; Marcenes; Sheiham, 2001- adaptado para pesquisa

O sistema de classificação para OIDP quantifica o impacto pela frequência e severidade, distribuídas em uma escala de 5 pontos e permite também que se avalie a relação causal do impacto.

5.8.1.2 Classificação de Frequência

A frequência do impacto é obtida através do padrão de ocorrência. O período de tempo estabelecido para o uso do OIDP é de 6 meses, considerando que esse período é usado para doenças crônicas, tornando-se adequado para ser utilizado para os problemas bucais comuns (SHEIHAM, 2000).

Quadro 4 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses.

FREQUENCIA DA ATIVIDADE/DESEMPENHO	PONTUAÇÃO
Seguidamente	1
Em parte desse período	2

Fonte: Tsakos; Marcenes; Sheiham, 2001.

Quadro 5 - Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas em parte do período de 6 meses.

FREQUENCIA DA ATIVIDADE/DESEMPENHO	PONTUAÇÃO
Mais de 3 meses	5
De 2 a 3 meses	4
De 1 a 2 meses	3
De 5 dias a 1 mês	2
Por 5 dias ou menos?	1

Fonte: Tsakos; Marcenes; Sheiham, 2001

Quadro 6 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas em todo o período nos últimos seis meses

Atividade/desempenho	Pontuação
Menos de 1 vez por mês	1
De 1 – 2 vezes por mês	2
De 1 - 2 vezes por semana	3
De 3 - 4 vezes por semana	4
Todos os dias ou quase todos os dias	5

. Fonte: Tsakos; Marcenes; Sheiham, 2001.

5.8.1.3 Classificação de Severidade

O escore da severidade traduz outra dimensão do impacto que é a relativa importância dos mesmos nos diferentes aspectos do desempenho diário, na percepção do respondente (ADULYANON, SHEIHAM, 1997). A severidade dos impactos é obtida pedindo aos entrevistados que indiquem, variando de 0 (representa nenhum) à 5 (representa o extremo), quanta alteração ou incômodo o impacto causou ao seu cotidiano diário (SHEIHAM, 2000).

Quadro 7 – Critérios de classificação da severidade dos impactos percebidos nos últimos seis meses.

Severidade do impacto	Pontuação
Não tem afetado	0
Tem afetado muito pouco	1
Tem afetado um pouco	2
Tem afetado mais ou menos	3
Tem afetado bastante	4
Tem afetado demais	5

Fonte: Tsakos; Marcenes; Sheiham, 2001

5.8.1.4 Método de Classificação do Impacto

O impacto total sobre cada desempenho é calculado multiplicando a frequência (que pode variar de um a cinco) com a severidade (que pode variar de zero a cinco). A pontuação total é soma de todos os desempenhos afetados no indivíduo.

Quadro 8 – Cálculo do OIDP.

Desempenho diário	Pontuação da frequência do impacto	X	Pontuação da severidade do impacto	Total
Comer	1 a 5	X	0 a 5	
Falar claramente	1 a 5	X	0 a 5	
Limpar seus dentes (dentaduras)	1 a 5	X	0 a 5	
Realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos	1 a 5	X	0 a 5	
Sair (ex. ir às compras ou visitar alguém)	1 a 5	X	0 a 5	
Dormir	1 a 5	X	0 a 5	
Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	1 a 5	X	0 a 5	
Estado emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal	1 a 5	X	0 a 5	
Trabalhar	1 a 5	X	0 a 5	
Aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinho	1 a 5	X	0 a 5	
Descansar	1 a 5		0 a 5	
OIDP TOTAL (soma dos impactos dos onze desempenhos diários)				

Fonte: Tsakos; Marcenes; Sheiham, 2001

Então, essa soma é dividida pela pontuação máxima possível (número de performances avaliadas: 11 X frequência do escore: 5 X frequência da severidade: 5 = 275) e multiplicada por 100 para ter a porcentagem do escore.

5.8.1.5 Relação Causal do Impacto

O OIDP além de medir o impacto das condições de saúde bucal no desempenho das atividades diárias, avalia as causas dos impactos e as necessidades de tratamento específicas dos sujeitos (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Dessa forma, o entrevistado que referiu algum impacto, foi questionado sobre qual a causa principal deste problema e tipo de prejuízo que lhe tem causado. A partir da resposta, pode-se relacionar o impacto odontológico à condição clínica especificada.

Quadro 9 – Critérios de Classificação dos problemas bucais que causaram impacto no desempenho diário.

dor de dente	1	gengiva retraída (gengiva que subiu ou desceu)	12
dente sensível	2	tártaro	13
Cárie dentária (buraco no dente)	3	úlceras, feridas ou manchas na boca	14
Dente quebrado	4	mau hálito	15
perda de dente/dentes	5	deformidade bucal ou do rosto (ex. lábio leporino, fenda palatina, abertura no céu da boca)	16
dente frouxo/mole	6	mandíbula (carrinho) com estalido ou rangido na mandíbula (carrinho)	17
Cor dos dentes	7	obturações ou coroas com defeito (ex. quebrado, por causa da cor)	18
posição dos dentes (ex. torto ou prá frente, espaço entre os dentes)	8	dentadura frouxa ou mal-ajustada (machucando)	19
forma ou tamanho dos dentes	9	aparelho nos dentes (ortodôntico)	20
Gengiva sangrando	10	ou qualquer outra razão? (por favor diga qual)	88

gengiva inchada (abscesso gengival)	11		
-------------------------------------	----	--	--

Fonte: Tsakos; Marcenes; Sheiham, 2001.

5.8.2 Exame Clínico

A ficha para coleta dos dados clínicos (Apêndice B) foi desenvolvida com base naquela utilizada pelo SB/Brasil 2003 (BRASIL,2004). O exame clínico foi realizado nos domicílios, após as entrevistas, por 4 cirurgiões-dentistas previamente treinados e calibrados. Foram utilizados odontoscópios com espelhos planos nº 5, sondas periodontais padrão OMS e gaze esterelizada, bem como equipamentos de proteção individual. Além disso, todas as normas de biossegurança foram seguidas, e os instrumentais foram devidamente esterelizados na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os exames foram realizados com auxílio luz artificial (lanterna de mão) e iniciavam pela avaliação do uso e necessidade de prótese, seguidos pela avaliação da condição e necessidade de tratamento de cada elemento dentário, a partir da região posterior do primeiro quadrante em sentido horário, sendo que o anotador era avisado cada vez que o exame de um quadrante se encerrava. Após a avaliação das estruturas dentárias, foi realizada inspeção dos tecidos moles. Todos os participantes foram informados sobre suas condições de saúde bucal e orientados a procurar serviço odontológico se necessário.

Os critérios de avaliação clínica foram os recomendados pela Organização Mundial da Saúde, complementados pelos adotados pelo Levantamento Epidemiológico SB/BRASIL 2003 (BRASIL,2004).

5.8.3 Questionário de Avaliação Sociodemográfica

Para coleta dos dados socioeconômicos e demográficos foi desenvolvido um questionário a partir de uma adaptação do instrumento utilizado pelo SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004). (Apêndice C)

5.9 ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de testar a aplicação dos instrumentos de pesquisa, bem como dimensionar o tempo médio necessário para realização da coleta, foi realizado um estudo piloto. O estudo foi realizado em uma amostra de conveniência de 40 sujeitos de 50 a 74 anos, de ambos os sexos, residentes em Porto Alegre. Após o mesmo, foram realizados pequenos ajustes de linguagem e na seqüência de aplicação dos instrumentos.

5.10 CONTROLE DE QUALIDADE DE DADOS

Ao término de cada exame e entrevista, o examinador revisava as fichas a fim de verificar o correto preenchimento e coerência nos registros. A digitação dos dados foi realizada por pessoal treinado e com conhecimento do estudo em questão. A cada dez questionários digitados foi realizada uma listagem dos mesmos para a conferência com os instrumentos originais.

5.11 CONFIABILIDADE DAS ENTREVISTAS E CONSISTÊNCIA DOS EXAMES

A confiabilidade dos dados foi realizada por intermédio da re-entrevista de 5% da amostra num intervalo de uma semana. Os coeficientes de correlação intraclasse foram: 0,85 para o questionário e 0,80 para o OIDP.

5.12 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As seguintes variáveis foram analisadas nesse estudo:

5.12.1 Variáveis Sociodemográficas

a) Idade: foi coletada em anos completos e posteriormente categorizada, tendo como referência o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004);

50-59 anos: código 0

60-74 anos: código 1

b) Sexo: coletada seguindo a sua ocorrência;

Masculino: código 0

Feminino: código 1

c) Escolaridade: Nesta variável considerou-se o número de anos de estudo completados no ensino formal, sem contar os anos de repetência, sendo considerados também os cursos de especialização e pós-graduação. A mesma foi dicotomizada a partir da avaliação da sua frequência;

6 anos ou mais de estudo: código 0

De 0 – 5 anos de estudo : código 1

d) Renda: Informações sobre renda foram coletadas como uma variável contínua, levando em conta o valor bruto do rendimento individual em reais. Para fins do estudo, esta variável foi categorizada com base no valor do salário mínimo vigente na época, quatrocentos e quinze reais;

Renda pessoal superior a um salário mínimo (416,00 ou mais):
código 0

Renda pessoal de zero até um salário mínimo (Até 415,00): código 1

Quadro 10 – Variáveis Sociodemográficas

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS
Idade	0: 50-59 anos 1: 60-74 anos
Sexo	0: Masculino 1: Feminino
Nível Educacional	0: 6 anos ou mais 1: De 0 – 5 anos
Renda Pessoal	0: maior que R\$ 415,00 1: menos de R\$ 415,00

Fonte: Dados da Pesquisa

5.12.2 Variáveis Clínicas

As variáveis clínicas usadas nesse estudo foram as seguintes:

a) Uso de prótese superior: para construção de tal variável o status protético foi avaliado através da análise tanto do número de dentes em boca, dividindo em grupos de edentados e dentados, quanto do uso de prótese propriamente dito, sendo que todos os tipos de prótese foram considerados em conjunto. Dessa forma, as seguintes categorias foram estabelecidas:

Dentado que não usa prótese: código 0

Dentado que usa prótese: código 1

Edêntulo que usa prótese: código 2

Edêntulo que não usa prótese: código 3

b) Uso de prótese inferior: essa variável foi construída igualmente a variável anterior, considerando apenas o arcada inferior. Sendo assim, as mesmas categorias foram estabelecidas.

Dentado que não usa prótese: código 0

Dentado que usa prótese: código 1

Edêntulo que usa prótese: código 2

Edêntulo que não usa prótese: código 3

c) Necessidade de prótese superior: da mesma forma que as variáveis anteriores, consideramos não apenas a necessidade de prótese, mas também o atual status de reabilitação dos indivíduos, independente do tipo de prótese. As seguintes categorias foram estabelecidas:

Não usa e não necessita prótese: código 0

Usa e não necessita prótese: código 1

Usa e necessita prótese: código 2

Não usa e necessita prótese: código 3

d) Necessidade de prótese inferior: elaborada da mesma maneira que a variável anterior, porém considerando apenas a arcada inferior.

Não usa e não necessita prótese: código 0

Usa e não necessita prótese: código 1

Usa e necessita prótese: código 2

Não usa e necessita prótese: código 3

Quadro 11 – Variáveis Clínicas

VARIÁVEIS CLÍNICAS	CATEGORIAS
Uso de prótese superior	0 – Dentado que não usa prótese 1 – Dentado que usa prótese 2- Edentado que usa prótese 3 – Edentado que não usa prótese
Uso de prótese inferior	0 – Dentado que não usa prótese 1 – Dentado que usa prótese 2- Edentado que usa prótese 3 – Edentado que não usa prótese
Necessidade de prótese superior	0- Não usa e não necessita prótese 1- Usa e não necessita prótese 2- Usa e necessita prótese 3- Não usa e necessita prótese
Necessidade de prótese inferior	0- Não usa e não necessita de prótese 1- Usa e não necessita prótese 2- Usa e necessita prótese 3- Não usa e necessita prótese

Fonte: Dados da Pesquisa

5.12.3 Variável Dependente (Desfecho)

As variáveis desfecho deste estudo foram a prevalência e o escore do OIDP. Primeiramente, o escore do OIDP individual foi realizado por meio da multiplicação da frequência pela severidade dos desempenhos diários atingidos, seguidos pela soma total dos escores dos desempenhos afetados. Os escores dos OIDPs variaram de 0 a 230 nessa população. Os indivíduos com OIDP maior que zero foram divididos em tercís, os que compunham os dois primeiros tercís, (OIDP = 0,4% a 16,9%) foram classificados como Impacto Baixo, enquanto o grupo de indivíduos com valores mais altos de OIDP (OIDP > 17,3%) foi classificado como Impacto Alto;

Impacto das Condições de Saúde Bucal no Desempenho Diário:

Prevalência do OIDP: 0 – sem Impacto

1 – com Impacto

Escore do OIDP: 0 – Baixo

1 – Alto

Quadro 12- Variáveis do Estudo relacionadas ao OIDP e suas categoria

VARIÁVEL DESFECHO	CATEGORIAS
Prevalência do OIDP	1- Com Impacto 0- Sem Impacto
Escore do OIDP	1- Alto 0- Baixo

Fonte: Dados da Pesquisa

5.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados criado no programa Epi-info 6 e posteriormente foram transferidos para o programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para Windows, versão 17.0.

A análise da representatividade da pesquisa foi efetuada através da comparação dos dados das variáveis sexo e idade obtidos com as informações da população dos distritos sanitários sorteados. Observou-se que a população na faixa etária de 60-74 anos e do sexo feminino estava superestimada. Foram realizados ajustes na amostra através da função “*weight cases*” no SPSS 16.0, atribuindo pesos amostrais diferenciados para cada grupo estudado através da razão do n na população/ n amostral.

A existência de associação entre os desfechos e os fatores em estudo foi verificada por meio da realização de Regressões de Poisson univariadas com ajuste para variância robusta para cada variável explicativa. A seguir foram realizados quatro modelos de Regressão de Poisson multivariados, dois para cada desfecho, com o mesmo ajuste. Nestes modelos todas as variáveis sócio-demográficas foram incluídas, bem como cada categoria de variáveis clínicas individualmente.

Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$ e limites de confiança de 95%.

5.14 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes receberam, antes do início da entrevista, as orientações necessárias a respeito dos objetivos do projeto. Foi garantida a confidencialidade dos dados, assim como a possibilidade de recusa ou abandono da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer dano ou prejuízo para o participante. Todos os participantes assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D), após a sua leitura e previamente ao início da entrevista.

O presente estudo faz parte da pesquisa intitulada “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos de Porto Alegre/RS” que teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com número de processo 46/05 (Anexo).

Previamente à realização da coleta de dados, a equipe de pesquisa entrou em contato com lideranças locais onde foram aplicados os instrumentos, a fim de esclarecer como seria realizada a coleta de dados e quais os objetivos da pesquisa.

Os entrevistados receberam esclarecimentos sobre suas condições de saúde bucal e foram orientados a procurar serviços de atendimento odontológico quando necessário.

ARTIGO**O IMPACTO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA E SUA RELAÇÃO COM A NECESSIDADE E O USO DE PRÓTESE DENTÁRIA.**

Liese Ilha¹

Claídes Abegg²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Mestranda em Odontologia - Área de Concentração em Saúde Bucal Coletiva.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Professora Adjunta do Departamento de Odontologia Preventiva e Social e Mestrado em Odontologia, Área de Concentração em Saúde Bucal Coletiva da Faculdade de Odontologia. Doutora pela University of London.

RESUMO

Embora exista ampla evidência demonstrando a relação entre condições de saúde bucal e qualidade de vida, são poucos os estudos que avaliaram o impacto do status protético, em especial, da necessidade de prótese dentária. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi investigar a relação entre uso e/ou necessidade de prótese dentária na qualidade de vida.

Método: Este estudo transversal considerou uma amostra de 720 participantes com idades entre 50 e 74 anos, residentes em três distritos sanitários da cidade de Porto Alegre/Brasil. Os participantes foram selecionados através de um processo de amostragem aleatória proporcional em múltiplos estágios. Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário Oral Impact on Daily Performance (OIDP), questões referentes as variáveis sociodemográficas e exame clínico bucal. Foram avaliados dois desfechos relacionados ao OIDP: prevalência do impacto e o escore do impacto. O escore do impacto foi dicotomizado a partir dos tercís para fins de análise. Os grupos que compunham os dois primeiros tercís (OIDP 0,4% a 16,9%) foram classificados como impacto baixo, enquanto o grupo com os valores mais altos (OIDP \geq 17,3%) foi classificado como impacto alto. Os indivíduos com escore igual a zero (OIDP = 0) foram excluídos. A existência de associação entre as variáveis explicativas e desfecho foi analisada através de quatro modelos multivariados de Regressão de Poisson.

Resultados: As variáveis uso de prótese inferior e necessidade de prótese superior estiveram associadas à prevalência do impacto, após o ajuste com as variáveis sociodemográficas. O desfecho escore do impacto esteve associado apenas a variável uso de prótese inferior. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e os desfechos.

Conclusões: Os achados confirmam a hipótese desse estudo, uma vez que o impacto das condições de saúde bucal na qualidade vida foi mais prevalente nos indivíduos que necessitam de prótese dentária.

ABSTRACT

Background: Although there are many evidences showing the relationship between oral health status and quality of life, there are few studies that evaluated the impact of prosthetic status, especially the need of dental prosthesis. Therefore, the aim of this study was to investigate the relationship of the need and use of dental prosthesis and the impact on oral health related quality of life.

Methods: This cross-sectional study considered a sample of 720 individuals aged between 50 and 74 years residing in three health districts of Porto Alegre, Southern Brazil. They were selected through multi-stage proportional random sampling. Data were collected through: questionnaire Oral Impact of Daily Performance (OIDP), questions on sociodemographic variables and oral clinical examination. For analyses purposes two outcomes were considered: occurrence of impact and OIDP scores, which was dichotomized based on tertiles. The groups that made up the first two tertiles (OIDP 0,4% a 16,9%) were classified as low impact, while the group with the righer values (OIDP \geq 17,3%) was classified as high impact. Individuals with a score of zero (OIDP = 0) were excluded. The existence of an association between the expalanatory variables and outcome was analyzed for multivariate models of Poisson Regression.

Results: The variables use of lower prosthesis and need of upper prosthesis were associated with higher prevalence of impact, after adjustment with sociodemographic variables. The outcome of impact score was associated with only the variable use of lower prosthesis. There was no statistically significant association between sociodemographic variables and outcomes.

Conclusions: The findings of this study confirm the hypothesis, since the impact of oral health status in quality of life was more prevalent in individuals who need dental prosthesis.

INTRODUÇÃO

Muitos pesquisadores têm demonstrado que a saúde bucal está relacionada com a qualidade de vida (1-4). No entanto, ainda são poucos os estudos que avaliam a relação existente entre qualidade de vida e status protético (5-7), principalmente as questões referentes à necessidade do uso de prótese dentária.

A saúde bucal afeta as pessoas fisicamente e psicologicamente e influencia como elas crescem, aproveitam e vêem a vida, falam, mastigam, saboreiam os alimentos e se socializam, assim como pode influenciar positivamente para o bem estar social, permitindo ao indivíduo falar, comer e se socializar sem impedimento por dor, desconforto ou embaraço (8).

Numa tentativa de mensurar o impacto da saúde bucal no desenvolvimento das atividades diárias foram desenvolvidos os indicadores sócio-dentais, que medem o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, incluindo os aspectos funcionais, psicológicos e sociais. O uso destes indicadores, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços de saúde bucal (9).

Uma dentição incompleta pode ser suficiente para satisfazer as necessidades funcionais bucais, ao mesmo tempo, a demanda por reposição de dentes pode estar relacionada com a posição dos dentes perdidos (10). Entretanto, existem evidências demonstrando que condições bucais como a ausência de dentes ou uso de próteses inadequadas, ocasionam problemas na vida das pessoas, como dificuldade de mastigação, descontentamento e isolamento social (11,12).

No Brasil, o levantamento epidemiológico realizado em 2010 (13) revelou uma melhoria nas condições de saúde bucal da população brasileira, comparada aos dados do inquérito realizado em 2003. Na população adulta o índice CPO-D caiu de 20,1 para 16,3 dentes e se observou uma diminuição do componente perdido desse índice. No entanto, os dados demonstraram também que ainda há uma grande parcela da população que necessita de tratamento odontológico, em especial de reabilitação protética.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi investigar a relação entre o uso e a necessidade de prótese dentária e o Impacto da Condição de Saúde Bucal na Qualidade de Vida, nos indivíduos de 50 a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/ Brasil. A hipótese desta pesquisa é que, indivíduos que usam e/ou que necessitam prótese possuam maior prevalência e maiores escores de impacto na qualidade de vida relacionada à saúde

bucal, quando comparados aos indivíduos que não fazem uso e/ou não possuem necessidade.

MÉTODO

Delineamento

Realizou-se um estudo transversal de base populacional.

População e Amostra

Participaram deste estudo indivíduos com idade entre 50 e 74 anos, residentes em três distritos sanitários do município de Porto Alegre, no período de março de 2008 a maio de 2009. O município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul, possui uma população de 1.409.351 e está entre as capitais brasileiras com maior número de pessoas idosas (13%). (14)

O tamanho da amostra foi estabelecido projetando-se uma prevalência para o desfecho de 0,50, um intervalo de confiança de 95% e margem de erro bilateral de 4%. Considerando-se um efeito delineamento igual a 1,5 e as possíveis não-respostas e perdas (10%), o total da amostra foi de 793 sujeitos.

Os participantes foram selecionados através de um processo de amostragem aleatória proporcional em múltiplos estágios. Dos 16 distritos sanitários que compõem a cidade de Porto Alegre, três foram sorteados de forma aleatória simples. O número de sujeitos a ser investigado em cada distrito foi determinado tendo como referência a distribuição proporcional da amostra em relação à população na faixa etária de interesse. Os estágios seguintes foram: seleção aleatória dos setores censitários, dos quarteirões, da esquina e do domicílio para ponto de início da coleta de dados.

Foram considerados elegíveis para pesquisa, os sujeitos na faixa etária de interesse e que residissem nos distritos sanitários sorteados. Na existência de mais de um sujeito elegível em um mesmo domicílio, optou-se pelo indivíduo do sexo masculino. Havendo mais de um indivíduo do mesmo sexo na residência, nova escolha aleatória foi realizada.

Os dados foram coletados nos domicílios dos sujeitos, por quatro duplas de examinadores e anotadores, previamente treinados e calibrados. A concordância foi avaliada pelo Índice *Kappa*, onde os valores intra-examinadores foram superiores a 0,81, o que é considerado ótimo. A concordância inter-examinadores foi superior a 0,76, considerada boa (15).

Medidas

Os instrumentos de coleta de dados foram: questionário Oral Impact on Daily Performance (OIDP), questões referentes as variáveis sociodemográficas e exame físico bucal. O exame físico foi realizado com ajuda de luz artificial, odontoscópio e sonda periodontal, utilizando-se índices e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), complementados por critérios adotados no Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2003.

O impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida foi avaliado através do instrumento que foi criado em por Adulyanon & Sheiham (16) e adaptado por Tsakos, Marcenes e Sheiham (17). O instrumento é composto por 11 performances ou atividades ligadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais. O seu sistema de classificação quantifica o impacto pela multiplicação da frequência com severidade, ambas distribuídas em uma escala de 5 pontos. A prevalência do impacto foi avaliada a partir da seguinte pergunta para cada uma das 11 atividades ou performances: “Nos últimos 06 meses, você tem tido alguma dificuldade devido a problemas em sua boca e dentes (ou dentaduras)?”, avaliada de forma dicotômica (respostas de “sim” ou “não”). Já os resultados do escore de impacto individual foram obtidos através da soma de todos os desempenhos, dividida pela pontuação máxima possível e multiplicada por 100, para se ter a porcentagem do escore.

Análise Estatística

No presente estudo, foram avaliados dois desfechos relacionados ao OIDP: prevalência do impacto e o escore do OIDP. A prevalência do impacto possuía respostas dicotômicas. Já o escore do impacto foi dicotomizado a partir dos tercís para fins de análise. Os grupos que compunham os dois primeiros tercís (OIDP 0,4% a 16,9%) foram classificados como impacto baixo, enquanto o grupo com os valores mais altos (OIDP \geq 17,3%) foi classificado como impacto alto. Os indivíduos com escore igual a zero (OIDP = 0) foram excluídos.

As variáveis independentes foram categorizadas da seguinte forma:

Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino e feminino), idade (50 a 59 anos e 60 a 74 anos), renda pessoal (\leq 1 salário mínimo e $>$ 1 salário mínimo, sendo o salário mínimo na época da coleta de dados equivalente a 415,00 reais ou U\$219) e escolaridade formal (0 a 5 anos ou \geq 6 anos).

Variáveis clínicas de saúde bucal:

- Uso de prótese superior ou inferior; para construção de tal variável o status protético foi avaliado através da análise tanto do número de dentes em boca quanto do uso de prótese propriamente dito. Para tanto, todos os tipos de prótese dentárias foram agrupadas, desta

forma, as categorias atribuídas a tal variável foram: edêntulo que não usa prótese, edêntulo que usa prótese, dentado que não usa prótese, e dentado que usa prótese.

- Necessidade de prótese superior ou inferior; da mesma forma que no caso da variável anterior, levamos em consideração não apenas a necessidade de prótese, mas também qual a situação atual de uso de próteses odontológicas no afã de perceber a perspectiva existente entre o prescrito e o real status de reabilitação protética da população estudada. Neste ínterim, as seguintes categorias foram atribuídas: não necessita e não usa prótese, não necessita e já usa prótese, necessita apesar de usar prótese, e, necessita e não usa prótese).

Os dados coletados foram digitados no programa Epi-Info 6.0 e importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS para Windows*, versão 16.0, para limpeza, estruturação do banco e análise estatística. Os dados foram analisados através de regressão de Poisson com ajuste para variância robusta, levando-se em consideração uma amostragem por conglomerados. A análise da representatividade da pesquisa foi efetuada através da comparação dos dados das variáveis sexo e idade obtidos com as informações da população dos distritos sanitários sorteados. Observou-se que a população na faixa etária de 60-74 anos e do sexo feminino estava superestimada. Foram realizados ajustes na amostra através da função “*weight cases*” no SPSS 16.0, atribuindo pesos amostrais diferenciados para cada grupo estudado através da razão do n na população/ n amostral.

A existência de associação entre as variáveis explicativas e os desfechos foi verificada, inicialmente, por meio de análises bivariadas exploratórias. A seguir foram realizadas quatro modelos de Regressão de Poisson multivariados, dois para cada desfecho, onde foram incluídas as variáveis sociodemográficas e cada categoria de variáveis clínicas individualmente. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando $p \leq 0,05$ e limites de confiança de 95%.

Considerações Éticas

Este estudo faz parte da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com número de processo 46/05, seguindo as recomendações da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Participaram da pesquisa somente os indivíduos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram assegurados o sigilo e o uso exclusivo das informações na

pesquisa. Todos os procedimentos de biossegurança referentes ao indivíduo e aos examinadores foram obedecidos.

RESULTADOS

A frequência de resposta obtida ao final do estudo foi de 91%, totalizando 720 participantes, dos quais, 304 (42,2%) eram do sexo masculino, 382 (53,1%) tinham entre 50 a 59 anos, 490 (68,1%) possuíam renda maior que 1 salário mínimo e 447 (62,1) estudaram 6 anos ou mais.

Após a ponderação das variáveis, sexo e idade, a prevalência do impacto das condições de saúde bucal no desempenho diário nessa amostra foi de 57,8%. O desfecho prevalência de impacto das condições de saúde bucal no desempenho diário esteve associado às variáveis, uso de prótese inferior e necessidade de prótese (superior e inferior) na análise univariada (Tabelas 1 e 2).

No modelo ajustado com as variáveis sociodemográficas, as variáveis uso de prótese inferior e necessidade de prótese superior mantiveram associação estatisticamente significativa.

Entre os sujeitos que eram dentados na arcada inferior, ser dentado e usar prótese foi um fator de proteção para o impacto odontológico (RP=0,73). A cada indivíduo que não usava prótese e apresentava impacto, existia 0,73 indivíduo que usava prótese e apresentava impacto (IC 95% = 0,62 a 0,87 e $p = 0,00$).

As pessoas que necessitavam prótese, tanto as que não usavam nenhum tipo de prótese, tanto quanto as que já possuíam algum tipo de prótese dentária apresentaram 42% mais prevalência de impacto, quando comparadas com àquelas que não necessitavam nenhum tipo de prótese, na arcada superior (IC 95% = 1,07-1,88 e 1,06-1,90). (Tabela 2)

Em relação ao desfecho score do OIDP, 5,4% (39) dos indivíduos apresentaram impacto igual a zero e foram excluídos das análises, 33,1% (238) dos indivíduos apresentaram OIDP baixo e 19,4% (139) apresentaram OIDP alto.

As variáveis clínicas (uso e necessidade prótese) mostraram-se associadas ao desfecho score do OIDP, na análise univariada. (Tabelas 3 e 4). No entanto, após o ajuste das variáveis clínicas com as sociodemográficas, apenas a variável uso de prótese inferior apresentou-se estatisticamente associada ao desfecho alto impacto do OIDP. Para os indivíduos que eram dentados na arcada inferior, ser dentado e usar prótese foi um fator de proteção para o alto score do OIDP (RP=0,56; IC 95% =0,35 a 0,87).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal pode ser influenciada por uso e ou necessidade de prótese dentária. Nossos achados, portanto, sustentam o uso de uma avaliação que considera tais variáveis dentro de uma perspectiva de análise integrada a variáveis sócio-demográficas que acreditamos ser fundamental para a consideração dos sujeitos como um todo.

Confirmamos nossa hipótese de que indivíduos que necessitam prótese possuem maior prevalência e maiores escores de impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, quando comparados aos indivíduos que não possuem necessidade. No entanto, no que se refere ao uso de prótese dentária, observamos que, entre aqueles sujeitos que eram dentados na arcada inferior, os que usavam prótese apresentaram menor impacto do que os que não usavam. Estes resultados sugerem que as questões relacionadas com a qualidade das próteses dentárias usadas, bem como, a necessidade de usá-las podem ter um papel importante na qualidade de vida relacionada com a saúde bucal de indivíduos que não possuem uma dentição funcional.

Evidências demonstram que a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal está relacionada com alguns fatores clínicos (5,18), dentre estes, aspectos como a falta de elementos dentários e uso de próteses odontológicas (19, 20). Em nosso estudo, encontramos uma relação inversa entre uso de prótese na arcada inferior e impacto no desempenho das atividades diárias, nos indivíduos dentados. Acreditamos que a associação encontrada, possa ser explicada pelo fato de que, em nossa amostra, aqueles indivíduos que eram dentados tinham poucos elementos dentários, ou ainda, estes não estavam em boas condições, possuindo cavidades de cárie ou abalo periodontal. Um dos fatores de diminuição da qualidade de vida e de saúde geral entre os idosos está intrinsecamente relacionado com a possibilidade de ingestão de bons nutrientes que geralmente exigem a presença de dentes naturais sadios ou de próteses dentárias bem adaptadas (21).

A falta de elementos dentários pode acarretar consequências sérias que vão desde danos subjetivos, tais como, sentimentos de vergonha, sensação de perda, constrangimento, incompletude e resignação (22) até consequências maiores como desnutrição (23,24). O uso e a necessidade de prótese podem ser tanto causa como consequência da capacidade mastigatória insatisfatória (21). Desta forma, é possível compreender o quão impactante a necessidade de prótese pode ser na qualidade de vida relacionada com a saúde bucal.

Evidências têm demonstrado que a reabilitação oral por próteses contribui positivamente para uma melhora na qualidade de vida (25,26). Nossos achados demonstraram que a necessidade de colocação bem como de substituição de prótese na

arcada superior está associado tanto com a prevalência quanto com um maior impacto na qualidade de vida relacionada com a saúde bucal. É possível que a associação tenha se dado apenas em relação à arcada superior visto que a mesma possui um maior apelo em relação à estética e auto-estima.

Os resultados desse estudo podem apresentar limitações devido ao seu caráter transversal que não nos permite avaliar relações causais. Além disso, a homogeneidade da amostra, relacionada às questões sociodemográficas pode ter influenciado para a não associação destas variáveis com o desfecho, diferentemente do encontrado em outros estudos (27,28). Podemos ressaltar, ainda, que o pioneirismo deste estudo, no que tange a idade dos participantes da amostra, assim como os desfechos e variáveis explicativas estudadas, incita mais estudos na área para que os resultados possam permitir maiores extrapolações.

Por fim, nossos achados sugerindo que o uso e a necessidade de prótese são fatores impactantes na qualidade de vida dos indivíduos de 50-74, somados ao aumento da expectativa de vida e conseqüente incremento populacional desta faixa etária (29), reforçam a necessidade de ampliação do foco de atenção dos serviços de saúde no que se refere à reabilitação oral, melhorando as condições de acesso a tratamentos reabilitadores.

REFERÊNCIAS

1. Pereira KCR, Lacerda JT, Traebert J. The oral impact on daily performances and self-reported quality of life in elderly people in Florianópolis, Brazil. *Oral Health Prev Dent* 2009; 7:163-72.
2. Hugo FN, Hilgert JB, De Souza Mda L, Cury JA Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009 Jun; 37(3):231-40.
3. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2010, 8:126.
4. [Walter MH](#), [Schuette U](#), [Raedel M](#) et al. Oral health-related quality of life and oral status in a German working population. [Eur J Oral Sci.](#) 2011 Dec;119(6):481-488.
5. Bonan PRF, Borges SP, Haikal DS et al. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev. odonto ciênc.* 2008;23(2):115-119.
6. Özhayat EB, Gotfredsen K. Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. [J Oral Rehabil.](#) 2011 Aug 18.
7. Furuyama C, Takaba M, Inukai M et al. Oral health-related quality of life in patients treated by implant-supported fixed dentures and removable partial dentures. [Clin Oral Implants Res.](#) 2011 Aug 2.
8. Sheiham A; Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005: 83.
9. Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG, organizador. *Saúde Bucal Coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000: p. 223-50
10. Elias AC, Sheiham A; The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehab*, 1998: 25: 649-61.
11. Guimarães MLR, Hilgert JB., Hugo FN et al. Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida de Idosos Independentes. *Scientia Medica*, Porto Alegre, 2005:15.
12. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS et al. Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida. *Ciências & Saúde Coletiva*, 2010, 15:842-850.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais. Brasília DF, 2011: 92 pg.

14. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010: características da população e dos domicílios. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: agosto de 2011.
15. Antunes JLF, Peres MA, Epidemiologia da Saúde Bucal. Brasil: Rio de Janeiro, 2006.
16. Adulyanon S, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. In: Slade GD, Measuring Oral Health and Quality of Life. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 151-60.
17. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Evaluation of modified version of the index of oral Impacts on Daily Performances (OIDP) in elderly population in two European countries. *Gerontology*, Dundee, 2001;18, p. 121-30.
18. [Andersson P](#), [Hakeberg M](#), [Karlberg G](#) et al. Clinical correlates of oral impacts on daily performances. *Int J Dent Hyg*. 2010 Aug;8(3):219-26.
19. [Zeng X](#), [Sheiham A](#), [Bernabé E](#) et al. Relationship between dental status and Oral Impacts on Daily Performances in older Southern Chinese people. *J Public Health Dent*. Spring, 2010; 70: 101-7.
20. [Tsakos G](#), [Marcenes W](#), [Sheiham A](#). The relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2(3):211-20
21. Dias-da-Costa JS, Galli R, Oliveira EA et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010; 26(1):79-88.
22. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde de Boa Vista em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2005;10: 1015-1024.
23. Marshall TA, Warren JJ, Hand JS et al. Oral Health, nutrient intake and dietary quality in the very old. *J Am Dent Assoc*. 2002; 133(10):1369-79.
24. De Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB et al. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. *Nutrition*, 2008; 24: 546-53.
25. Berretin-Felíx G, Filho HN, Padovani CR et al. A longitudinal study of quality of life of elderly with mandibular implant-supported fixed prostheses. *Clin Oral Implants Res*. 2008;19(7):704-8.
26. [Emami E](#), [Heydecke G](#), [Rompré PH](#) et al. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Clinical Oral Implants Research* 2009; 20:533–44.

27. Mendonça BMC, Cimões R, Araújo ACS et al. Impacto do número de dentes presentes no desempenho das atividades diárias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15: 775-84.
28. [Zini A](#), [Vered Y](#), [Sgan-Cohen HD](#). The association between demographic and oral health-related quality of life factors and dental care attendance among underprivileged older people. *Australas J Ageing*. 2011;30(2):70-6.
29. Netuveli G, Blane D. Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin* 2008; 85: 113–126.

Tabela 1 – Resultados da análise uni e multivariada em relação ao desfecho Prevalência do OIDP/Modelo com Uso de Prótese

Prevalência de Impacto Odontológico no Desempenho Diário							
Variáveis	N	n	%	RPbruta (IC 95%)	p	RP Ajustada(IC 95%)	p
Sexo							
Feminino	416	247	59,3	1,06 (0,94-1,20)	0,33	1,06 (0,94-1,20)	0,34
Masculino	303	169	55,6	1		1	
Idade							
50-59 anos	382	225	58,9	1,03 (0,92 – 1,16)	0,58	1,05 (0,93 -1,18)	0,45
60-74 anos	338	191	56,5	1		1	
Renda Familiar							
>415,00	490	289	59,0	1,08 (0,95 – 1,23)	0,26	1,08 (0,95- 1,24)	0,24
≤415,00	230	127	55,2	1		1	
Escolaridade							
≥6 anos	447	256	57,3	0,98(0,87 – 1,10)	0,71	0,95 (0,84- 1,07)	0,37
< 6 anos	273	160	58,6	1		1	
Edentulismo +uso de prótese superior							
Edentado + não usa prótese	93	58	62,4	1,02 (0,84 – 1,24)	0,82	0,99 (0,80 -1,22)	0,90
Edentado + usa prótese	200	109	54,5	0,89 (0,75– 1,06)	0,20	0,95 (0,78 - 1,16)	0,62
Dentado + usa prótese	284	164	57,7	0,94 (0,80 – 1,10)	0,44	1,05 (0,90 – 1,24)	0,51
Dentado + não usa prótese	143	86	60,1	1		1	
Edentulismo + uso de prótese Inferior							
Edentado + não usa prótese	107	69	64,5	1,01 (0,87 – 1,18)	0,87	1,06 (0,88 – 1,27)	0,56
Edentado + usa prótese	45	24	53,3	0,86 (0,66 – 1,13)	0,28	0,91 (0,68 – 1,22)	0,55
Dentado + usa prótese	195	90	46,2	0,73 (0,62 – 0,86)	0,00	0,73 (0,62 – 0,87)	0,00
Dentado + não usa prótese	373	233	62,5	1		1	

.Tabela 2 – Resultados da análise uni e multivariada em relação ao desfecho Prevalência do OIDP/Modelo com Necessidade de Prótese

Prevalência de Impacto Odontológico no Desempenho Diário							
Variáveis	N	n	%	RPbruta (IC 95%)	p	RP Ajustada(IC 95%)	p
Sexo							
Feminino	416	247	59,3	1,06 (0,94-1,20)	0,33	1,04 (0,92-1,17)	0,52
Masculino	303	169	55,6	1		1	
Idade							
50-59 anos	382	225	58,9	1,03 (0,92 – 1,16)	0,58	1,05 (0,93 -1,18)	0,42
60-74 anos	338	191	56,5	1		1	
Renda Familiar							
>415,00	490	289	59,0	1,08 (0,95 – 1,23)	0,26	1,10 (0,97- 1,26)	0,15
≤415,00	230	127	55,2	1		1	
Escolaridade							
≥6 anos	447	256	57,3	0,98(0,87 – 1,10)	0,71	0,95 (0,84- 1,07)	0,42
< 6 anos	273	160	58,6	1		1	
Necessidade + Uso de Prótese Superior							
Necessita + não usa prótese	160	111	69,4	1,62 (1,25 – 2,10)	0,00	1,42 (1,07 -1,88)	0,01
Necessita + usa prótese	130	88	67,7	1,55 (1,18 -2,03)	0,00	1,42 (1,06- 1,90)	0,02
Não Necessita + usa prótese	355	185	52,1	1,20 (0,93 – 1,57)	0,15	1,21 (0,91- 1,60)	0,19
Não Necessita + não usa prótese	76	33	43,4	1		1	
Necessidade + Uso de Prótese Inferior							
Necessita + não usa prótese	414	273	65,9	1,47 (1,13 - 1,90)	0,00	1,28 (0,97 -1,69)	0,08
Necessita + usa prótese	64	39	60,9	1,32 (0,96 – 1,80)	0,09	1,18 (0,85 -1,64)	0,33
Não Necessita + usa prótese	175	75	42,9	0,96 (0,72 – 1,30)	0,81	0,91 (0,66 -1,25)	0,57
Não necessita + não usa prótese	67	30	44,8	1		1	

Tabela 3 – Resultados da Análise uni e multivariada com o desfecho Escore do OIDP/ Modelo com Necessidade de Prótese

Alto Impacto Odontológico no Desempenho Diário							
Variáveis	N	n	%	RPbruta (IC 95%)	p	RP Ajustada (IC 95%)	p
Sexo							
Masculino	146	57	39,0	1,12 (0,87 – 1,44)	0,38	0,89 (0,69 -1,14)	0,37
Feminino	231	82	35,5	1		1	
Idade							
50-59 anos	206	84	40,8	1,25 (0,98 – 1,61)	0,08	1,17 (0,90 – 1,51)	0,24
60-74 anos	172	56	32,6	1		1	
Renda Familiar							
>415,00	259	97	37,5	1,06 (0,81 – 1,40)	0,65	1,06 (0,75 – 1,39)	0,69
≤415,00	118	42	35,6	1		1	
Escolaridade							
≥6 anos	233	88	37,8	1,05 (0,82 – 1,36)	0,68	0,98 (0,75 – 1,27)	0,88
< 6 anos	144	51	35,4	1		1	
Necessidade + Uso de Prótese Superior							
Necessita + não usa prótese	104	49	47,1	2,28 (1,15 – 4,55)	0,01	1,89 (0,94 -3,79)	0,07
Necessita + usa prótese	79	32	40,5	1,99 (0,98- 4,02)	0,06	1,88 (0,93- 3,82)	0,08
Não Necessita + usa prótese	164	52	31,7	1,52 (0,76- 3,05)	0,23	1,57 (0,78- 3,16)	0,20
Não Necessita + não usa prótese	31	7	22,6	1		1	
Necessidade + Uso de Prótese Inferior							
Necessita + não usa prótese	251	112	44,6	1,84 (0,99 – 3,40)	0,05	1,47 (0,77 -2,81)	0,24
Necessita + usa prótese	34	7	20,6	0,78 (0,32 – 1,91)	0,59	0,64 (0,25- 1,60)	0,34
Não Necessita + usa prótese	64	14	21,9	0,90 (0,43- 1,90)	0,79	0,82 (0,38 – 1,74)	0,60
Não Necessita + não usa prótese	29	7	24,1	1		1	

Tabela 4 – Resultados da Análise uni e multivariada com o desfecho Escore do OIDP/ Modelo com Uso de Prótese

Alto Impacto Odontológico no Desempenho Diário							
Variáveis	N	n	%	RPbruta (IC 95%)	p	RP Ajustada (IC 95%)	p
Sexo							
Masculino	146	57	39,0	1,12 (0,87 – 1,44)	0,38	0,91 (0,70 -1,16)	0,45
Feminino	231	82	35,5	1		1	
Idade							
50-59 anos	206	84	40,8	1,25 (0,98 – 1,61)	0,08	1,21 (0,93 – 1,56)	0,15
60-74 anos	172	56	32,6	1		1	
Renda Familiar							
>415,00	259	97	37,5	1,06 (0,81 – 1,40)	0,65	1,07 (0,81 – 1,40)	0,65
≤415,00	118	42	35,6	1		1	
Escolaridade							
≥6 anos	233	88	37,8	1,05 (0,82 – 1,36)	0,68	0,98 (0,76 – 1,28)	0,91
< 6 anos	144	51	35,4	1		1	
Edentulismo + Uso de Prótese Superior							
Entado + não usa prótese	55	21	38,2	0,88 (0,59- 1,30)	0,51	0,83 (0,53 – 1,29)	0,41
Edentado+ usa prótese	97	42	43,3	0,99 (0,72- 1,36)	0,96	1,14 (0,80 – 1,61)	0,46
Dentado + usa prótese	146	42	28,8	0,66 (0,47- 0,92)	0,01	0,77 (0,55 – 1,08)	0,13
Dentado + não usa prótese	79	34	43,0	1		1	
Edentulismo +Uso de Prótese Inferior							
Edentado + não usa prótese	67	33	49,3	1,22 (0,92 – 1,61)	0,15	1,17 (0,84- 1,64)	0,36
Edentado + usa prótese	20	4	20,0	0,54 (0,24- 1,19)	0,15	0,46 (0,21 -1,02)	0,06
Dentado + usa prótese	77	16	20,8	0,51 (0,33- 0,79)	0,00	0,56 (0,35- 0,87)	0,01
Dentado + não usa prótese	213	86	40,4	1		1	

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados confirmaram a hipótese desse estudo, demonstraram que a qualidade de vida está relacionada com variáveis clínicas de saúde bucal, tais como o uso e a necessidade de prótese dentária. O impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida foi menos prevalente para aqueles indivíduos que não necessitavam de prótese em relação aos que necessitavam. Quanto ao escore do impacto, também verificou-se que indivíduos com alto escore eram aqueles que tinham necessidade de prótese.

Em relação ao uso de prótese dentária, é interessante observar que os indivíduos que eram dentados e não usavam prótese na arcada inferior, possuíam mais impacto do que os dentados que usavam prótese. Essa associação nos leva a questionar o status de saúde dos elementos dentários presentes, visto que os indivíduos que compunham a amostra, apresentavam extensas perdas dentárias.

Esses resultados demonstram que a qualidade de vida está relacionada com status protético. Os dados referentes às condições de saúde bucal da população brasileira mostram um quadro de melhorias, mas ainda há uma grande parcela de idosos que apresentam extensas perdas dentárias e necessidade de reabilitação protética (BRASIL, 2011). Além disso, é sabido que a expectativa de vida dos brasileiros está aumentando, dessa forma, torna-se fundamental que o Sistema Único de Saúde, responsável pelo cuidado integral e acesso universal, amplie suas ações no âmbito da atenção secundária em saúde bucal, direcionando investimentos para a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, especialmente os de prótese dentária. Por este meio, a população brasileira, e nestes incluem-se os participantes deste estudo, poderão ter seu direito à saúde legitimando.

REFERÊNCIAS

- ADULYANON S.; SHEIHAM A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G.D., (Ed.) **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 151-160.
- ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performances in a low dental disease Thai population. *Community Dent. Oral Epidemiology*. n. 24. Dinamarca, 1996. p. 285-9.
- ANTUNES, J.L.F, PERES, M.A. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Brasil: Rio de Janeiro, 2006.
- BARROS F.C., VICTORA C.G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**. 3 Ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 176 pag.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais**. Brasília DF, 2011. 92 pag.
- BRASIL. Estatuto do Idoso: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília DF, 2004.
- BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatría: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002.
- CASTRO, R.de A.; PORTELA, M.C.; LEÃO, A.T. Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health. *Cad. Saúde Pública*, v.23, n. 10, Out.2007, p. 2275-2284.
- CORTES, M. I. S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-years-old children. *Community Dent Oral Epidemiology*. n. 30. Dinamarca, 2002. p. 193-8.
- COSTA F.O., COTA L.O.M., LAGES E.J.P., CÂMARA G.C.V., CORTELLI S.C., CORTELLI J.R., COSTA J.E., LORENTZ T.C.M., Oral impact on daily performance, personality traits, and compliance in periodontal maintenance therapy. *Journal of Periodontology*. Vol. 82, No. 8, Pages 1146-1154, 2011.
- DAHL K.E., WANG N.J., ÖHRN K. Does oral health matter in people's daily life? Oral health-related quality of life in adults 35-47 years of age in Norway. *Int. J. Dent. Hygiene*. Nov:14, 2011.
- FLECK M.P.A; O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1) 33-38, 2000.
- GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 23, n. 7. Rio de Janeiro, 2007. p.107-14.

GUIMARÃES M.L.R., HILGERT J.B., HUGO F.N., CORSO A.C., NOCCHI P., PADILHA D.M.P. Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida de Idosos Independentes. **Scientia Medica**, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 1, jan./mar. 2005.

HUGO F.N., HILGERT J.B., DE SOUSA MDA L., CURY J.A. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. **Community Dent Oral Epidemiol.** Jun; 37(3):231-40, 2009.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico de 2010: características da população e dos domicílios.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em: agosto de 2011.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosos/perfilidosos2000.pdf>> Acesso em agosto de 2010.

JOHANSSON A.K., JOHANSSON A., UNELL L., EKBÄCK G., ORDELL S., CARLSSON G.E.. Self-reported dry mouth in Swedish population samples aged 50, 65 and 75 years. **Gerodontology**, Nov 2, 2011.

LACERDA, J.T.; CASTILHOS, E. A.; CALVO, M.C.M.; FREITAS, S. F. T. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil, **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8): 1846-1858, ago 2008.

LOCKER, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health in older adults. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.25, n.3, p. 199-203, 1997.

LOCKER, D. Measuring Oral Health: a Conceptual Framework. **Community Dental Health**. n.5. Reino Unido: Suffolk, 1988. p. 3-18.

LOCKER, D.; Measuring oral health: socio-dental indicators. In: LOCKER, D. (Ed.) An introduction to behavioral science & dentistry, New York/ London: Routledge, 1989. p.73-101.

MINAYO, M.C.S et al.; Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2000, 5(1): 7-18.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos Básicos em Saúde Bucal.** São Paulo: Editora Santos, 1999.

PEREIRA, K.C.R.; LACERDA, J.T.; TRAEBERT, J. The oral impacto n daily performances and self-reported quality of life in elderly people in Florianópolis, Brazil. **Oral Health & Preventive Dentistry**. v. 7, n.2, 2009.

SANDERS A.E., SLADE G.D., LIM S., REISINE S.T. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, 2009;37(2):171-81.

SHEIHAM A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG, organizador. **Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-50

SHEIHAM A; Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, 83 (9), set. 2005.

SHEIHAM, A.; STEELE, J. G.; MARCENES, W.; FINCH, S.; WALLS, A. W. The impact of oral health on stated ability to eat certain foods; findings from the National Diet and Nutrition Survey of older people in Great Britain. **Gerodontology**. v. 16, n.1. Dundee, 1999. p. 11-20.

SHEIHAM, A.; STEELE, J.G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; FINCH, S.; WALLS, A. W. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. **Community Dental Oral Epidemiology**, n. 29. Dinamarca, 2001. p. 195-203.

SILVA M.E.S., MAGALHÃES C.S., FERREIRA E.F., Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Ciências & Saúde Coletiva**, 15(3): 813-820, 2010.

SILVA, M.E.S.; VILLAÇA, E.L.; MAGALHÃES, C.S.; FERREIRA, E.F.; Impacto da Perda Dentária na Qualidade de Vida. **Ciências & Saúde Coletiva**, 15(3):842-850, 2010.

SRISILAPANAN P., SHEIHAM A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. **Gerontology**, n.18, v.2, Dundee, 2001. p. 102-108.

TSAKOS, G.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Evaluation of modified version of the index of oral Impacts On Daily Performances (OIDP) in elderly population in two European countries. **Gerontology**. v.18 Dundee, 2001. p. 121-30.

WHO. Active Ageing: a policy framework, Geneva: World Health Organization. 2002. Disponível em:http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf> Acesso em agosto de 2010.

WHO. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; p 41-60. 1994.

YOSHIDA Y., HATANAKA Y., IMAKI M., OGAWA Y., MIYATANI S., TANADA S. Epidemiological study on improving the QOL and oral conditions of the aged - Part I: the relationship between the status of tooth preservation and QOL. **J. Physiol. Anthropol. Appl. Human. Sci.** v.20 p.363-8, 2001.

ZENG X, SHEIHAM A, BERNABÉ E, TSAKOS G. Relationship between dental status and Oral Impacts on Daily Performances in older Southern Chinese people. **J Public Health Dent.** Spring; 2010; 70(2):101-7.

ANEXO

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**RESOLUÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa e a Comissão de Pesquisas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisaram o Projeto:


Número: 265/08

Título: A RELAÇÃO ENTRE PERDA DENTÁRIA, NECESSIDADE DE PRÓTESE ODONTOLÓGICA E QUALIDADE DE VIDA DOS INDIVÍDUOS ENTRE 50 E 74 ANOS DE TRÊS DISTRITOS SANITÁRIO DE PORTO ALEGRE.

Investigador(es) principal(ais): Professora Claides Abegg e CD. Victor Nascimento Fontanive.

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 22/01/2008, Ata nº 01/08 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 31 de Janeiro de 2008.



Prof^ª. Heloisa Emília D. Da Silveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas



Prof^ª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisas

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO OIDP: QUESTIONÁRIO PARA ADULTOS ADMINISTRADO POR ENTREVISTADOR

O objetivo deste questionário é verificar se problemas na boca e nos dentes (ou dentaduras) do entrevistado têm lhe causado ou não dificuldades com determinadas atividades e comportamentos cotidianos. Se isso for verificado, investiga-se a seguir a frequência da dificuldade e quanto isso afeta o cotidiano do entrevistado. Solicita-se, então, ao entrevistado que atribua a cada dificuldade percebida uma ou mais condições dentárias específicas.

Eu vou lhe fazer umas perguntas para saber se o(a) senhor(a) tem tido problemas na sua boca, dentes (ou dentaduras) e quais as dificuldades que esses problemas têm trazido para o seu dia-a-dia nos últimos 6 meses.

P1. Nos últimos 06 meses, você tem tido alguma dificuldade...(ATIVIDADE/COMPORTAMENTO).. devido a problemas em sua boca e dentes (ou dentaduras)?

MARQUE “SIM” OU “NÃO”. PARA CADA ATIVIDADE/COMPORTAMENTO MARCADO COMO “SIM”, FAÇA AS PERGUNTAS DE P2 ATÉ P6.

P2. Você tem tido essa dificuldade...(ATIVIDADE/COMPORTAMENTO)... seguidamente nos últimos 06 meses ou apenas em parte desse período?

seguidamente	1 VÁ PARA P3
em parte desse período	2 VÁ PARA P4

MARQUE APENAS UMA E ENTÃO PERGUNTE P3 OU P4, CONFORME INDICADO.

CASO SEJA “SEGUIDAMENTE” (MARCADO 1 NA P2)

P3. Nos últimos 06 meses, com que frequência você tem tido essa dificuldade...(ATIVIDADE/COMPORTAMENTO)..?

todos os dias ou quase todos os dias

de 3-4 vezes por semana	4
de 1-2 vezes por semana	3
de 1-2 vezes por mês	2
menos de 1 vez por mês?	1

**ANOTE O CÓDIGO EM P3, NA GRADE DE RESPOSTAS. VÁ PARA P5.
CASO SEJA “EM PARTE DESSE PERÍODO” (MARCADO COMO 2 EM P2).**

P4. Por quanto tempo nos últimos 06 meses você tem tido essa dificuldade...(ATIVIDADE/COMPORTAMENTO)...?

mais de 3 meses	5
de 2 a 3 meses	4
de 1 a 2 meses	3
de 5 dias a 1 mês	2
por 5 dias ou menos?	1

ANOTE O CÓDIGO EM P4, NA GRADE DE RESPOSTAS. VÁ PARA P5.

P5. Em uma escala de 0 a 5, onde 0 significa não tem afetado e 5 significa tem afetado demais, quanto você diria que essa dificuldade...(ATIVIDADE/COMPORTAMENTO)... tem afetado o seu dia-a-dia?

Não tem afetado	0
Tem afetado muito pouco	1
Tem afetado um pouco	2
Tem afetado mais ou menos	3
Tem afetado bastante	4
Tem afetado demais	5

ANOTE O CÓDIGO EM P5, NA GRADE DE RESPOSTAS. VÁ PARA P6.

P6. Qual/quais problema(s) bucal (ais) causou/causaram essa dificuldade...(ATIVIDADE/COMPORTAMENTO)...?

dor de dente	1	gengiva retraída (gengiva que subiu ou desceu)	12
dente sensível	2	tártaro	13
cárie dentária (buraco no dente)	3	ulcera, ferida ou mancha na boca	14
dente quebrado	4	mau hálito	15
		deformidade bucal ou do rosto (ex.	
perda de dente/dentes	5	lábio leporino, fenda palatina, abertura no céu da boca)	16
		mandíbula (carrinho) com estalido ou rangido na mandíbula (carrinho)	17
dente frouxo/mole	6		
		obturação ou coroa com defeito (ex. quebrado, por causa da cor)	18
cor dos dentes	7		
		dentadura frouxa ou mal-ajustada (machucando)	19
posição dos dentes (ex. torto ou pr� frente, espaço entre os dentes)	8		
		aparelho nos dentes (ortodôntico) ou qualquer outra razão? (por favor diga qual)	20
forma ou tamanho dos dentes	9		
gengiva sangrando	10		88
gengiva inchada (abscesso gengival)	11	não sabe dizer	99

ANOTE O CÓDIGO EM P6 NA GRADE DE RESPOSTAS.   PERMITIDO MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA. SE MAIS DE UMA RESPOSTA FOR APLICÁVEL, ENTÃO MARQUE AS RESPOSTAS POR ORDEM DE IMPORTÂNCIA SEGUNDO O ENTREVISTADO.

GRADE DE RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NO DESEMPENHO DIÁRIO (OIDP):

Número do Questionário: _____

	P1)		P2)		P3)	P4)	P5)	P6)
	SIM	NÃO	Seguida mente	Parte do período	Com que frequência?	Por quanto tempo?	Efeito 0-5	Problema(s)
Para comer	1	2	1	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para falar claramente	1	2	1	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para limpar seus dentes (dentaduras)	1	2	1	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos	1	2	1	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para sair (e.g. ir às compras ou visitar alguém)	1	2	1	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para dormir	1	2	1	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	1	2	1	2 <input type="checkbox"/> P4				

Com seu estado emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal	1	2	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para trabalhar (se não trabalha fora = código 66)	1	2	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> P4				
Em aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos	1	2	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para descansar	1	2	1 → P3	2 → P4				

APÊNDICE C – Questionário aspectos sociodemográficos.

Número do Questionário: _____

AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Idade em Anos: ____ ____ Sexo () 1. masculino () 2. feminino

Caracterização socioeconômica da família

1. Número de pessoas residentes _____ 2. Escolaridade (anos de estudo) _____
3. Moradia () 1. Própria
() 2. Própria em aquisição
() 3. Alugada
() 4. Cedida
() 5. Outros
4. Número de cômodos da casa ____ ____
5. Posse de automóvel () 0 – não possui
() 1 – possui um automóvel
() 2 – possui dois ou mais automóveis
6. Renda Familiar _____
(em reais)
7. Renda Pessoal _____
(em reais)

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos maiores de 50 anos em Porto Alegre/RS**

Prezado (a) Senhor (a)

A Faculdade de Odontologia da UFRGS está realizando uma pesquisa sobre os impactos da saúde bucal na qualidade de vida. Nessa investigação, será realizada uma entrevista e uma exame da sua boca. Este procedimento, não representa risco nem desconforto para quem é entrevistado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão nas ações de planejamento de serviços de saúde e de educação em saúde. Sendo assim, **a sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a entrevista e o exame**, é muito importante. Esclarecemos que a sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que o Sr.(a) julgue necessárias. O Sr.(a), não será prejudicado(a) de forma alguma, caso sua vontade seja de não colaborar. Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para Dra. Claides Abegg (51) 99992857. Esperamos contar com o seu apoio, e desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde em nosso Estado e no Brasil.

Atenciosamente,
A coordenação da pesquisa.

Autorização

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diários dos Indivíduos maiores de 50 anos, em Porto Alegre, autorizo a realização da entrevista e do exame.

Em _____ de _____ de 2008.

Assinatura