



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LÍLIA PAULA DE SOUZA SANTOS

CONDIÇÃO BUCAL PRECÁRIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

FEIRA DE SANTANA - BA
2016

LÍLIA PAULA DE SOUZA SANTOS

CONDIÇÃO BUCAL PRECÁRIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Profa. Dra. Johelle de Santana Passos Soares.

Coorientador: Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho

FEIRA DE SANTANA - BA
2016

Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado

S326c Santos, Lília Paula de Souza
Condição bucal precária e seu impacto na qualidade de vida / Lília
Paula de Souza Santos. – Feira de Santana, 2016.
146f.: il.

Orientadora: Prof. Dr.^a Johelle de Santana Passos Soares.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Feira de Santana,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2016.

1. Saúde bucal. 2. Qualidade de vida. 3. Cuidados dentários. 4.
Saúde pública. I. Soares, Johelle de Santana Passos, orient. II.
Universidade Estadual de Feira de Santana. III. Título.

CDU: 616.314

LÍLIA PAULA DE SOUZA SANTOS

CONDIÇÃO BUCAL PRECÁRIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva – Universidade Estadual de Feira de Santana.

Aprovado em, _____.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Johelle de Santana Passos Soares – **Orientadora** _____

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Universidade Estadual de Feira de Santana

Profa. Dra. Simone Seixas da Cruz

Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Universidade Estadual de Feira de Santana

Profa. Dra. Kionna Oliveira Bernardes Santos

Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil

Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

À Deus por me conduzir em todas as escolhas e ser o mestre dos mestres em minha vida.

A minha família pela confiança, todo amor e apoio incondicional aos meus estudos.

À Professora Dr^a. Johelle de Santana Passos Soares pela dedicação e atenção como orientadora, me tranquilizando e dando direcionamento aos meus estudos.

À Universidade Estadual de Feira de Santana e ao corpo docente do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva quero agradecer pela oportunidade de compartilhar conhecimento.

Ao Professor Dr. Isaac Suzart Gomes Filho e a Professora Dr^a. Simone Seixas da Cruz pelas sugestões e esclarecimentos no decorrer deste trabalho.

Às professoras Dr^a. Julita Maria Freitas Coelho e Dr^a. Kionna Oliveira Bernardes Santos pelas correções e valiosas sugestões para este trabalho como membros da banca de qualificação.

À Goreth e Jorge agradeço pelos conselhos e cobranças no decorrer deste mestrado.

Aos componentes do Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar (NUPPIIM) agradeço pelo apoio e contribuição na realização deste trabalho.

À Ivana, Izadora e Taciane, companheiras de coleta, agradeço pela ajuda e colaboração em momentos cruciais desta pesquisa.

Aos meus colegas de turma, agradeço pelos momentos de alegria compartilhados e por ajudarem a conduzir com leveza estes dois anos de pós-graduação. Em especial sou grata à Samilly Miranda, por dividir momentos, angústias, sonhos e pela disposição de sempre.

À Aline Santos, pelos momentos de descontração, convivência diária e companheirismo.

Aos profissionais e usuários das Unidades de Saúde da Família do Novo Horizonte e Alto do Papagaio e do Centro de Atendimento a Diabéticos e Hipertensos de Feira de Santana agradeço pela disposição em participar e colaborar com a execução desta pesquisa.

Enfim, a todos que direta e indiretamente me acompanharam nesta etapa da minha vida e fizeram parte desta conquista.

*Os que se encantam com a prática sem a ciência
são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola,
nunca tendo certeza do seu destino.*

Leonardo da Vinci

SANTOS, Lília Paula de Souza. Condição bucal precária e seu impacto na qualidade de vida. 168 f. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

Resumo

Problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como fatores importantes que causam impacto na qualidade de vida. Instrumentos sociodontais são utilizados para obtenção deste impacto e juntamente com a avaliação clínica são importantes fontes de conhecimento para o planejamento e a implementação de políticas públicas de saúde que possibilitem a intervenção de forma positiva. **OBJETIVO:** avaliar a associação entre condição clínica bucal e a percepção do seu impacto na qualidade de vida de indivíduos atendidos na rede pública de Feira de Santana – BA. **MÉTODO:** Estudo transversal desenvolvido com indivíduos adultos atendidos em Unidades de Saúde da Família e no Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso do município de Feira de Santana – BA. Os dados foram coletados por meio de entrevista com aplicação de questionário que abordava itens sobre características socioeconômico-demográficas, estilo de vida, condição de saúde geral e bucal, realização de exame clínico bucal completo e aplicação do OHIP-14. A análise estatística compreendeu avaliação descritiva das variáveis de interesse e comparação dos escores totais do OHIP segundo as variáveis da condição bucal. Medidas de associação, razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança a 95% (IC95%), entre ocorrência da periodontite e/ou presença de cárie dentária e o seu impacto na qualidade de vida foram obtidas por meio da Regressão de Poisson com variância robusta. **RESULTADOS:** Foram apresentados em forma de dois artigos científicos. No primeiro artigo, os achados mostraram associações estatisticamente significantes entre a ocorrência de cárie dentária (RP_{ajustada}: 1,43; IC95%: 1,02-2,01) e da periodontite grave (RP_{ajustada}: 1,72; IC95%: 1,00-2,98) com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. No segundo artigo, foi observada a associação entre presença de cárie dentária combinada a periodontite com o impacto da qualidade de vida na saúde bucal (RP_{ajustada}: 1,63; IC95%: 1,03-2,59). **CONCLUSÕES:** Os achados deste estudo mostraram que a condição bucal precária e acúmulo de necessidades bucais (cárie dentária e periodontite combinadas) estão associados com a autopercepção da saúde bucal conforme o perfil de impacto na saúde bucal (OHIP).

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde bucal; Cárie dentária; Doenças periodontais; Saúde pública.

SANTOS, Lília Paula de Souza. **Poor oral health and the impact of oral health on quality of life.** 168 f. 2015 Research (Master degree) – Collective Health Post Graduate Program, Feira de Santana State University, Feira de Santana, Bahia, Brazil, 2016.

Abstract

Oral health problems are increasingly receiving recognition as important factors that impact quality of life. Socio-dental survey instruments can be used to evaluate this impact, and along with clinical evaluations, are important sources of knowledge for the planning and implementation of health policies that allow the intervention positively. **OBJECTIVE:** Evaluate the association between oral clinical condition and the perception of its impact on quality of life, taking into account the physical, psychological and social dimensions related to quality of life of individuals attended to in the public health units of Feira de Santana - BA. **METHODS:** Cross-sectional study developed with adult individuals attended in Family Health Units and the Center for Diabetic and Hypertensive care in the municipality of Feira de Santana--BA. The data were collected through the interviews with application of a questionnaire with issues about socioeconomic, demographic, lifestyle, general and oral health condition characteristics, conducting a full oral clinical examination and application of OHIP-14. The statistical analysis included descriptive evaluation of the variables of interest and comparing the total OHIP scores according to the variables of oral health. Association measurements, prevalence ratio (PR) and 95% confidence interval (95% CI), between the occurrence of periodontitis and / or presence of dental caries and the impact on quality of life were obtained by poisson regression with robust variance. **RESULTS:** they were presented as two scientific articles. In the first article, the findings showed statistically significant associations between dental caries (PR_{adjusted}: 1.43; 95% CI: 1.02-2.01) and severe periodontitis (PR_{adjusted}: 1.72; 95% CI: 1.00-2.98) with the impact of oral health on quality of life. In the second article, it was observed the association between the presence of dental caries combined with periodontitis and the impact of quality of life in oral health (PR_{adjusted}: 1.63; 95% CI: 1.03-2.59). **CONCLUSIONS:** The findings of this study showed that precarious oral health and accumulation of dental needs (dental caries and periodontitis combined) are associated with self-perceived oral health according the oral health impact profile (OHIP).

Keywords: Quality of life; oral health; dental caries; periodontal diseases; public health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estudos analíticos que avaliaram o impacto das condições bucais na qualidade de vida de indivíduos adultos (2010-2016)	24
Quadro 2	Resumo dos códigos e critérios do CPO-D (BRASIL, 2009)	46
Quadro 3	Variáveis socioeconômico e demográficas e sua classificação	49
Quadro 4	Variáveis estilo de vida e sua classificação	50
Quadro 5	Variáveis cuidados com a saúde e sua classificação	50
Quadro 6	Variáveis atenção odontológica e sua classificação	50
Quadro 7	Variáveis da condição bucal	50
Quadro 8	Variáveis do OHIP-14	51

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Diagrama do modelo teórico para relação das condições bucais com o impacto na qualidade de vida, modificado de Locker (2005)	37
Figura 2	Diagrama de delineamento de estudo de corte transversal sobre a exposição à periodontite e à cárie e o impacto da condição bucal na qualidade de vida.	39
Figura 3	Critérios de diagnóstico da periodontite (Page & Eke, 2007; Eke et al. 2012)	44
Figura 4	Questões do OHIP-14 agrupadas pelas dimensões que lhes representam	47
Figura 5	Diagrama de classificação dos grupos de acordo com o impacto da Condição Bucal na Qualidade de Vida	48
Figura 6	Diagrama de classificação dos grupos com ocorrência ou não de periodontite	48
Figura 7	Diagrama de classificação dos grupos com presença ou não de cárie dentária	49
Figura 8	Modelo explicativo usado para analisar o impacto da condição bucal na QV	51

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

- Tabela 1** Características socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida segundo a presença de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 85
- Tabela 2** Características relacionadas a condições e cuidados de saúde geral e bucal segundo a presença de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 87
- Tabela 3** Distribuição das frequências relacionadas à condição clínica bucal segundo a presença de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 88
- Tabela 4** Distribuição da tendência central e dispersão de medidas clínicas bucais segundo de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n= 306). 89
- Tabela 5** Distribuição do escore global e das dimensões específicas do OHIP-14 de acordo com a ocorrência e gravidade da cárie. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n= 306). 90
- Tabela 6** Distribuição do escore global e das dimensões específicas do OHIP-14 de acordo com a presença e gravidade da doença periodontal. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n= 306). 91
- Tabela 7** Razão de prevalência (RP), bruta e ajustada, e intervalo de confiança a 95% (IC 95%) para associação entre periodontite e cárie dentária com o impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n=306). 93

Artigo 2

- Tabela 1** Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas entre não expostos (sem cárie e periodontite) expostos 01 (com cárie ou periodontite) e Expostos 02 (Cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 113

- Tabela 2** Distribuição das variáveis relacionadas às condições de saúde geral/bucal e estilo de vida entre não expostos (sem cárie e periodontite) expostos 01 (com cárie ou periodontite) e Expostos 02 (cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 115
- Tabela 3** Distribuição de variáveis clínicas bucais entre os não expostos (sem cárie e periodontite), expostos 01 (com cárie ou periodontite) e Expostos 02 (Cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 117
- Tabela 4** Distribuição do escore global e das dimensões específicas do OHIP-14 entre os não expostos (sem cárie e periodontite), expostos 01 (com cárie ou periodontite) e Expostos 02 (Cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 119
- Tabela 5** Medidas de associação, razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança a 95% (IC95%), bruta e ajustada, entre cárie/periodontite e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306). 120

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CADH	Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CPOD	Dentes Perdidos Cariados e Obturados
DIDL	Dental Impact of Daily Living
DIP	Impact Profile Dental
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDI	Federação Dentária Internacional
GOHAI	Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NIC	Nível de Inserção Clínica
NUPPIIM	Núcleo de Pesquisa Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar
OHIP	Perfil do Impacto da Saúde Bucal
OIDP	Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Profundidade de Sondagem
PSS/B	Profundidade de sondagem de sulco/bolsa
QV	Qualidade de Vida
QVRSB	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal
SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
WHO	Organização Mundial de Saúde

APRESENTAÇÃO

Intervenções no campo da saúde pautada nas consequências psicológicas e funcionais das doenças bucais, como cárie dentária e doença periodontal, são fundamentais para prevenção e controle dessas morbidades e suas sequelas na população.

Nesse sentido, a presente dissertação de mestrado intitulada “Condição bucal precária e seu impacto na qualidade de vida” teve por objetivo avaliar a grau de impacto da condição bucal na qualidade de vida na percepção do próprio indivíduo, por meio de instrumento validado que contempla as dimensões físicas, psicológicas e sociais, e estimar a associação desse impacto percebido com a condição clínica bucal.

Esta investigação desenvolvida pela mestrandia Lília Paula de Souza Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, sob a orientação da Profa. Dra. Johelle de Santana Passos Soares, constitui a linha de pesquisa “Epidemiologia das doenças bucais” incorporada ao Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar – NUPPIIM –UEFS, coordenado pelo Prof. Dr. Isaac Suzart Gomes Filho, coorientador deste trabalho.

O produto final dessa dissertação de mestrado está apresentado nas seguintes partes: Introdução, Revisão da Literatura, com apresentação do quadro teórico, Metodologia conduzida pelos pesquisadores, bem como os Resultados obtidos, em forma de dois artigos científicos. Ao final, são apresentadas as Considerações Gerais, focalizando as perspectivas da pesquisa sobre o tema.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Qualidade de Vida e sua relação com a saúde	17
2.2 Impacto da condição bucal na Qualidade de Vida	21
2.3 Instrumentos de avaliação de impacto da condição bucal na qualidade de vida	30
3 REFERENCIAL TEÓRICO	32
3.1 Saúde bucal: a percepção pelo sujeito	32
3.2 Qualidade de vida: conceito multidimensional	33
3.3 Impacto da saúde bucal na Qualidade de Vida	34
4 OBJETIVOS	38
5 METODOLOGIA	39
5.1 Desenho e local de estudo	39
5.2 População do estudo	40
5.3 Amostragem	40
5.4 Procedimentos de Coleta de Dados	40
5.4.1 Instrumento de Coleta de Dados	40
5.4.2 Coleta de Dados	41
5.5 Avaliação Clínica Bucal	41
5.5.1 Calibração	41
5.5.2 Profundidade de sondagem de sulco/bolsa (PSS/B)	42
5.5.3 Medidas de Recessão ou Hiperplasia	42
5.5.4 Perda de Inserção Clínica	43
5.5.5 Índice de Sangramento à Sondagem	43
5.5.6 Índice de Placa Visível	44
5.5.7 Diagnóstico da Doença Periodontal – Avaliação da ocorrência e gravidade	44
5.5.8 Índice de CPO-D	45
5.6 Avaliação da qualidade vida relacionada a condição bucal- OHIP	46
5.7 Variáveis do estudo	47
5.7.1 Variável dependente	47
5.7.2 Variáveis independentes	48
5.7.3 Covariáveis	49

5.8 Modelo explicativo	51
5.9 Procedimentos de Análise de Dados	52
5.10 Procedimentos Éticos	55
6 RESULTADOS	56
6.1 Artigo 01	57
6.2 Artigo 02	94
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	123
APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133
APÊNDICE B QUESTIONÁRIO DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	134
APÊNDICE C EXAME CLÍNICO PERIODONTAL	137
ANEXO 1 OHIP-14	138
ANEXO 2 FICHA CÁRIE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO	139
ANEXO 3 AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	140
ANEXO 4 TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	141

1 INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde incorpora em si a noção de qualidade de vida (QV) ao estabelecer que as condições sociais, ambientais, econômicas e psicológicas constituem o processo saúde-doença (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Portanto, saúde e qualidade de vida estão intrinsecamente relacionadas com os elementos que determinam um padrão de conforto e bem-estar tanto individual quanto coletivo. Com base neste conceito, mensurar saúde não se restringe à ausência de doenças ou agravos, devendo considerar outras dimensões envolvidas neste processo a exemplo das dimensões subjetiva e social, bem como levar em conta as repercussões dos problemas de saúde no cotidiano dos indivíduos (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008; CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que o conceito de QV é amplo e complexo, sendo influenciado pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais do indivíduo e pelo contexto de vida em que ele vive. Assim, define QV como a percepção que cada pessoa tem da sua posição na vida, dentro do contexto cultural e dos valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas e inquietações (WHO, 1997).

Problemas de saúde bucal como a cárie dentária e a doença periodontal têm apresentado impacto na QV dos indivíduos, interferindo em suas atividades diárias, nas relações sociais, e produtividade no trabalho (BATISTA et al., 2014). No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 demonstrou que a prevalência de cárie dentária, na faixa etária de 35 a 44 anos é de 16,75%, e em relação às condições periodontais, observou-se que estes problemas aumentam, de modo geral, com a idade. As formas mais graves da doença periodontal aparecem com maior significância nos adultos (35 a 44 anos), com prevalência de 19,4% (BRASIL, 2011). Destaca-se que nesta faixa etária estão concentrados os indivíduos em atividade produtiva e que a existência desses agravos podem assim repercutir na produção econômica.

A avaliação clínica desses problemas de saúde bucal não é suficiente para discriminar o nível de qualidade de vida de um indivíduo. Desse modo, no propósito de complementar essa mensuração clínica, instrumentos que avaliam a percepção do indivíduo sobre sua qualidade de vida relacionada a saúde bucal têm sido cada vez mais utilizados em levantamentos epidemiológicos, a exemplo do Oral Health Impact Profile (OHIP), que através

de escores estabelecem o grau do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, considerando aspectos físicos, sociais e psicológicos (CARVALHO et al. 2015; GARBADO et al., 2013; MENDEZ et al., 2013).

A avaliação simultânea das dimensões sociais e psicológicas em conjunto ao quadro clínico do indivíduo tem sido debatida por estudos que demonstram que condições distintas de saúde bucal revelam diferentes impactos no cotidiano das pessoas (VASCONCELOS et al., 2012). A análise de múltiplas dimensões relacionadas à qualidade de vida pode contribuir para a identificação do domínio que está mais comprometido (CHIESA et al., 2011).

Nessa perspectiva, estudos de autopercepção podem permitir aos profissionais o melhor entendimento em relação à condição de saúde de seus pacientes, aos aspectos que parecem ser valorizados pelos mesmos e que impactam em suas vidas. Desta forma, a investigação de fatores associados à autopercepção bucal possibilita reconhecer grupos prioritários para as ações em saúde e, conseqüentemente, melhor direcionar recursos públicos (LUICH et al., 2013). Considerando que políticas públicas de saúde centradas na promoção da saúde, como a do Brasil, (BRASIL, 1997), e norteadas por princípios de acesso universal, equânime e o atendimento integral, requerem ações de planejamento contextualizadas e voltadas às necessidades reais da população, a avaliação do grau de impacto das condições bucais na qualidade de vida favorece o acompanhamento do desempenho de ações e serviços de saúde (PERES et al., 2010).

Dentro desse contexto, justifica-se a relevância de avaliar o impacto das condições bucais na qualidade de vida de indivíduos assistidos em serviços públicos de saúde, uma vez que se acredita que indivíduos com pior condição bucal (com presença de cárie ou periodontite) perceberão maior impacto na qualidade de vida do que os indivíduos em melhor condição. Sendo assim, o presente trabalho se propõe **a investigar a associação entre condição clínica bucal e a percepção do seu impacto na qualidade de vida de indivíduos atendidos na rede pública de Feira de Santana – BA.**

Os dados deste estudo permitirão explorar a situação da saúde bucal desse grupo populacional estudado, além de contribuir na produção de ferramentas para melhoria das políticas públicas de saúde bucal, subsidiando a criação de estratégias saudáveis para diminuir os impactos das condições bucais no cotidiano desses indivíduos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Para compreender como a literatura científica vislumbra o tema em questão, esta revisão de literatura será apresentada em três tópicos. O primeiro abordará o conceito de qualidade de vida e sua relação com o campo da saúde. O segundo versará sobre o impacto da condição bucal na qualidade de vida. Por fim, serão apresentados os instrumentos utilizados para mensurar este impacto.

2.1 Qualidade de Vida e sua relação com a saúde

Com o avanço tecnológico, o tratamento de doenças tem proporcionado maior sobrevida aos indivíduos. Entretanto, esta repercussão no aumento da expectativa de vida, nem sempre está relacionada a um viver bem e com qualidade, devido às sequelas oriundas de morbidades que acarretam limitações na realização de várias atividades relacionadas ao dia-a-dia (LAURENTI, 2003). Por este motivo, o interesse da comunidade científica em estudar qualidade de vida tem aumentado de maneira contínua e crescente (SANTOS-FILHO et al., 2007), assumindo importância nos últimos anos, principalmente quando relacionado à sua mensuração ou avaliação.

Para Minayo et al. (2000) e Buss (2000), QV é um constructo humano relacionado ao nível de satisfação obtido na vida familiar, amorosa, social, ambiental e existencial. É um termo que reflete conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera como grau de conforto e bem-estar, sendo, portanto, uma construção social marcada pelo relativismo cultural, histórico e de classes sociais.

De modo similar à noção de QV mencionada, a OMS afirma que a percepção do indivíduo e o seu contexto cultural determinam o seu julgamento sobre a sua qualidade de vida. Esta organização propõe uma natureza multifatorial da qualidade de vida, abrangendo seis dimensões do ser humano, que discriminam os níveis de QV: física, psicológica, espiritual, social, ambiental e nível de independência (em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade laboral) (WHO, 1997).

Na área de saúde, a qualidade de vida pode ser utilizada como um indicador nos julgamentos clínicos de doenças específicas, em que se avalia o impacto físico e psicossocial que uma determinada enfermidade pode acarretar no indivíduo, permitindo conhecer como

este se adapta a tais condições (SEIDL; ZANNON, 2004). Pode ser empregada ainda para avaliar terapêuticas, custos e benefícios de serviços prestados em saúde; comparar os procedimentos; e definir estratégias na área da saúde (LANDEIRO et al., 2011). Além disso, ela é utilizada para refletir a eficácia das medidas em saúde pública, sendo considerada como um desfecho a ser obtido após práticas assistenciais, bem como nas políticas públicas em ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças (SANTOS-FILHO et al., 2007; MONTEIRO et al., 2010; LANDEIRO et al., 2011).

Este discurso da relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social, tendo como referência, na maioria dos estudos, os termos condições de vida, estilo de vida ou situação de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Atualmente, esta relação focaliza-se no conceito de promoção da saúde, influenciando tanto as práticas assistenciais, quanto as políticas públicas do setor saúde para a melhoria da qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004). A execução de medidas individuais e/ou coletivas de promoção, proteção e recuperação da saúde coloca a saúde pública como campo significativo para o desenvolvimento da qualidade de vida (SANTOS-FILHO et al., 2007).

A primeira Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, definiu que Promoção à Saúde consiste em proporcionar aos indivíduos meios necessários para melhorar e exercer um maior controle sobre a sua saúde, sendo que para isto o indivíduo ou grupo populacional deve ter a capacidade de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de modificar ou adaptar-se ao meio ambiente (WHO, 1986). Esta definição compreende saúde como produto de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo padrão adequado de alimentação, de habitação, trabalho, educação, apoio social, estilo de vida e cuidados de saúde (BUSS, 2000). Logo, promover saúde implica em ampliar o nível de qualidade da vida, capacitando os indivíduos para atuar em benefício da sua própria qualidade de vida.

Como observado, a promoção da saúde não se restringe exclusivamente ao setor saúde, dependendo de ações dos diversos setores da sociedade, pois, as estratégias de promoção são direcionadas aos determinantes da saúde, tais como o estilo de vida, condições sociais, econômicas e ambientais. (BUSS, 2000; SOUZA; CARVALHO, 2003). Assim, para Souza e Carvalho (2003) um projeto que objetive promover saúde e melhorar a qualidade de vida deve envolver-se de políticas que incentivem e proporcionem condições de bem-estar e desenvolvimento individual e coletivo.

No Brasil, com o objetivo de reorganizar o modelo de atenção à saúde numa perspectiva centrada na qualidade de vida e promoção da saúde, Constituição Federal de 1988

ao estabelecer a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), definiu como princípios norteadores a universalidade, equidade e integralidade para sua mediação. Nesta proposta, incluíram-se além dos setores da assistência à saúde, setores que realizam intervenções ambientais e políticas externas e interferem direta ou indiretamente nos determinantes sociais do processo saúde-doença (VIANA; POZ, 2005).

Para implementação de um modelo de organização da atenção à saúde que atenda o propósito, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), originalmente Programa de Saúde da Família, direcionada à promoção da qualidade de vida, com priorização das ações de proteção, promoção e recuperação da saúde. Com o objetivo central de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, a ESF se propôs a produzir uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços e a população (BRASIL, 1997; VIANA; POZ, 2005).

Focada no alcance da qualidade de vida da população, os profissionais da saúde da família devem promover ações intersetoriais e parcerias com organizações que impactam de algum modo no setor (BRASIL, 2000). Portanto, a compreensão do conceito de qualidade de vida e sua relação com a saúde implica em uma assistência à saúde para além das intervenções de nível epidemiológico e sanitário, devendo englobar elementos subjetivos, social e econômico no planejamento e definição das estratégias (SOUZA; CARVALHO, 2003).

A reorganização da atenção básica pressupõe ainda o funcionamento de um sistema de referência e contrarreferência eficiente que assegure a integralidade das ações de saúde. Integralidade para o sistema de saúde pressupõe a articulação de ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento nos âmbitos individual e coletivo, além da articulação dos diferentes níveis de atenção, desde a atenção básica até os níveis de atenção hospitalares e especializados, permitindo ao usuário transitar pelo sistema e atendendo a todas as suas necessidades de saúde (MATTOS, 2001). Implica na superação de práticas profissionais, historicamente baseadas no atendimento clínico individual, que divide e reduz os indivíduos aos seus aparelhos biológicos.

A ampliação das ações de promoção da saúde pode contribuir para a construção desta integralidade, e conseqüentemente na mediação para qualidade de vida. Neste contexto, a Promoção da Saúde representa uma ampliação de práticas, na medida em que melhora as condições de vida da população, possibilitando a cooperação de ações para a efetividade do cuidado em saúde (MATTIONE et al. 2011). Exercer a integralidade requer reorientação de

práticas nos serviços públicos de saúde, com incentivo do envolvimento da população na sua organização (MATTIONE et al. 2011). Entretanto, para isso faz-se necessário considerar não somente aspectos objetivos, mas ainda as percepções e subjetividades dos indivíduos, foco de atenção das ações em saúde.

Um dos princípios da integralidade, a humanização, defende a ampliação do olhar para o ser humano, que se constitui de aspectos biológico, subjetivo e social (MATTOS, 2001). Assim, Santos e Assis (2006) argumentam para a necessidade de trabalhadores sensíveis, com uma nova ética na saúde, a aliança entre a integralidade e seus dispositivos (acolhimento, vínculo, autonomia, resolubilidade, responsabilização) na confecção de práticas originais, de novos modelos, afirmando que quando não há possibilidade de cura ou resolução de problemas, há a possibilidade de cuidar, escutar e contribuir para amenizar o sofrimento do outro.

Em complementação à ESF foi criado em 2004 a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, atrelando ao programa Equipes de Saúde Bucal (ESB) composta por Cirurgiões-Dentistas, Técnicos de Saúde Bucal e Auxiliares de Saúde Bucal. Assim como a ESF, as diretrizes desta política visam à qualificação da Atenção Primária em Saúde, a integralidade das ações, o trabalho com base na vigilância em saúde, o planejamento das ações de acordo com a epidemiologia e as informações do território (AQUILANTE; ACIOLE, 2015). A inclusão de ESB na ESF consta como uma potencial ruptura com modelos assistenciais em saúde bucal excludentes, curativistas, tecnicistas e biologicistas. Demonstrando que a saúde bucal pode ser integrada a políticas sociais, para que seja alcançada a integralidade (QUEIROZ et al., 2010).

De tal modo, para que a ESF e os profissionais que a compõem possam intervir de forma positiva, integral e resolutive, é preciso também conhecer a percepção dos indivíduos em relação à própria qualidade de vida. A atenção básica, por constituir a porta de entrada dos indivíduos na rede, pode representar o primeiro contato com a rede pública de serviços em saúde, configurando-se em um espaço de acompanhamento e estabelecimento de vínculo entre os profissionais, evidenciando as dimensões envolvidas no processo saúde-doença. Portanto, conhecer a QV também pode funcionar como indicador das situações de enfermidade, uma vez que a análise de suas dimensões pode apontar o âmbito da vida das pessoas que está mais comprometido (CHIESA et al., 2011).

2.2 Impacto da condição bucal na Qualidade de Vida

Os problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como fatores importantes que causam um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades, influenciando o crescimento e desenvolvimento das pessoas, a fala, a mastigação, o modo como elas aproveitam a vida, saboreiam os alimentos e se socializam (GOMES; ABEGG, 2007). Um relatório da OMS sobre Dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas reconheceu que as doenças bucais causam dor, sofrimento psicológico, restrições e privação social, ocasionando prejuízos em âmbito individual e coletivo (WHO, 2003).

A cárie dentária é considerada uma das condições bucais com maior morbidade a nível mundial, o que também ocorre no Brasil (BRASIL, 2011). Ela pode desencadear dores e perdas dentárias provocando limitações na fala, na mastigação, na estética facial, interferindo no cotidiano das pessoas e ocasionando mudanças biopsicossociais que poderão interferir na qualidade de vida. Em pesquisa realizada com brasileiros demonstrou-se que à medida que o número de dentes cariados e o Índice de Dentes Perdidos Cariados e Obturados (CPOD) aumentam, a qualidade de vida diminui. Esta correlação negativa entre cárie e qualidade de vida foi verificada nos domínios psicológico, relações sociais e meio ambiente, domínios presentes no instrumento utilizado para verificar o impacto na qualidade de vida (COSTA; VASCONCELOS; ABREU, 2013).

Em relação à doença periodontal, segundo problema bucal de maior morbidade em brasileiros, pesquisas revelam também seu efeito negativo na qualidade de vida dos indivíduos (AL-HARTHI et al., 2013). Quanto maior a gravidade da doença periodontal maior o impacto na qualidade de vida, o que torna necessário a prevenção e o tratamento precoce desta doença para evitar maiores sequelas consequentes da sua gravidade (JANSSON et al., 2014). Além disto, a periodontite, manifestação clínica avançada da doença periodontal que compromete o periodonto de sustentação dentária, é uma causa importante da perda de dentes e tem demonstrado estar associada a uma série de condições sistêmicas (CRUZ et al., 2009; GOMES-FILHO et al. 2014; LUNARDELLI et al., 2006; PASSOS et al., 2013).

A associação entre doenças periodontais com a qualidade de vida também foi observada quanto ao efeito do tratamento periodontal. Indivíduos com profundidade de sondagem mínima de 7 mm tiveram maior impacto na qualidade de vida (BRAUCHLE; NOACK; REICH, 2013). A terapia periodontal não-cirúrgica foi associada com o efeito positivo na qualidade de vida em relação à dor física, desconforto psicológico e incapacidade

psicológica em indivíduos com periodontite crônica de moderada a avançada (WONG et al., 2012). Na terapia periodontal cirúrgica foi observado uma melhora progressiva na qualidade de vida comparando o período inicial e final do tratamento (SAITO et al., 2011).

A perda dentária e a necessidade de tratamento dentário também têm se revelado como impactantes na qualidade de vida. Os indivíduos que possuem quatro ou mais dentes cariados ou perdidos e que necessitam de prótese, geralmente, estão mais fortemente associados com a autoavaliação negativa da saúde bucal. (BATISTA et al., 2014; MOURA et al., 2014). Entender este conceito subjetivo da saúde bucal possibilita averiguar quais são os fatores associados à autoavaliação positiva ou negativa da condição de saúde. Em indivíduos da área rural do Brasil a prevalência de autopercepção negativa da saúde bucal foi de 70,5%, tendo como preditores a cor da pele, a necessidade autorreferida de tratamento odontológico e o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida (MOURA et al., 2014).

Outros agravos bucais também foram relacionados a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, tais como má higiene bucal, desgaste dos dentes, sensibilidade dentária, inchaço gengival e úlceras orais (NGOENWIWATKUL; CHATRCHAIWIWATANA; CHAIPRAKARN, 2014). Todas estas condições referidas interferem na qualidade da vida dos indivíduos causando consequências funcionais, psicológicas e sociais, limitando a realização de atividades da vida diária como falar, sorrir, mastigar e assim interagir com outras pessoas, além da dor e do desconforto que estas condições podem causar.

Destarte, é possível entender as perdas dentárias como decorrentes não só das doenças bucais em si, mas são determinadas pelo processo de exclusão social sofrido pela população no decorrer da vida (SANTILLO et al., 2014). Este fato também foi verificado nos resultados do Levantamento de Saúde Bucal Brasil 2010 que mostram as iniquidades regionais relacionadas às condições bucais. As regiões Norte e Nordeste apresentaram os piores índices de cárie dentária, doença periodontal e necessidade de prótese dentária comparado com as regiões Sul e Sudeste, que são regiões com melhores condições socioeconômicas (BRASIL, 2011).

No Quadro 1 estão elencados estudos que avaliaram a relação da condições bucal com a qualidade de vida de indivíduos adultos nos últimos sete anos (2010-2016), destacando-se o autor, ano, local, desenho do estudo, tamanho da amostra, instrumento utilizado para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, medidas empregadas no diagnóstico da condição bucal e resultados principais. De modo geral, percebe-se que as condições bucais analisadas refletem impactos negativos na qualidade de vida, entretanto as evidências disponíveis relacionadas a esta associação não discriminam os diversos fatores que interferem

na ocorrência deste evento, nem apontam as diferenças entre os múltiplos domínios que compõem o constructo qualidade de vida.

Quadro 1. Estudos analíticos que avaliaram o impacto das condições bucais na qualidade de vida de indivíduos adultos (2010-2016)

Autor/Ano Periódico	Local	Desenho	Amostra	Instrumento	Diagnóstico condição bucal	Resultados principais
Mendez et al. 2016 <i>Int J Dent Hygiene</i>	Brasil	Intervenção	55	OHIP-14	Terapia Periodontal	A pontuação total do OHIP-14 foi significativamente maior no Dia 0 (17,3±10,5) em relação ao Dia 30 (9,7±8,3) e Dia 90 (9,5±7,4). Escores de todos os domínios diminuiram significativamente após o tratamento supragingival. Esta resposta foi mantida depois da terapia subgingival, exceto na dor física e domínios deficiência física.
Carvalho et al., 2015 <i>Caries Res</i>	Bélgica	Coorte	611	OHIP-14	1. Condição Periodontal: SS, PS, NIC. 2. Cárie: atividade e gravidade	1. OHIP-14: 6,6 (± 7,5) 2. Prevalência de OHIP-14: 18,7% 4. Gravidade do OHIP-14: 3 a 12 5. Visita ao dentista por cárie (OR = 2,52, p <0,001) 6. Problema periodontal (OR = 1,79, p = 0,002) 7. Visita ao dentista para controle regular (OR = 0,48, p = 0,008) 8. Adultos jovens (OR = 0,69, p = 0,099)
Irani et al., 2015 <i>J Dentistry</i>	Reino Unido	Caso-controle	61 casos 72 controles DM2	OHIP-49	1. Condição Periodontal: PS, IP, índice gengival modificado.	1. Sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. 2. Dentro do grupo de não diabéticos, pacientes com gengivite e periodontite tinham significativamente maior pontuação do OHIP-49 em todos os domínios.
Meusel et al. 2015 <i>J Oral Sci</i>	Brasil	Transversal	100	OHIP-14	1. Condição Periodontal: PS, NIC, SS	1. Periodontite severa (P = 0,0455) 2. Gravidade da doença e comprometimento da fala (P = 0,0355) 3. Incapacidade psicológica (P = 0,0322) 4. Gravidade da doença periodontal foi inversamente associada com a qualidade de vida em adultos brasileiros
Nagarajappa et al. 2015 <i>J Epidemiol Global Health</i>	Índia	Transversal	800	OIDP	1. Cárie 2. Condição da mucosa oral 3. Estética Dental: DAI	1. Cárie - impacto sobre a limpeza (OR = 2,487), dormir e relaxar (OR = 8,996) 2. Condições da mucosa oral - impacto sobre comer (OR = 3,97), limpeza (OR = 2,97) e atividade física (OR = 11,19) 3. DAI - impacto sobre limpeza (OR = 2,13), estabilidade emocional (OR = 3,96) e contato social (OR = 3,21).
Sanadhya, et al., 2015 <i>J B Clin Pharm</i>	Índia	Transversal	1.200	OHIP-14	1. Doença Periodontal: CPI, NIC 2. Uso de prótese 3. Cárie	Sexo masculino (OR = 1,35, P = 0,02), residentes urbanos (OR = 1,13, P = 0,002), idade <45 anos (OR = 1,23, P = 0,01), sem dentes cariados (OR = 1,48, P = 0,002) e sem falta de dentes (OR = 1,08, P = 0,03)
Baron et al., 2014 <i>Rheumatology</i>	Canadá	Caso-controle	163 casos 231 controles (Esclerose Sistêmica)	OHIP 49	1. Cárie - CPOD 2. Doença periodontal - PS, NIC 3. Abertura bucal - distância entre as bordas dos incisivos centrais superior e inferior 4. Xerostomia - Teste de Saxon	Esclerose sistêmica foi um preditor independente significativo do número de dentes perdidos [RR 1,41, IC 95% 1,11-1,79], da doença periodontal [RR 1,84, 95% IC 1,39-2,43], da produção de saliva (b = 20,05, 95% IC 36,72-3,37), distância interincisivo (b = 7,18, 95% IC 8,67-5,69), a pontuação total OHIP (b = 13,98 95% IC 8,27-9,68) e todos os escores OHIP.

Batista et al., 2014 <i>Braz Oral Res</i>	Brasil	Transversal	386	OHIP 14	1. Cárie - CPOD 2. Doença Periodontal - CPI 3. Necessidade de tratamento por cárie – OMS	Sexo (M: RP = 0.55, 9 5% IC 0.38 – 0.80) Visita ao dentista devido a dor (RP = 2.14, 95% IC 1.57 – 3.43) Perda dentária (RP = 1.59, 95% IC 1.09 – 2.32) Necessidade de tratamento por cárie (RP = 1.59, 95% IC 1.09 – 2.32)
Jansson et al., 2014 <i>J Periodontol</i>	Suécia	Transversal	443	OHIP 14	1. Número de dentes 2. Sangramento a sondagem 3. Doença periodontal: ‡ 4 mm medições realizadas em todos os dentes, 4 sítios. 4. Perda óssea marginal: Radiografia panorâmica e 4 radiografias interproximal	1. OHIP-14: 3,91 (+/-5,39) 2. limitação funcional (p = 0,017) 3. desconforto psicológico (p = 0,002) 4. deficiência física (P = 0,003) 5. deficiência psicológica (P = 0,001) 6. incapacidade social (P = 0,001) 7. deficiência (P = 0,001)
Santillo et al., 2014 <i>Cien Saude Colet</i>	Brasil	Transversal	568	OHIP 14	1. Perdas dentárias (<12 e >12)	1. Impacto da perda dentária foi 51% maior nas pessoas com perda superior a 12 dentes do que naquelas com perda de até 12 dentes
Blaizot et al., 2013 <i>Int Dent J</i>	França	Transversal	73	GOHAI	Indicadores do Projeto Europeu de Desenvolvimento Global de Saúde Bucal	1. Indivíduos com menos de 14 dentes foram associadas com uma má qualidade de vida segundo o GOHAI (P = 0,006)
Brauchle et al., 2013 <i>Int Dent J</i>	Alemanha	Intervenção	93	OHIP 14	1. Doença periodontal – CPI	OHIP-14 1. inicial: 6,3 (14,4) 2. Pós-tratamento: 4,8 (p <0,001); (5,5 (p = 0,007)) 3. Diminuição do desconforto psicológico (12,2% para 8,4%).
Cornejo et al., 2013 <i>Med Oral Patol Oral Cir Bucal</i>	Espanha	Transversal	194	GOHAI	1. Cárie - CPOD 2. Doença periodontal – CPI	Foi encontrado impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida associado ao auto-relato de problemas em dentes e gengivas e também ao edentulismo funcional e necessidade de prótese superior
Durham et al., 2013 <i>J Dentistry</i>	Reuno Unido	Caso – controle	89 casos 89 controles	OHIP 49 OHQOL-UK	1. Periodontite crônica - mínimo de dois dentes em dois sextantes distintos com profundidade de sondagem maior ou igual a 6 mm	1. Pontuação global do OHIP-49: 48,6±32,0 periodontite (p <0,01) 3. Pontuação global do OHQOL-UK - 47,1±9,7) periodontite (p <0,05) 4. Correlação negativa (p <0,05): Domínio limitação funcional do OHIP-49 e número de dentes (r = -0,261) Domínio dor física do OHIP-49 e número de dentes (r = -0,265) Pontuação global do OHIP-49 e número de dentes (r = -0,239) Domínio social do OHQoL-UK e número de bolsas ≥ 5 mm (r = -0,226) Domínio psicológico OHQoL-UK e número de bolsas ≥ 5 mm (r = -0,267)

Rossel et al., 2013 <i>Pesq Bras Odontoped Clin Integr</i>	Brasil	Transversal	51	OHIP 14	1. CPI 2. CPO-D 3. Avaliação protética	1. CPOD >13 ou última visita ao dentista há mais de dois anos apresentaram chances significativamente maiores de ter impacto na qualidade de vida relacionada a problemas bucais (p<0,05)
Zhang et al., 2013 <i>Clin Oral Invest</i>	China	Transversal	1.462	OHIP 14	CPOD	1. Escores totais OHIP-14 foram maiores na condição "<10 dentes em cada mandíbula" $8,5 \pm 9,5$ (dentes naturais + prótese fixa) e $12,3 \pm 13,2$ (dentes naturais + prótese removível). 2. Condição " ≥ 10 dentes em cada mandíbula" foi a mais importante para discriminar impacto sobre qualidade de vida relacionada a saúde bucal (razão de probabilidade 1,59).
Dahl et al., 2012 <i>Int J Dent Hygiene</i>	Noruega	Transversal	247	DIP	1. CPOD	1. Indivíduos com < 2 dentes cariados relataram efeitos positivos sobre mais itens do DIP (19.6 itens) que os 2/+ dentes cariados (17,3 itens) (p = 0,03)
Al Habashneh et al., 2012 <i>J Oral Sci</i>	Jordânia	Transversal	400	OHIP 14	Doença periodontal - índice de placa de Loe e Silness, índice gengival de Silness e Loe, PS e NIC	1. Queixa mais frequente do OHIP - dor física; 2. Média do escore OHIP-14 significativamente maior em indivíduos com periodontite moderada ou grave do que nos com gengivite ou periodontite leve; 3. Indivíduos com periodontite severa tinham significativamente maiores escores de dor física, deficiência física, desconforto psicológico do que os com periodontite moderada. 4. Periodontite severa, a pontuação média para o domínio incapacidade psicológica foi significativamente maior do que para os pacientes com gengivite crônica. 5. No domínio da incapacidade social, a pontuação média para pacientes com periodontite severa foi significativamente maior do que para os pacientes com periodontite leve ou gengivite crônica.
Patel e Gamboa, 2012 <i>Br Dent J</i>	Reuno Unido	Transversal	112	OHIP 14	1. Perda dentária, a condição natural do dente, estado restaurador 2. CPI	1. OHIP: 25,4 (IC 95% 23,3-27,4) 2. Desconforto após comer 64,0% 3. Dieta inadequada e dor 59,6%
Silva et al., 2012 <i>Rev Odontol UNESP</i>	Brasil	Transversal	111	OHIP 14	CPOD e SiC	1. Perda dentária (8,65) foi associada à limitação funcional (p = 0,013), ao desconforto psicológico (p = 0,017), à limitação física (p = 0,002) e à incapacidade social (p = 0,036). 2. Alta experiência de cárie (SiC $\geq 25,5$) foi associado à incapacidade física (p = 0,004) e à limitação física (p = 0,025)

Wong et al., 2012 <i>J Clin Periodontol</i>	China	Intervenção	65	OHIP 14	IP, SS, NIC, PS.	1. Média do OHIP inicial – 17 2. Média após 12 meses - 13 (p = 0,025) 2. Alterações significativas dos domínios: "dor física" (p = 0,001), "desconforto psicológico" (p <0,001) e "incapacidade psicológica" (p <0,001)
Zanatta et al., 2012 <i>BMC Oral Health</i>	Brasil	Transversal	330	OHIP 14	1. IP, IG, SS, Índice de hiperplasia gengival, DAI	1. Pontuação do OHIP - distribuição anormal (variação de 0 a 8) média de 2,74 (DP 2,1) 2. Desconforto psicológico foi o domínio que apresentou o maior percentual de respostas (17,2%) 3. Associações com a pontuação total do OHIP: raça (RR 1.50, 95% IC 1,30-1,74); renda familiar (RR 3.18, 95% IC 2,09-4,84); IMC (RR 1.46, 95% IC 1,22-1,74), duração tratamento ortodôntico (RR 1.50, 95% IC 1,30-1,74); DAI (RR 2.02, 95% IC 1,74-2,35); Hiperplasia gengival anterior (RR 3.55, 95% IC 3,29-3,82)
Montero et al., 2011 <i>Med Oral Patol Oral Cir Bucal</i>	Espanha	Transversal	200	OIDP OHIP 14	1. CPOD 2. CPI 3. Condições protéticas	1. OIDP - dimensões mais afetadas: "comer" de 36,5%, "higiene" 33,0% e "sorrir" 24,5% 2. OHIP - dimensões mais afetadas: "preocupação com a boca" 54,5%, "dor" 50,5%, "desconforto ao comer" 32,5%, "insatisfação com a estética" 32,0 % 3. Número de dentes em oclusão MIH, número de dentes permanentes, dentes cariados visíveis e condição periodontal foram correlacionadas significativamente com os escores totais do OIDP e do OHIP
Sánchez et al., 2011 <i>Acta Odontol. Latinoam</i>	Argentina	Transversal	200	OHIP 49	1. Índice Comunitário de Necessidade Tratamento de Cárie 2. Índice Periodontal Comunitário de Necessidade de Tratamento	1. OHIP: revelou um alto nível de impacto social, este foi maior para o sexo feminino em comparação com o sexo masculino (Z (t) = 2,08, p = 0,037). 2. Os domínios referentes à limitação funcional, dor física e desconforto psicológico apresentaram níveis mais elevados de impacto social (H = 395,06, p <0,0001)
Saito et al., 2011 <i>J Clin Periodontol</i>	Japão	Intervenção	21	-	1. Profundidade de sondagem; 2. Recessão gengival 3. Nível de inserção clínico 4. Sangramento à sondagem	1. Pontuação inicial OHRQL: 25,5 (±11,4) 2. Pontuação OHRQL após terapia inicial: 16,7 (±9,5) 3. Pontuação OHRQL após tratamento cirúrgico 15,0 (±9,7) (p <0,01)
Slade e Sanders, 2011 <i>J Dent Res</i>	Austrália	Transversal	3.724	OHIP 14	1. Experiência de cárie dentária 2. Profundidade de sondagem	1. Associação de condições clínicas com o OHIP - uso de prótese dentária: 10,3±0,51 (p<0,001) - número de dentes perdidos >13: 10,2±0,60 (p<0,001) - Superfícies cariadas: 10,3±0,51 (p< 0,001) - Periodontite moderada-grave: 9,5±0,40 (p < 0,001)

Andersson et al., 2010 <i>Int J Dent Hygiene</i>	Suécia	Transversal	204	OIDP	1. Número de dentes 2. Índice periodontal comunitário de necessidade de tratamento 3. Perda óssea (exame radiográfico) 4. Dentes cariados e obturados (exame radiográfico)	1. Impactos relacionados à saúde bucal que afetam a vida diária foram relatados em 39,7% 2. Falta de dentes >10 OR= 6,50 [95% IC 1,48-28,43] 3. Profundidade de sondagem ≥ 6mm: OR 1,52, 95% IC 0,68-3,41 4. Perda óssea alveolar ≥ 30%: OR 0,75, 95% IC 0,35-1,62 5. Dentes cariados ≥ 2: OR 0,97, 95% IC 0,62-1,53 6. Dentes obturados ≥ 9: OR 1,13, 95% IC 0,72-1,78
Bianco et al., 2010 <i>Cien Saude Colet</i>	Brasil	Transversal	224	OHIP 49	1. CPOD 2. PIP 3. CPI 4. Uso e necessidade de prótese	1. Idade foi um fator significante em todos os domínios (com o aumento da idade, os impactos diminuíam) 2. Valor máximo do CPI: significante nos domínios limitação funcional (0,005), dor física (0,011), desvantagem (0,038) 3. Número de dentes ausentes teve impacto significante para limitação funcional (0,000) e incapacidade física (0,000) 4. Necessidade de prótese superior teve impacto significante para dor física (0,011), incapacidade psicológica (0,001) 5. Necessidade de prótese inferior impacto significante em desconforto psicológico (0,000) 6. Uso de prótese inferior (0,002) ou superior (0,000) teve impacto significante no domínio desvantagem
Araújo et al., 2010 <i>Quintessence Int</i>	Brasil	Transversal	401	OHIP 14	1. Condição periodontal – AAP	1. Indivíduos com periodontite: 56,7% 2. Pontuação do OHIP: média 29,75, mediana 33 e desvio padrão 15,98 3. Correlação entre OHIP e doença periodontal (p <0,001)
Barnabé e Marcenes, 2010 <i>J Clin Periodontol</i>	Reuno Unido	Transversal	3.122	OHIP 14	1. Doença periodontal: pelo menos dois locais proximais com perda de inserção ≥ 4mm e pelo menos um sítio proximal com a profundidade do bolso ≥ 4 mm	1. Associação da doença periodontal com a pontuação OHIP-14 (RP 1,26, IC 95%: 1,16-1,38) após ajuste para fatores demográficos (sexo, idade e Inglês região ou país), posição socioeconômica (nível educacional e renda familiar) e condições clínicas (número de dentes, uso de prótese parcial, de cárie dentária, lesões dentárias traumáticas e desgaste do dente).
Daly et al., 2010 <i>Community Dent Oral Epidemiol</i>	Reuno Unido	Transversal	102	OHIP 14	1. CPOD 2. CPI 3. Lesões na mucosa oral (OMS)	1. O CPOD médio 15,5±7,6, cariado 4,2±5,2, perdido 6,8±6,0 e obturado 4,6±4,8; 2. CPI: média por pessoa 1,9±1,2; 3. Lesões na mucosa bucal: úlceras na cavidade oral (n = 6), queilite angular (n = 1) e leucoplasia (n = 1) 4. Relação entre o impacto percebido OHIP e as condições clínicas: dentes perdidos (r de Spearman = 0,158 P = 0,05) 6. Domínios maior impacto: dor (75%), desconforto psicológico (61%) e incapacidade psicológica (59%)

CPI = Índice Periodontal Comunitário; DAI = Índice de Estética Dental; IP = Índice de Placa; NIC = Nível de Inserção Clínica; OR = Odds Ratio; PIP = Índice de Perda Periodontal; PS = Profundidade de Sondagem; RP = Razão de Prevalência; RR = Razão de Risco; SiC = Índice de Cárie Significante; SS = Sangramento à Sondagem.

As publicações encontradas são, em sua maioria, estudos observacionais, com predominância do estudo transversal. Os estudos de intervenção encontrados fazem referência ao tratamento periodontal. Houve grande variação quanto ao tamanho das amostras: a menor continha 21 sujeitos, correspondente a um estudo de intervenção no Japão, e a maior, 3.724 sujeitos em um estudo transversal na Austrália. O instrumento de avaliação do impacto da condição bucal na qualidade de vida mais utilizado foi o OHIP-14. Em relação às condições clínicas avaliadas houve uma predominância de estudos que avaliaram a condição periodontal, utilizando uma variedade de índices (Profundidade de Sondagem, Nível de Inserção Clínica, Índice Periodontal Comunitário, Sangramento a Sondagem, Índice de Placa, Hiperplasia Gengival, Perda Óssea).

Os estudos apontam impacto da condição bucal na QV associado a ocorrência de problema periodontal (CARVALHO et al., 2015; BARNABÉ; MARCENES, 2010), sendo observado a maior ocorrência deste na periodontite severa (AL HABASHNEH; KHADER; SALAMEH, 2012), principalmente sobre as dimensões do instrumento OHIP dor física, limitação funcional, incapacidade física e incapacidade psicológica (MEUSEL et al., 2015). Além disto, diferentes dimensões de perda óssea tiveram impacto estatisticamente significativo em seis das sete dimensões – limitação funcional desconforto psicológico, deficiência física, deficiência psicológica, incapacidade social e deficiência social (JANSSON et al. 2014).

A outra condição mais avaliada foi a cárie dentária por meio do Índice CPOD, além destas condições os estudos também avaliaram xerostomia, abertura bucal, uso e necessidade de prótese, estética dental, perda dentária e lesões na mucosa oral. Em relação a cárie dentária, foi observado impacto negativo sobre as dimensões do instrumento OIDP relacionadas a higiene, dormir e relaxar (NAGARAJAPPA et al. 2015). Já em relação ao instrumento OHIP, a experiência de cárie foi associada a incapacidade física e a limitação física (SILVA et al., 2012).

Outras condições clínicas também foram associadas com o impacto da condição bucal na qualidade de vida, tais como: uso de prótese dentária, periodontite moderada-grave (SLADE; SANDERS, 2011), condição da mucosa oral, estética dental (NAGARAJAPPA et al., 2015), número de dentes perdidos (BATISTA et al. 2014; BLAIZOT et al., 2013; ZHANG et al. 2013; SLADE; SANDERS, 2011; ANDERSON et al., 2010). Esta última condição obteve associação com os domínios limitação funcional, desconforto psicológico, limitação física e incapacidade social (SILVA et al., 2012).

Destaca-se também nestes estudos que com o aumento da idade a percepção do impacto diminui (CARVALHO et al., 2015; BIANCO et al., 2010) e que a dor foi o domínio do OHIP mais prevalente.

2.3 Instrumentos de avaliação de impacto da condição bucal na qualidade de vida

A avaliação da saúde bucal exclusivamente com critérios clínicos não comporta a obtenção de informações subjetivas que determinam o real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. A necessidade de determinar a repercussão das alterações presentes na cavidade oral levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada às condições bucais. Estes instrumentos juntamente com a avaliação clínica podem fornecer uma avaliação mais abrangente da saúde bucal.

Também reconhecidos como instrumentos sóciodentais, estes conseguem mensurar o grau em que os problemas bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo. Para isto, analisam desde os aspectos funcionais (como comer, mastigar), psicológicos (como humor, irritação) até os sociais (como frequentar a escola, trabalhar, desempenhar obrigações familiares) (GOMES; ABEGG, 2007). Atualmente existem inúmeros instrumentos que avaliam este impacto, em sua maioria, voltados para adultos ou idosos. Destacam-se o OHIP-49 (Perfil do Impacto da Saúde Bucal) e sua versão mais curta OHIP-14, o OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário) e o GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica). E outros como o DIDL (Dental Impact of Daily Living) e o DIP (Impact Profile Dental). Dentre estes instrumentos, o mais utilizado na área odontológica por ter sólida base conceitual e empírica, propriedades psicométricas conhecidas e ser de fácil aplicação é o OHIP-14.

A maioria destes instrumentos foi desenvolvida em países de língua inglesa, o que tornou necessário sua aplicação em outras línguas. Entretanto, a simples tradução é insuficiente, sendo imperiosa a adequação e validação em outros idiomas e culturas. Assim, o processo de tradução e validação de um instrumento de qualidade de vida além de considerar a questão idiomática e semântica, deve analisar os aspectos socioculturais que envolvem o constructo qualidade de vida e a população em que o instrumento será aplicado (MONTEIRO et al., 2010).

O OHIP-49 é um questionário que foi desenvolvido na Austrália com o objetivo de avaliar disfunções, desconfortos e incapacidades atribuídos às condições bucais. Seus 49 itens são avaliadas por meio de um escore total (com valor máximo de 196) e são divididos em sete

dimensões cada uma delas contendo sete questões. As dimensões do OHIP são: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (MENDEZ et al., 2013).

Posteriormente, este instrumento foi reduzido para 14 questões (OHIP-14), também subdividido em sete dimensões. Os itens são classificados usando-se a escala de Likert de 5 níveis (LIKERT, 1932) (4 = sempre, 3 = bastante, 2 = de vez em quando, 1 = quase nunca e 0 = nunca), as pontuações mais baixas implicam uma melhor qualidade de saúde oral de vida. Esta versão foi adaptada para diversos países, inclusive o Brasil, além de ser o instrumento sociodental mais utilizado atualmente (FEU; QUINTAO; MIGUEL, 2010).

A versão reduzida do OHIP foi desenvolvida utilizando dados epidemiológicos de uma amostra de 1.217 sul-australianos com média de idade de 60 anos. As 14 questões utilizadas foram efetivas para determinar os mesmos padrões de variação clínicos e sociodemográficos observados quando utilizado o questionário original, sugerindo que a versão reduzida do instrumento é útil para quantificar os níveis de impacto na qualidade de vida com boa confiabilidade, validade e precisão (SLADE, 1997).

A derivação brasileira do OHIP-14 foi publicada por Oliveira e Nadanovsky em 2005. Os dados foram obtidos a partir de um estudo transversal que avaliava o impacto de dor dentária na qualidade de vida de 504 gestantes. Os autores concluíram que a versão brasileira do questionário apresentava boas propriedades psicométricas, similarmente à versão original em inglês, e que dessa forma, se qualificava como válido para o idioma brasileiro (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). Garbado et al. (2013) afirma que este instrumento é um importante auxiliar no esclarecimento de necessidades em saúde bucal e na elaboração de estratégias para controle/redução de doenças e promoção da saúde bucal com impacto positivo na qualidade de vida.

Tem sido cada vez maior a utilização de instrumentos quantitativos que avaliam a influência da saúde bucal na qualidade de vida. Estes contribuem de forma significativa para complementar as informações clínicas, bem como fornecem subsídios para conhecer as percepções da população acerca de sua condição bucal e auxiliar na formulação de políticas públicas para melhoria da qualidade de vida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde bucal: a percepção pelo sujeito

A primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal discutiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e a inserção da odontologia no Sistema Único de Saúde, definindo a saúde bucal como parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, estando diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação (BRASIL, 1986). Portanto, a ausência de doenças bucais contribui para sua saúde geral.

Para Narvai e Antunes (2003) a expressão saúde bucal engloba um conjunto de condições objetivas - biológicas e subjetivas - psicológicas, que possibilitam ao indivíduo exercer funções como a mastigação, deglutição, fonação, além de contribuir para o exercício da autoestima e do relacionamento social, consequente da dimensão estética inerente à sua localização anatômica. Esta concepção supera o dualismo entre corpo e mente, o reducionismo do foco em apenas fenômenos biológicos nas análises do processo saúde-doença.

Por englobar aspectos psicológicos e condições subjetivas, esta definição comporta a aplicação de formas de medir percepções, sentimentos e comportamentos para avaliar a saúde (LOCKER, 1997). Medir o estado de saúde da população permite definir níveis de comparação entre grupos, detectar iniquidades em relação a condições de saúde, a áreas geográficas, a condições sociais, a condições econômicas, ou ainda relativas ao gênero e à idade (FERREIRA; SANTANA, 2003). O processo de autoavaliação em saúde e o conceito subjetivo de saúde possibilitam identificar os fatores que estão associados à percepção de vida saudável das populações.

Destaca-se que a percepção de saúde é uma avaliação global e multidimensional que leva em consideração aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo sobre sua saúde, diante do contexto cultural e psicossocial existente, ou seja, reflete as experiências subjetivas dos indivíduos sobre seu bem-estar funcional, social e psicológico (BEZERRA et al. 2011; SILVA et al., 2011; RABELO et al., 2010). A autopercepção engloba as dimensões de saúde relevantes ao indivíduo, que para além de condições médicas e incapacidades funcionais, envolve fatores como o estado de humor e relações sociais (RABELO et al., 2010).

Também na saúde bucal a sua autoavaliação é influenciada por razões sociais, econômicas e psicológicas que podem ser explicadas e compreendidas quando os indivíduos são escutados (VALE; MENDES; MOREIRA, 2013). O uso destas avaliações subjetivas na odontologia tem-se tornado cada vez mais frequente, pois permite obter informações sobre a percepção da saúde bucal, medir o impacto das condições bucais na vida dos indivíduos e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população (LUCCHI et al., 2013).

O comportamento do indivíduo é condicionado por suas percepções e pela importância dada a elas. Por este motivo é essencial entender como este percebe sua condição bucal (SILVA; FERNANDES, 2001), assim as informações epidemiológicas de saúde bucal ganham outro significado quando acompanhadas da avaliação da autopercepção destas condições (HAIKAL et al., 2011). A percepção da condição bucal consegue sintetizar as condições objetivas e subjetivas de saúde, os valores e expectativas culturais relacionados ao meio social em que vive o indivíduo e aos sintomas que indicam necessidade de tratamento (SILVA; FERNANDES, 2001).

Deve-se ressaltar que os indicadores subjetivos não devem ser usados para diagnosticar doenças ou substituí-los ao exame clínico, mas sim complementar as informações clínicas, possibilitando identificar indivíduos ou populações vulneráveis (SILVA; FERNANDES, 2001), contribuindo na formulação de políticas públicas para melhoria da qualidade de vida.

3.2 Qualidade de vida: conceito multidimensional

O conceito de qualidade de vida está intimamente ligado ao de autopercepção, que em saúde, pode ser entendida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Baseia-se nas informações e nos conhecimentos de saúde e de doença, modificados pela experiência, normas sociais e culturais de cada indivíduo (VALE; MENDES; MOREIRA, 2013). Portadores de incapacidades ou distúrbios crônicos, por exemplo, muitas vezes percebem sua qualidade de vida como melhor do que aqueles considerados saudáveis (ALLEN, 2003).

Para a OMS o conceito de qualidade de vida é composto por seis dimensões do ser humano: física, psicológica, espiritual, social, ambiental e nível de independência. E avaliação sobre a sua qualidade de vida é determinada pela percepção do indivíduo e pelo contexto cultural em que ele vive (WHO, 1997). Entretanto, ainda não existe definição para este conceito. Saúde e qualidade de vida são condições intuitivas e abstratas, referente a eventos multidimensionais, complexos e de caráter subjetivo. Além disto, o que se entende por saúde

e qualidade de vida está em constante desenvolvimento, variando de acordo com os contextos sociais, culturais, políticas e práticas em que os conceitos estão sendo operacionalizados e medidos (LOCKER, 1997).

De tal modo, a noção de qualidade de vida é fruto de uma construção social que reflete conhecimentos, experiências e valores individuais e coletivos influenciados por diferentes épocas, espaços e histórias. Esta noção ainda implica uma síntese cultural dos elementos que uma dada sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar. Portanto, é um conceito relativo, tendo como referência o contexto histórico, cultural e os estratos/classes sociais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Para Gomes et al. (2008) a percepção individual de qualidade de vida faz referência a um grupo ou coletivo a que o indivíduo pertence ou que deseja pertencer, ou com que se identifica, é a expressão material dos desejos e dos comportamentos individuais/coletivos.

Ademais, dois aspectos são extremamente relevantes no conceito de qualidade de vida: a subjetividade e a multidimensionalidade. Por subjetividade considera-se a percepção do próprio indivíduo sobre o seu estado de saúde em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. À multidimensionalidade refere as diferentes dimensões que compõem o construto qualidade de vida. Os instrumentos utilizados para mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde devem levar em consideração estas dimensões (SEILD; ZANNON, 2004).

A natureza multidimensional deste construto emergiu de quatro grandes dimensões: física, psicológica, relacionamento social, e ambiental. Por dimensão física entende-se a percepção do indivíduo da sua condição física; por dimensão psicológica sua percepção sobre sua condição afetiva e cognitiva; a dimensão social refere-se a percepção deste sobre os relacionamentos e os papéis sociais; por fim, a dimensão ambiental, refere-se a percepção sobre os diversos aspectos relacionados ao meio ambiente. Para além dessas dimensões, pode-se obter uma avaliação global da QV somando estes quatro itens específicos em um único escore (SEILD; ZANNON, 2004).

3.2 Impacto da saúde bucal na qualidade de vida

A maioria dos estudos de QV relacionada com a saúde bucal utiliza os fundamentos teóricos de um quadro conceitual proposto por David Locker (1988). Para este autor as medidas clínico-epidemiológicas convencionais da condição bucal não conseguem apreender as experiências subjetivas dos indivíduos relacionadas à doença. Deste modo, ele propõe uma

avaliação destas experiências, utilizando uma classificação de deficiência, incapacidade e desvantagem para compreender os possíveis resultados funcionais e psicossociais das enfermidades bucais (ALLEN, 2003; SLADE, 2012).

A estrutura conceitual desenvolvida por Locker conecta de forma linear os conceitos de doença, deficiência, limitação funcional, incapacidade e desvantagem social, possibilitando que a análise do impacto dos problemas bucais sobre QV seja realizada de forma progressiva, do nível biológico para o comportamental e deste para o social (TESCH; OLIVEIRA; LEÃO, 2007). Assim sendo, a perda dentária, por exemplo, tem como consequência uma deficiência biológica pela perda de uma parte do corpo; uma incapacidade comportamental, relacionada a falta de capacidade de realizar atividades como comer e/ou falar; uma desvantagem social pela limitação do contato social, por constrangimento (ALLEN, 2003).

De tal modo, a QV é influenciada por fatores externos do indivíduo (sociais, culturais, econômicas e políticas); condições de saúde e sua relação com a qualidade de vida (sintomas, estado funcional e componentes da percepção de saúde); e fatores internos do indivíduo (biológico, estilo de vida, comportamento de saúde, personalidade e valores) (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; RABELO, 2011). Os instrumentos que mensuram o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida levam em consideração aspectos funcionais, psicológicos e sociais (GOMES; ABEGG, 2007), já que a maioria das doenças bucais não leva a letalidade, mas ocasionam uma significativa morbidade, com sérias consequências físicas, psicológicas e sociais que afetam a qualidade de vida (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; RABELO, 2011).

Condições como gênero, idade, escolaridade, renda, estilo de vida, por sua vez estão associadas à percepção de impactos negativos da saúde bucal na QV. Em relação ao gênero os estudos mostram que, em condições clínicas semelhantes, as mulheres tendem a perceber um maior impacto do que os homens. Quanto a escolaridade e a renda, baixa escolaridade e pobreza estão relacionados com níveis mais elevados de impacto negativo (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; RABELO, 2011). Indivíduos com melhor condição econômica e maior escolaridade possuem hábitos de vida mais saudável em saúde bucal (FIGUEIREDO; WASSALL; FLÓRIO, 2006). Destacam-se, em relação à estes hábitos, evidências em que os piores resultados do impacto da condição bucal na qualidade de vida estão associados ao consumo de cigarro, bebida alcoólica ou outras drogas (GARBADO et al., 2013).

Igualmente, problemas bucais como a cárie e a doença periodontal têm sido relacionados a indicadores de iniquidades como baixa renda e baixa escolaridade, entre

outros. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal demonstram diferenças regionais em relação à prevalência de cárie e doença periodontal onde os melhores índices estão relacionados a regiões com melhor acesso aos serviços de saúde e maior nível socioeconômico. Evidenciando também que estes problemas bucais têm diferentes manifestações de acordo com a idade (BRASIL, 2011).

Estes problemas de saúde bucal também são fortemente influenciados por fatores como idade e gênero (JOHN et al. 2004). Em relação à idade, ao mensurar seu impacto na QV, indivíduos jovens estão mais preocupados com sua situação dentária, e as pessoas idosas relatam menos impacto do que as pessoas mais jovens (COHEN-CARNEIRO; SOUZA-SANTOS; RABELO, 2011).

De tal modo, Silveira et al. (2014) concluem que condições socioeconômicas desfavoráveis estão significativamente associadas à menor frequência na utilização dos serviços odontológicos, que, por sua vez, estão associados às precárias condições de saúde bucal, as quais se relacionaram à maior percepção do impacto desta na QV.

A visão entre condições sociais, qualidade de vida e saúde aproxima os clássicos da medicina social da discussão que vem apresentando a promoção da saúde como sua estratégia central. Apresenta-se com foco centralizado em não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e QV, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-doença (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008).

Com base nestes conceitos apresentados anteriormente, a figura 1 ilustra como diversos aspectos devem ser observados para que se faça a análise precisa de qual ou quais determinantes sociais estão afetando o processo saúde/doença de cada grupo ou sociedade, neste caso, a condição bucal e a qualidade de vida.

Considerando o impacto social das doenças bucais, torna-se necessário investir na redução desta enfermidade, diminuindo os agravos a saúde associados a ela e os impactos negativos na qualidade de vida. O estilo de vida, como consumo de bebida alcoólica, hábito de fumar, hábitos de higiene bucal e as condições sócio econômicas dos indivíduos, possuem influência considerável em todos os aspectos predisponentes das doenças bucais e também do seu impacto na qualidade de vida. As estratégias políticas, portanto, necessitam reduzir as iniquidades sociais aumentando o acesso aos serviços e fazendo com que os indivíduos possam fazer escolhas saudáveis.

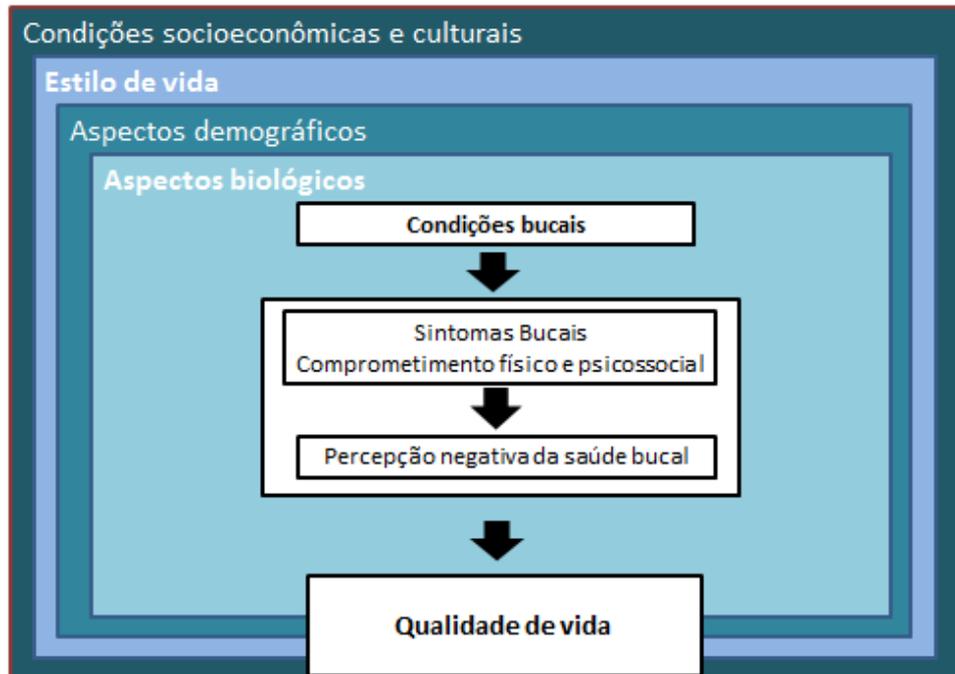


Figura 1. Diagrama do modelo teórico para relação das condições bucais com o impacto na qualidade de vida, modificado de Locker (2005).

4 OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a associação entre condição bucal e percepção do seu impacto na qualidade de vida de indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde do município de Feira de Santana, Bahia.

Objetivos específicos

- Descrever a condição clínica bucal da amostra quanto à presença de cárie dentária, número de dentes existentes e doença periodontal.
- Verificar a frequência do impacto produzido por problemas bucais na qualidade de vida dos indivíduos examinados segundo as dimensões do instrumento utilizado.
- Investigar a associação entre fatores socioeconômicos, demográficos, de estilo de vida e de condições de saúde geral e bucal com o impacto da condição bucal na qualidade de vida dos indivíduos examinados.
- Estimar a associação entre periodontite e seu impacto na qualidade de vida.
- Analisar a associação entre cárie dentária e seu impacto na qualidade de vida.
- Estimar o efeito da cárie dentária em combinação com a periodontite na percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho e local de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo corte transversal em indivíduos atendidos nos serviços públicos de saúde em Feira de Santana-Ba, que tem como variáveis de exposição a presença de periodontite e a ocorrência de cárie dentária como desfecho o impacto da condição bucal na qualidade de vida (Figura 2).

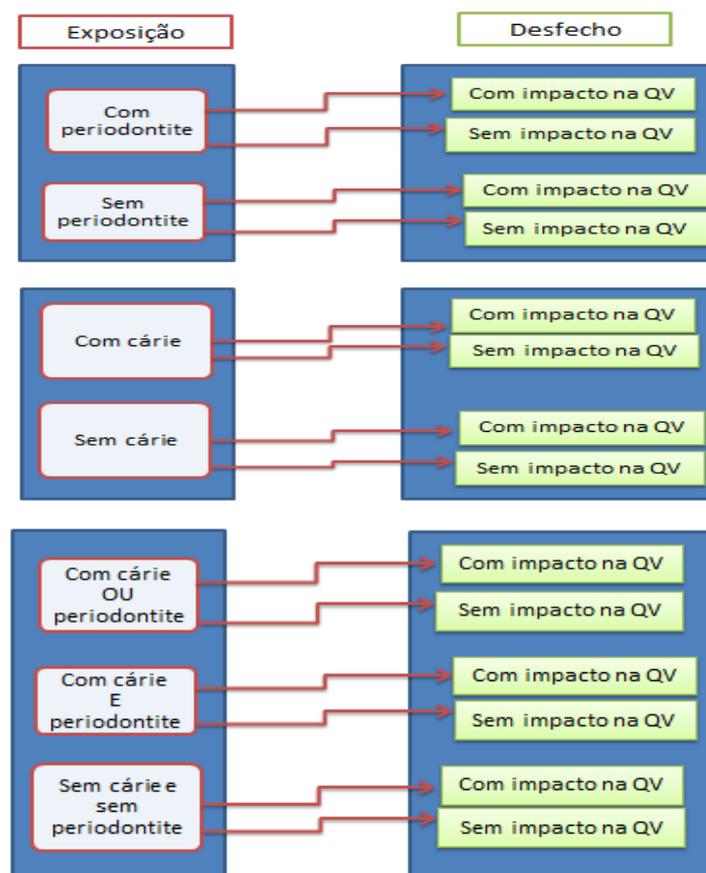


Figura 2. Diagrama de delineamento de estudo de corte transversal sobre a exposição à periodontite e à cárie e o impacto da condição bucal na qualidade de vida.

Os locais de estudo foram as Unidades de Saúde da Família e o Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso (CAHD) do município de Feira de Santana/BA, que estão localizados no agreste baiano, com uma área total de 1.363 Km², com população recenseada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, de 556.642 habitantes e com população estimada para 2014 de 612.000 (IBGE, 2014).

No município existem 86 Equipes de Saúde da Família, destas 37 contam com a presença de equipes de saúde bucal (ESB). O CADH funciona há cinco anos e de acordo com dados do serviço, em fevereiro de 2014 haviam 3953 pacientes cadastrados. Este centro trata e acompanha pessoas com diabetes e/ou hipertensão descompensadas, ou com sequelas da doença, referenciados das unidades de atenção básica.

5.2 População do estudo

A população foi composta por usuários com idade mínima de 18 anos presentes nos serviços públicos de saúde. Não foram incluídos na pesquisa os indivíduos que tivessem realizado tratamento periodontal nos últimos três meses anteriores à pesquisa; apresentassem neoplasias ou HIV-AIDS; gestantes; ou incapacitados de compreender ou responder ao questionário.

5.3 Amostragem

Para o cálculo da amostra foram assumidos os seguintes parâmetros: 5% de erro, poder do estudo de 80%, média (desvio padrão) do escore do OHIP-14 de 12,55 (\pm 7,35) em indivíduos expostos (periodontite moderada) e 9,53 (\pm 7,12) em indivíduos não expostos (sem periodontite) (AL HABASHNEH; KHADER; SALAMEH, 2012). O tamanho da amostra mínima para detectar diferenças significantes na qualidade de vida foi de 182 indivíduos (sendo 91 indivíduos para grupo de exposição).

5.4 Procedimentos de Coleta de Dados

5.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados da coleta foram registrados através do preenchimento do seguinte instrumento especificado a seguir e somente após os participantes terem lido e assinado o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

O instrumento consta de:

- Questionário estruturado com seções sobre: dados pessoais, condições socioeconômico-demográficas, estilo de vida, cuidados com a saúde e atenção odontológica. (APÊNDICE B);

- Questionário OHIP -14 para avaliação da qualidade de vida (ANEXO 1);
- Ficha Clínica: busca a avaliação clínica da condição bucal. (APÊNDICE C; ANEXO 2).

5.4.2 Coleta de Dados

Os pesquisadores visitavam as unidades de saúde e convidavam os usuários para participar da pesquisa, sem modificar a rotina da unidade. Depois da abordagem do usuário e apresentação dos objetivos da pesquisa, o participante que aceitasse participar da pesquisa realizava a leitura e assinatura do termo de consentimento livre-esclarecido (APÊNDICE A), em duas vias, ficando uma cópia com o pesquisador. Posteriormente, eram aplicados os formulários socioeconômico-demográfico (APÊNDICES B) e o OHIP-14 (ANEXO 1) e realizado o exame clínico bucal no próprio serviço de saúde, por Cirurgiã-Dentista previamente treinada.

5.5 Avaliação Clínica Bucal

A avaliação da condição bucal foi composta pela avaliação periodontal, com o emprego do exame de profundidade de sondagem, índice de recessão e hiperplasia, perda de inserção clínica, índice de sangramento à sondagem e índice de placa visível, além da avaliação de cárie por meio do índice CPO-D (Dentes Perdidos Cariados e Obturados). As medidas clínicas do exame bucal foram obtidas por um único examinador (Cirurgião-Dentista) devidamente treinado e calibrado. Na existência de qualquer alteração além dos limites da normalidade, os participantes serão orientados e encaminhados para tratamento adequado.

5.5.1 Calibração

A reprodutibilidade e concordância das medidas clínicas foram calculadas através do índice Kappa intra e interexaminador (BULMAN; OSBORN, 1989) e do Coeficiente de Correlação Interclasse (ICC) (FLEISS, 1981). Para tal, 10% dos participantes foram submetidas a reavaliação clínica por dois examinadores (examinador 01 - principal, e examinador 02 - especialista). No primeiro contato, o examinador 01 fez as medidas clínicas no indivíduo, e em um segundo momento, no espaço de tempo de uma semana, essas medidas

foram repetidas (avaliação intraexaminador) como preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997). O examinador 02 também realizou essas medidas clínicas que posteriormente foram comparadas com as do examinador 01 (avaliação interexaminador). Os coeficientes de correlação intraclasse alcançados para recessão/hiperplasia e profundidade de sondagem foram, respectivamente, 0,71 (IC95%:0,25-0,91, $p=0,004$) e 0,91 (IC95%:0,73-0,97; $p<0,001$), sugerindo grau de concordância variável entre satisfatório e excelente. Para avaliação de cárie dentária, foi aplicado o teste Kappa obtendo-se o valor de 0,84, considerado uma concordância dentro do grau excelente.

5.5.2 Profundidade de sondagem de sulco/bolsa (PSS/B)

A profundidade de sondagem de sulco/bolsa foi registrada em cada local significando a distância da margem gengival à extensão mais apical de penetração da sonda (LINDHE, 2005). Esta medida foi registrada em 6 diferentes locais para cada dente conforme descrito por Cruz et al. (2005) e consiste em quatro medidas proximais (nos ângulos mésio-vestibular, mésio-lingual, disto-vestibular e disto-lingual), uma medida na região médio-vestibular e uma medida na região médio-lingual. Todas as medidas foram feitas com sonda milimetrada do tipo Williams (HU-FRIEDY, EUA) e auxílio de espelho bucal com cabo.

Os procedimentos de sondagem de sulco/bolsa foram executados pelo mesmo examinador, colocando-se a sonda delicadamente no sulco gengival de cada face, previamente seca com gaze estéril, até encontrar uma resistência tecidual mínima à penetração. Neste momento, com a sonda colocada na posição mais paralela possível ao longo eixo do dente, foi observada a marcação mais próxima da margem gengival, e então esta medida, em milímetros, foi anotada pelo auxiliar em ficha clínica (APÊNDICE C). Caso a margem gengival se encontrasse localizada entre duas marcas da sonda, adotava-se o valor inteiro da marca mais próxima e, se a margem ficasse a uma posição equidistante de duas marca, era considerada a maior.

5.5.3 Medidas de Recessão ou Hiperplasia

As medidas da altura da margem gengival em relação à junção cimento-esmalte foram registradas em seis locais para cada dente conforme descrito anteriormente na medida de profundidade de sondagem de sulco/bolsa, com as mesmas sondas milimetradas utilizadas para a obtenção da profundidade de sondagem de sulco/bolsa. No caso de uma recessão

gingival, o valor em milímetros foi considerado positivo. Quando a margem gengival se localizava coronalmente à junção cimento-esmalte, ou seja, no caso de uma hiperplasia gengival, o valor em milímetros da margem gengival a junção cimento-esmalte foi considerado negativo.

Estas medidas foram obtidas com o posicionamento da ponta da sonda na margem gengival e o valor, em milímetros, a partir deste ponto até a junção cimento-esmalte, era imediatamente anotado em ficha por auxiliar (APÊNDICE C). Com a sonda milimetrada paralela ao longo eixo do dente e as superfícies dentárias secas com jato de ar, uma sequência era estabelecida como já descrito no item anterior, assim como os procedimentos de aproximação numérica quando a junção cimento-esmalte ficava localizada entre as marcas da sonda.

5.5.4 Perda de Inserção Clínica

A medida de inserção clínica (RAMFJORD, 1959) foi obtida através da somatória dos valores da profundidade de sondagem de sulco/bolsa e medidas de recessão ou hiperplasia gengivais. No caso de uma recessão, o nível de inserção clínica foi a soma dos valores de profundidade de bolsa e da medida de recessão. No caso de hiperplasia gengival, foi a somatória do valor positivo da profundidade de bolsa com o valor negativo dado a hiperplasia, ou seja, foi representado pela subtração do valor da hiperplasia daquele atribuído à profundidade de sondagem de bolsa. Finalmente, seis medidas de inserção clínica foram obtidas: méso-vestibular, médio-vestibular, disto-vestibular, disto-lingual, médio-lingual e méso-lingual.

5.5.5 Índice de Sangramento à Sondagem

O Índice de Sangramento à Sondagem (AINAMO; BAY, 1975) foi determinado em todos os sítios mencionados acima enquanto no momento dos registros de profundidade de sondagem, observando-se a presença do sangramento em alguns segundos após a remoção da sonda milimetrada do sulco ou bolsa. Observado sangramento subsequente à sondagem em determinada face, realizou-se o registro na ficha clínica (APÊNDICE C). A proporção de faces sangrantes em relação ao total de faces examinadas foi calculada, determinando assim o índice de sangramento para cada indivíduo.

5.5.6 Índice de Placa Visível

A condição de higiene bucal foi complementada pela avaliação da presença ou ausência de biofilme dental supragengival, visível a olho nu, em cada face dentária. Assim, foi determinada a presença de placa visível em quatro sítios por dente (vestibular, lingual, mesial e distal), e ainda realizado a observação da presença de uma faixa contínua de placa na porção mais cervical da coroa, próximo à margem gengival, com o auxílio da sonda periodontal. A porcentagem de superfícies com biofilme em relação ao número total de superfícies examinadas foi calculada determinando o índice de placa visível (LÓPEZ; SMITH; GUTIERREZ, 2002).

5.5.7 Diagnóstico da Doença Periodontal – Avaliação da ocorrência e gravidade

Todos os participantes do estudo foram avaliados segundo dois critérios de diagnóstico para a Ocorrência de Periodontite (**Critério 01** segundo Gomes-Filho et al. 2005; 2007; e **Critério 02** segundo Page & Eke, 2007; Eke et al. 2012).

Segundo o **Critério 01** adotado, o participante que apresentasse pelo menos quatro dentes, com um ou mais sítios com profundidade de sondagem maior que 4 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 3 mm no mesmo sítio e presença de sangramento à sondagem, seria classificado com periodontite (GOMES-FILHO et al., 2007).

Quando avaliada a condição periodontal do indivíduo segundo o **Critério 02**, o participante seria classificado com a presença da doença quando se enquadrasse em uma das três condições de gravidade dispostas na Figura 3.

<i>Periodontite Leve</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Aqueles com pelo menos dois sítios interproximais com NIC maior ou igual a 03 mm e pelo menos dois sítios com PS maior ou igual a 04 mm em dentes diferentes, ou 01 sítio com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm.
<i>Periodontite Moderada</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Aqueles com pelo menos dois sítios interproximais com perda de inserção clínica maior ou igual a 04 mm, ou pelo menos dois sítios interproximais com profundidade de sondagem maior ou igual a 05 mm, em dentes diferentes.
<i>Periodontite Grave</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Presença de pelo menos dois sítios interproximais com perda de inserção clínica maior ou igual a 06 mm, em dentes diferentes, e pelo menos um sítio interproximal com profundidade de sondagem maior ou igual a 05 mm.

Figura 3- Critérios de diagnóstico da periodontite (Page & Eke, 2007; Eke et al. 2012)

Quanto à Gravidade da Periodontite, foram utilizados os critérios propostos pela Academia Americana de Periodontologia (PAGE; EKE, 2007; EKE et al., 2012), que se referem ao critério 02 de ocorrência mencionado anteriormente.

5.5.8 Índice de CPO-D

O CPO-D é o índice preconizado pela OMS, para avaliação da cárie dentária. Seu valor corresponde, num indivíduo, à soma do número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados. Numa população, é a média, ou seja: o número total de dentes atacados pela cárie dividido pelo número de pessoas examinadas. O componente "C" refere-se aos dentes cariados; o componente "P" refere-se aos dentes já extraídos devido à cárie, portanto, perdidos e o componente "O" refere-se aos dentes restaurados, ou "obturados". A letra "D" significa que a unidade de medida utilizada é o dente permanente ("D"). Este índice pode assumir valores entre 0 e 32 (ARAÚJO, 2000).

Os códigos e critérios para condição dentária de coroa e de raiz e suas codificações de acordo com o Manual da OMS e com as modificações sugeridas pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (BRASIL, 2009), estão resumidas no Quadro 2.

No índice CPO-D utilizou-se os seguintes critérios diagnósticos: coroa hígida (quando não há evidência clínica de cárie, tratada ou não); coroa cariada (quando apresenta uma lesão de fóssula ou fissura ou de superfície lisa com cavidade evidente, esmalte socavado, ou um amolecimento detectável do assoalho ou das paredes); coroa restaurada com cárie (quando se detecta uma ou mais restaurações permanentes e uma ou mais áreas com lesão de cárie na mesma unidade dentária); coroa restaurada sem cárie (quando uma ou mais restaurações estiverem presentes e não houver nenhuma cárie visível na coroa); perdido por cárie (para dentes permanentes que tenham sido extraídos por causa de cárie).

A classificação dos indivíduos desse estudo com cárie dentária levou em consideração a sua ocorrência e gravidade.

A Ocorrência de cárie dentária foi identificada quando o participante tinha pelo menos um dente com lesão de cárie ou dente restaurado com cárie.

A Gravidade da Cárie dentária levou em consideração a distribuição do CPO-D, tomando como referência a média do CPOD para um terço do grupo com os maiores níveis da doença (BRATTHALL, 2000).

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	Não se aplica	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	Não se aplica	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	Não se aplica	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO - RAZ NÃO EXPOSTA
T	T	Não se aplica	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

Quadro 2: Resumo dos códigos e critérios do CPO-D (BRASIL, 2009)

5.6 Avaliação da qualidade vida relacionada a condição bucal – OHIP-14

O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi calculado considerando as pontuações originais do OHIP-14 para cada pergunta segundo a resposta dada (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005): nunca – 0; raramente – 1; às vezes – 2; constantemente – 3; sempre – 4; não sabe – exclusão (de todo o formulário). Depois disto, as pontuações foram descritas para a prevalência, extensão e gravidade do OHIP-14, de acordo com o sistema estabelecido por Slade et al. em 2005:

- a) Prevalência: porcentagem de indivíduos que responderam um ou mais itens com "constantemente" ou "sempre";
- b) Extensão: soma do número de itens com impacto, variando de 0 a 14, considerando as perguntas respondidas pelas opções "constantemente" ou "sempre";
- c) Gravidade: soma de todos os escores, variando de 0 a 56, sendo que quanto maior o escore, maior é o impacto decorrente das condições bucais sobre a qualidade de vida.

No questionário OHIP-14 as questões foram organizadas em 7 dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e limitação física. Cada dimensão contém duas questões conforme mostra Figura 4. Na figura, estas dimensões foram agrupadas conforme a degradação da cor azul em macro dimensões: física, psicológica e social, respectivamente do azul mais escuro para o mais claro. Para fins de análise, os padrões de respostas para os 7 domínios do questionário

supracitado foram dicotomizados em: com impacto (constantemente/sempre) e sem impacto (nunca/raramente/às vezes).

Para verificar a confiabilidade do questionário empregado foi aplicado o coeficiente alpha-Cronbach em 10% dos participantes da pesquisa.

Dimensão	Questões do OHIP-14
Limitação funcional	1. Teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura? 2. Sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
Dor física	3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? 4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
Incapacidade física	7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura? 8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
Desconforto psicológico	5. Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura? 6. Você sentiu-se estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
Incapacidade psicológica	9. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura? 10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
Incapacidade social	11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura? 12. Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?
Desvantagem social	13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura? 14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?

Figura 4 – Questões do OHIP-14 agrupadas pelas dimensões que lhes representam

5.7 Variáveis do estudo

5.7.1 Variável dependente

- *Impacto da condição bucal na qualidade de vida*: variável dicotômica. Esta variável foi definida de acordo com o questionário OHIP-14 (item 5.6). Considerou-se “com impacto” indivíduos que responderam ao menos uma vez “constantemente” ou “sempre” para qualquer um dos itens do questionário, e “sem impacto” ao restante, isto é, nenhum dos itens foram percebidos nas piores categorias de resposta (Figura 5).

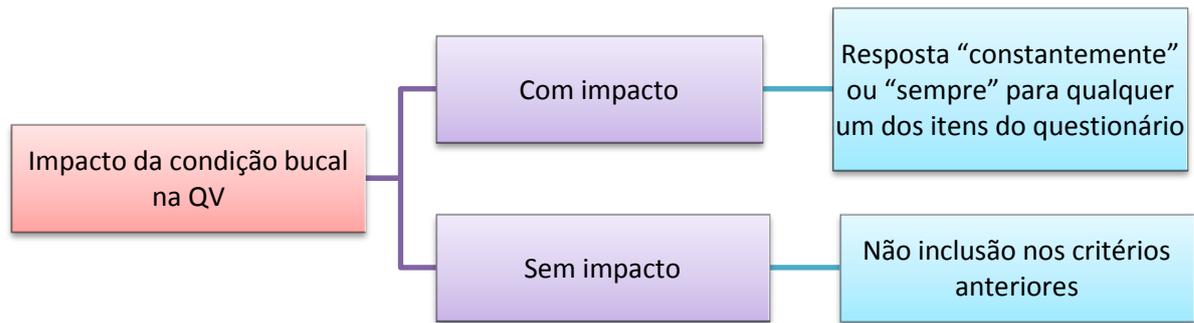


Figura 5. Diagrama de classificação dos grupos de acordo com o impacto da Condição Bucal na Qualidade de Vida

5.7.2 Variáveis independentes

- *Ocorrência de Periodontite:* variável dicotômica. Considerou-se a presença ou ausência da doença, de acordo com os dois critérios definidos no item 5.5.7 (Figura 6):

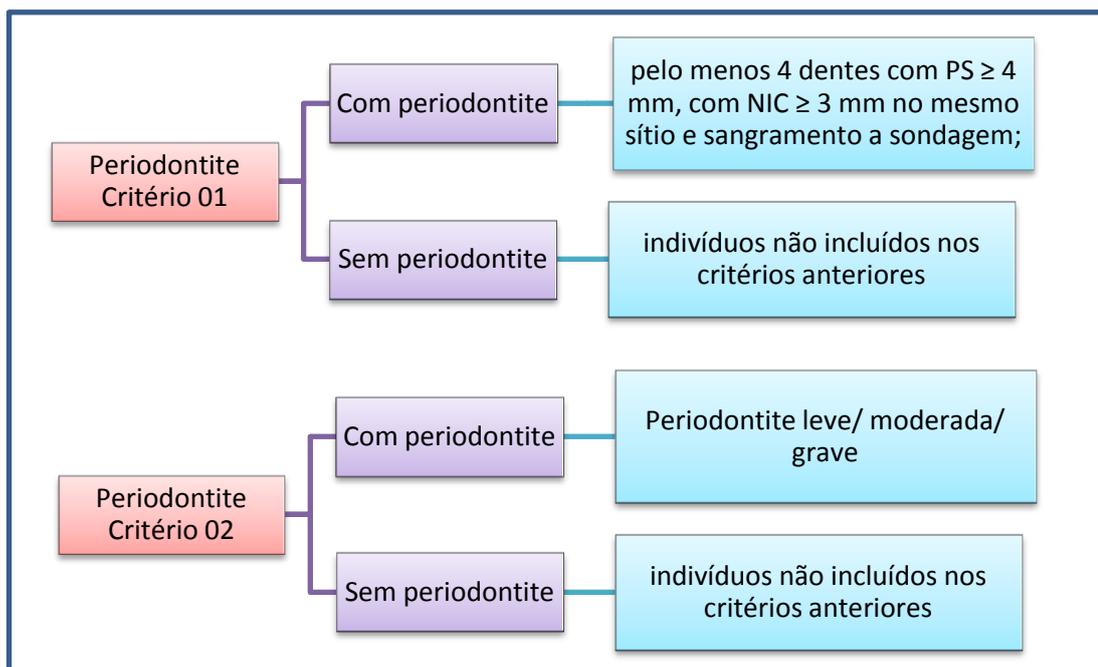


Figura 6. Diagrama de classificação dos grupos com ocorrência ou não de periodontite

- *Gravidade da periodontite:* Variável politômica. Foi empregada a classificação de gravidade do Critério 02 para avaliar o efeito dose resposta da gravidade da doença (leve, moderada e grave).
- *Presença de cárie dentária:* variável dicotômica. Indivíduo com pelo menos um dente cariado conforme critérios definidos no item 5.5.8 (Figura 7):



Figura 7. Diagrama de classificação dos grupos com presença ou não de cárie dentária

5.7.3 Covariáveis

As demais variáveis pesquisadas pertencem a 5 grandes grupos (Quadros 3 - 8):

- Variáveis socioeconômico-demográficas;
- Variáveis relacionadas ao estilo de vida;
- Variáveis relacionadas com o cuidado à saúde;
- Variáveis relacionadas com a atenção odontológica;
- Variáveis da condição bucal;
- Variáveis dimensões do OHIP-14.

Elas foram categorizadas conforme a literatura ou apresentadas de acordo com sua distribuição no presente estudo.

Quadro 3 Variáveis socioeconômico e demográficas e sua classificação

VARIÁVEIS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICAS	CLASSIFICAÇÃO
Idade*	A depender da distribuição média dos anos obtida
Local de residência	Rural; urbana.
Nível de escolaridade	Medida em total anos de estudo
Número de filhos	1 a 3; \geq a 4
Densidade domiciliar	Número de pessoas residentes na mesma casa = 1 a 3; \geq a 4
Raça/cor	Autorreferida em: Amarelo; branco; pardo; preto
Renda	Renda < 1 salário mínimo; Renda \geq 1 salário mínimo
Sexo	Feminino; masculino
Situação conjugal	Solteiro; Casado; União livre; Separado/divorciado; Viúvo.
Situação de trabalho ou ocupação	Empregado ou Aposentado (com remuneração); Desempregado (sem remuneração)

* A categorização foi dada de acordo com a distribuição da variável.

Quadro 4 Variáveis estilo de vida e sua classificação

VARIÁVEIS ESTILOS DE VIDA	CLASSIFICAÇÃO
Atividade física	Sim; Não
Higiene bucal (escovação e uso do fio)	Sim ou não / frequência de uso
Horas de sono/dia	1 a 4; 5 a 8; > ou igual a 9
Consumo de bebida alcoólica	Sim; Não
Hábito de fumar	Não-fumante; Ex-fumante; Fumante

Quadro 5 Variáveis cuidados com a saúde e sua classificação

VARIÁVEIS CUIDADOS COM A SAÚDE	CLASSIFICAÇÃO
Última consulta com profissional de saúde	≤1 ano; > 1 ano
Motivo da última consulta	Prevenção de doenças; Tratamento
Aferição regular da pressão arterial	Sim; Não
Aferição regular da glicemia capilar	Sim; Não

Quadro 6 Variáveis da atenção odontológica e sua classificação

VARIÁVEIS ATENÇÃO ODONTOLÓGICA	CLASSIFICAÇÃO
Visitou o dentista alguma vez	Sim; Não
Última consulta ao dentista	≤1 ano; > 1 ano
Nº de consultas ao dentista por ano	() 0 () 1 () 2 () >2
Motivo da última visita	() Problemas bucais () Prevenção
Recebeu orientação sobre higiene bucal	Sim; Não
Escovação diária	Sim; Não
Uso do fio dental diário	Sim; Não
Fez tratamento de gengiva	Sim; Não

Quadro 7 Variáveis da condição bucal

VARIÁVEIS CONDIÇÃO BUCAL	CLASSIFICAÇÃO
Dentes perdidos	Número de dentes ausentes
Presença de Gengivite	sim; não
Gravidade da periodontite	Sem periodontite; Periodontite leve; Periodontite moderada; Periodontite grave.
Índice de Sangramento a Sondagem*	Proporção de faces sangrantes em relação ao total de faces examinadas
Índice de Placa Visível*	Porcentagem de superfícies com biofilme em relação ao número total de superfícies examinadas
Média de profundidade de sondagem*	Média aritmética obtida a partir da profundidade de sondagem em cada face dentária em relação ao total de faces examinadas
Média de nível de inserção clínica*	Média aritmética obtida a partir do nível de inserção em cada face dentária em relação ao total de faces examinadas

* A categorização foi dada de acordo com a distribuição da variável.

Quadro 8 Variáveis do OHIP-14

VARIÁVEIS DO OHIP – 14	CLASSIFICAÇÃO
Prevalência do impacto	Porcentagem de indivíduos que responderam um ou mais itens com "constantemente" ou "sempre"
Extensão do impacto	Soma do número de itens com impacto
Gravidade do impacto	Soma de todos os escores
Limitação funcional	Com impacto; sem impacto
Dor física	Com impacto; sem impacto
Incapacidade física	Com impacto; sem impacto
Desconforto psicológico	Com impacto; sem impacto
Incapacidade psicológica	Com impacto; sem impacto
Incapacidade social	Com impacto; sem impacto
Desvantagem social	Com impacto; sem impacto

5.8 Modelo explicativo

O estudo foi baseado no modelo explicativo abaixo descrito (Figura 8) para avaliar a existência de associação entre condição bucal (**presença de cárie/ periodontite**) com o impacto destas condições na qualidade de vida (**com ou sem impacto**). As covariáveis idade, nível de escolaridade, raça/cor da pele, renda, sexo e hábito de fumar foram avaliadas como potenciais confundidores e última consulta ao dentista como potencial modificador de efeito.

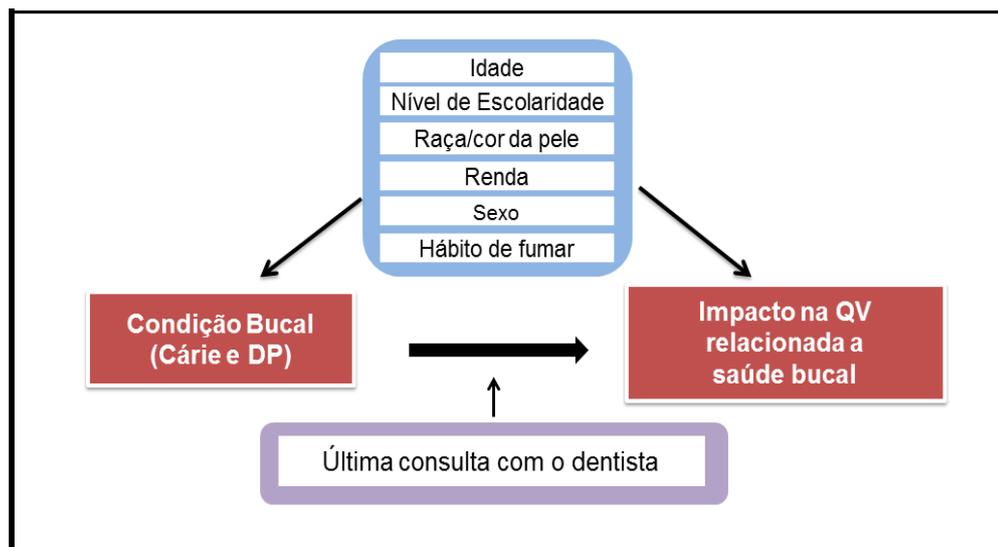


Figura 8. Modelo explicativo usado para analisar o impacto da condição bucal na QV

5.9 Procedimentos de Análise de Dados

Foi aplicado o coeficiente Kappa na avaliação das medidas periodontais duplicadas obtidas nas calibrações intra e interexaminador. Também foi calculado o Coeficiente Alpha-Cronbach para avaliar a confiabilidade do questionário empregado (OHIP-14).

As especificidades analíticas de cada artigo serão apresentadas separadamente. Os dados foram analisados com uso dos programas estatísticos STATA versão 10.0, o Epi-info (versão 3.5.2) e SPSS (versão 20.0). Os modelos finais de análise obtidos em cada artigo foram verificados quanto a bondade do ajuste pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

- **Artigo 01:**

No primeiro artigo, que teve o objetivo de estimar a associação entre ocorrência e gravidade de cárie dentária e periodontite, foi inicialmente obtida uma estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e desvio padrão) das covariáveis analisadas segundo a variável dependente - **Impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (Sim x Não)**. Uma distribuição geral dos escores totais do OHIP-14 para cada um dos 7 domínios e análise comparativa desses escores segundo a ocorrência e gravidade de cárie dentária e periodontite foram feitas.

Na análise bivariada foi empregado o teste de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, em caso de variáveis categóricas. A magnitude das associações entre cada covariável e a variável independente foi calculada obtendo-se as Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Para testar as diferenças de médias foi utilizado o teste t de Student ou Mann-Whitney, a depender da distribuição paramétrica. Os pontos de corte utilizados para categorizar as covariáveis foram estabelecidos de acordo a sua distribuição na amostra ou com estudos prévios sobre o tema. O nível de significância empregado foi de 5%.

Em seguida, foi efetuada a análise estratificada para identificação dos potenciais confundidores e modificadores de efeito, tomando como base para inclusão as covariáveis com valor de $p < 0,20$ (ROTHMAN, 1986) na bivariada ou critérios teóricos assumidos. As covariáveis modificadoras de efeito foram pré-selecionadas quando as suas medidas estrato-específicas não estavam contidas nos intervalos de confiança dos estratos opostos e, nas situações limítrofes, foi utilizado o teste de homogeneidade de Mantel-Haenzel, com significância de 5%. A seleção dos fatores de confundimento foi realizada com base na fundamentação teórica em torno da hipótese, bem como através do critério empírico, no qual

foi considerada confundidora aquela variável que promoveu uma diferença proporcional, entre a medida de associação bruta e as medidas ajustadas, de pelo menos 10% (ROTHMAN, 1986).

A análise multivariada teve o propósito de construir um modelo de regressão logística, para isto foram empregados os procedimentos “backward”, para testar as hipóteses em estudo. Tendo em vista que o modelo de regressão logística produz medidas de razão de odds (OR) e esta superestima a associação, principalmente em casos de situações não raras, OR não é medida de associação adequada. Portanto, ao final da regressão logística as medidas de Razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% foram estimados pela regressão de Poisson com variância robusta.

A análise de interação foi realizada para cada uma das potenciais covariáveis modificadoras de efeito após a definição dos modelos saturado e reduzido. Os modificadores de efeito foram identificados através dos resultados estatisticamente significantes com um alfa igual a 5% do Teste da Razão de Verossimilhança para a diferença dos desvios entre o modelo saturado e reduzido. Na análise de confundimento, foram comparadas as medidas de associação e seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% estimados pelo modelo saturado, com todas as potenciais confundidoras, e reduzido, sem uma das potenciais confundidoras. A co-variável que produziu uma diferença proporcional na medida maior que 10%, foi considerada confundidora (ROTHMAN, 1986). A partir de embasamentos teóricos, confundidores clássicos foram mantidos no modelo a despeito das evidências empíricas desse estudo.

Para estimar a associação entre ocorrência e gravidade da cárie/ periodontite com o impacto na qualidade de vida, foram gerados cinco modelos, dois para avaliação da cárie e três para avaliação do efeito da condição periodontal, sendo um para cada dois critérios de diagnóstico de periodontite e outro de gravidade:

- **Modelo 1:** Cárie dentária e Impacto QVRSB
- **Modelo 2:** Gravidade de Cárie dentária e Impacto QVRSB
- **Modelo 3:** Periodontite (CR 01) e Impacto QVRSB
- **Modelo 4:** Periodontite (CR 02) e Impacto QVRSB
- **Modelo 5:** Gravidade de periodontite e Impacto QVRSB

- **Artigo 2:**

No segundo artigo cujo objetivo foi estimar a associação entre dois tipos de exposição da condição bucal: “Isolada“ (**Exposto 01** - com cárie ou com periodontite) e “dupla” (**Exposto 02** - presença de cárie em combinação com a periodontite) com a percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, a análise dos dados seguiu os seguintes passos:

- Análise descritiva com a distribuição (frequências absolutas e relativas) das variáveis independentes na população estudada segundo o tipo de exposição (Não exposto – livre de cárie e de periodontite; Exposto 01; e Exposto 02). Uma distribuição geral dos escores totais do OHIP-14 para cada um dos 7 domínios e análise comparativa desses escores segundo o tipo de exposição.

- Análise bivariada, efetuada com o cruzamento de covariáveis relacionadas às características socioeconômico-demográficas, estilo de vida, de cuidados com saúde bucal, condições gerais de saúde e com a condição periodontal, com a exposição, foi empregado o teste de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, a depender da indicação. Em caso das variáveis contínuas, foi usado o teste t de Student. Foi adotado o nível de significância de 5%. As associações foram avaliadas pelo cálculo de razões de prevalência (RP) e respectivos intervalos de 95% (IC95%).

- Análise estratificada para avaliar a existência de modificação de efeito ou confundimento. Para verificação de interação foram observadas as medidas estrato-específicas em relação aos intervalos de confiança dos estratos opostos. Caso houvesse indicação de possível modificação de efeito, foi aplicado ainda o teste de homogeneidade (Mantel-Haenzel), com significância de 5%. Para aquelas covariáveis nas quais se identificou empiricamente a presença de modificação de efeito, o papel de variável de confundimento não foi avaliado. A existência de um possível confundimento foi determinada pelo preenchimento dos critérios de associação com o efeito nos não-expostos e, simultaneamente, de associação com a exposição nos não doentes.

- Análise multivariada para avaliação do efeito simultâneo das variáveis estudadas na associação principal com emprego da regressão logística e posterior conversão da OR por meio da regressão de Poisson com variância robusta, obtendo RPs e IC95%. A seleção das covariáveis para o modelo inicial foi baseada nos achados da análise estratificada e em critérios teóricos. A confirmação da interação e confundimento seguiu os mesmo procedimentos descritos anteriormente.

5.10 Procedimentos Éticos

Os usuários das unidades de saúde do município de Feira de Santana que apresentaram interesse em participar dessa pesquisa, receberam as devidas informações sobre o protocolo de estudo e o objetivo do trabalho e concordando, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando sua inclusão na pesquisa.

A participação dos usuários das unidades de saúde do município de Feira de Santana no estudo foi voluntária em todas as etapas, podendo os mesmos se desligarem a qualquer momento. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade no uso das informações, excluindo-se o nome do participante das bases de dados como também dos relatórios e demais publicações que venham a ser gerados.

Este projeto teve autorização de coleta de dados pelos órgãos responsáveis pelos Serviços de saúde nos quais o estudo foi desenvolvido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS) sob protocolo CAAE: 47927115.8.0000.0053), respeitando as determinações do Conselho Nacional de Saúde através da Resolução 466/12.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) foi utilizado junto com o questionário, sendo garantido o sigilo e a confidencialidade das informações.

Aqueles indivíduos que forem diagnosticados com problemas bucais foram encaminhados para tratamento na clínica de extensão em Periodontia da Universidade Estadual de Feira de Santana.

6 RESULTADOS

Os achados desta pesquisa foram organizados de modo a contemplar dois artigos científicos a serem submetidos em periódicos especializados.

O artigo 01 intitulado “**Associação entre periodontite, cárie dentária e impacto da ocorrência e gravidade dessas enfermidades na qualidade de vida**” será submetido ao *Journal of Periodontology*, periódico da *American Academy of Periodontology* (ANEXO 05), com classificação A2, segundo os critérios de qualificação da CAPES para a área de Saúde Coletiva, com fator de impacto de 2,706.

O artigo 02 intitulado “**Impacto dos eventos de cárie e periodontite combinados na qualidade de vida**” será submetido ao *Community Dentistry and Oral Epidemiology* (ANEXO 06), com classificação A2, segundo os critérios de qualificação da CAPES para a área de Saúde Coletiva, com fator de impacto de 2,025.

6.1 Artigo 01

Associação entre periodontite, cárie dentária e impacto da ocorrência e gravidade dessas enfermidades na qualidade de vida.

Association between periodontitis, dental caries and the occurrence and severity of these oral diseases impact on quality of life.

Lília Paula de Souza Santos^{*}, Johelle de Santana Passos-Soares[†], Isaac Suzart Gomes-Filho[‡]

Autor para correspondência: Johelle de Santana Passos Soares – Endereço: Av. Transnordestina, s/n, Bairro Novo Horizonte, Módulo VI, Centro de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44036-900. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva- Universidade Estadual de Feira de Santana. E-mail: johpassos@gmail.com. Telefone: +55 75 3161.8112

Número de palavras: 5.140

Número de tabelas: 07

Título abreviado: Periodontite, cárie dentária e qualidade de vida

Síntese: Periodontite grave e cárie dentária estão associados com impacto da qualidade de vida relacionada a saúde bucal.

* Mestranda em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, Brasil.

† Doutorado em Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, Brasil /Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia, Brasil.

‡ Pós-doutorado em Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, Brasil.

Resumo

Introdução: Doenças bucais, como cárie e periodontite, interferem na qualidade de vida dos indivíduos e a autopercepção desse impacto tende a direcionar à busca pelo tratamento odontológico. Este estudo investigou a associação entre a condição bucal precária e a percepção do impacto da ocorrência e gravidade dos problemas bucais (cárie e periodontite) na qualidade de vida.

Métodos: Estudo transversal foi conduzido com 306 indivíduos acima dos 18 anos de idade. O impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal (QVRSB) foi mensurado pelo OHIP-14, versão brasileira. Para definição da condição bucal avaliou-se presença e gravidade da periodontite, empregando sangramento à sondagem, nível de inserção clínica e profundidade de sondagem, e presença e gravidade de cárie dentária, pelo índice de Dentes Perdidos Cariados e Obturados (CPO-D). Análise multivariada foi realizada utilizando-se análise de regressão logística não condicional e a Razão de Prevalência (RP) e intervalos de confiança a 95% (IC95%) foram obtidos mediante a regressão de Poisson robusta.

Resultados: Do total de participantes, 60,5% perceberam o impacto da condição bucal na qualidade de vida, 41,8% tiveram o diagnóstico de periodontite e 68,6%, o diagnóstico de cárie dentária. As medidas ajustadas para confundidores demonstraram que entre os indivíduos com cárie ($RP_{ajustada}$: 1,43; IC95%: 1,02-2,01) e periodontite grave ($RP_{ajustada}$: 1,72; IC95%: 1,00-2,98) a prevalência do impacto na QVRSB foi, respectivamente, 43% e 72% maior do que entre aqueles sem as referidas doenças.

Conclusões: A precária condição bucal, representada pela ocorrência de cárie e periodontite grave, parece ser um fator independente associado à qualidade de vida relacionada a saúde bucal.

Palavras-chave: Qualidade de vida; periodontite; cárie dentária; saúde bucal; autopercepção.

Abstract

Background: Oral diseases such as caries and periodontitis, affect the quality of life of individuals and the self-perception of this impact tends to direct the search for dental treatment. This study investigated the association between poor oral health and the perceived impact of the occurrence and severity of oral problems (periodontitis and dental caries) on the quality of life. **Methods:** Cross-sectional study was conducted with 306 individuals over 18 years old. The impact on quality of life related to oral health (QLROH) was measured by OHIP-14 Brazilian version. For definition of oral health, presence and severity of periodontitis, using bleeding on probing, clinical attachment level and probing depth, and presence and severity of dental caries, using the Decayed Missing Filled Teeth index (DMFT), were evaluated. Multivariate analysis was carried out using unconditional logistic regression and the Prevalence Ratio (PR) and confidence intervals at 95% (95%CI) were obtained by robust Poisson regression analysis.

Results: Of the total participants, 60.5% perceived the impact of oral health on quality of life, 41.8% were diagnosed with periodontitis and 68.6%, the diagnosis of dental caries. The adjusted measurements for confounders showed that among individuals with caries ($PR_{adjusted}$: 1.43; 95% CI: 1.02 to 2.01) and severe periodontitis ($PR_{adjusted}$: 1.72; 95% CI: 1.00 to 2.98) the prevalence of impact on QLROH was respectively 43% and 72% higher than among those without such diseases.

Conclusions: A poor oral condition, represented by the occurrence of caries and severe periodontitis, appears to be an independent factor associated with quality of life related to oral health.

Keywords: Quality of life; periodontal diseases; dental caries; oral health; self-perception.

Introdução

Os efeitos amplamente conhecidos da periodontite e da cárie dentária sobre os aspectos funcionais do sistema estomatognático (mastigação, deglutição e fala), estética facial, com alteração do sorriso e repercussão na autoestima, no baixo desempenho laboral e nas demais relações sociais^{1,2}, têm sido analisados nos últimos anos, despontando como fatores de impacto negativo na qualidade de vida^{3,4}.

Apontadas como principais problemas de saúde bucal, a cárie dentária e a doença periodontal se destacam pela sua magnitude e concentração em grupos populacionais mais vulneráveis representados pela baixa condição socioeconômica, reduzido nível de escolaridade, hábitos de vida não saudáveis e acesso restrito aos serviços de saúde⁵⁻⁷. Essas doenças bucais têm mostrado ainda um crescimento global expressivo, em paralelo a outras doenças crônicas não transmissíveis como a diabetes⁸, indicando ainda interligações com doenças crônicas e agravos sistêmicos ao compartilhar fatores de risco em comum.

No caso da periodontite, por exemplo, processo inflamatório infeccioso crônico que, ao promover a destruição do periodonto de sustentação dentária pode ocasionar a perda de dentes, caso não haja implementação terapêutica adequada e oportuna, algumas repercussões em nível sistêmico têm sido sinalizadas. Evidências científicas preliminares mostram o papel da doença periodontal na ocorrência de doenças cardiovasculares, doenças renais, diabetes mellitus, prematuridade/baixo peso ao nascer e infecções do trato respiratório⁹⁻¹⁴.

Essa interface complexa com diversos fatores individuais e contextuais, caracterizam a cárie dentária e periodontite como indicadores bucais que refletem as condições de vida e de saúde, bem como podem afetar o nível de qualidade de vida, não somente pela sua simples ocorrência, mas podendo ser determinada pela sua gravidade, resultante do acúmulo crônico de necessidades. Estudos nessa linha temática, apontam que quanto maior a gravidade da

periodontite ou maior o número de dentes cariados, mais pobremente é classificada a qualidade de vida^{3,15}.

Os indicadores clínicos, tradicionalmente utilizados em levantamentos epidemiológicos, não necessariamente representam os aspectos funcionais e psicossociais da saúde bucal, requerendo uma percepção da necessidade clínica pelo próprio indivíduo para que, assim, ocorra alguma intervenção e controles sobre o problema². Para isto, têm sido aplicados instrumentos sociodentais de natureza multidimensional que buscam mensurar a qualidade de vida, de modo a ampliar a visão da saúde bucal e contribuir para o desenvolvimento de intervenções integralizadas¹⁶.

Um dos instrumentos amplamente utilizado para medir qualidade de vida relacionada à saúde bucal é o Perfil do Impacto de Saúde Bucal (OHIP). Sua versão reduzida (OHIP-14), dividida em 14 questões, leva em consideração dimensões físicas, psicológicas e sociais¹⁷. Este instrumento foi completamente testado e recomendado pela sua confiabilidade, validade e precisão¹⁸, e sua versão brasileira apresentou boas propriedades psicométricas¹⁹.

A Federação Dentária Internacional (FDI) tem recomendado a incorporação destes instrumentos junto aos indicadores clínicos para uma avaliação ampliada das necessidades de cuidados bucais, proporcionando uma abordagem abrangente para o planejamento odontológico, suporte na detecção de grupos populacionais de alto risco e apoio na elaboração de programas de saúde pública².

Nos estudos que investigaram a associação entre condição bucal e qualidade de vida mensurado pelo OHIP-14, tem se observado uma heterogeneidade metodológica na seleção dos participantes, na forma de classificação clínica, especialmente da periodontite, e na falta de controle de variáveis que podem interferir nos resultados²⁰. Além disso, poucos estudos têm explorado a relação da gravidade dessas doenças com a extensão, prevalência e gravidade dos escores desse instrumento^{1,21}.

Assim, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre condição bucal precária e a percepção de seu impacto na qualidade de vida, analisando ocorrência e gravidade dos eventos bucais em uma população no nordeste do Brasil, utilizando a versão brasileira do questionário OHIP-14.

Metodologia

Desenho do estudo e amostra populacional

Este estudo de corte transversal foi realizado em indivíduos adultos atendidos em Unidades de Saúde do município de Feira de Santana, cidade localizada no nordeste do Brasil, no período de Dezembro de 2015 a Fevereiro de 2016. Esta pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CAAE: 47927115.8.0000.0053).

Foram incluídos no estudo indivíduos acima de 18 anos, sendo que não elegíveis para amostra aqueles que realizaram tratamento periodontal nos últimos três meses anteriores à pesquisa e gestantes.

Para o cálculo da amostra foram assumidos os seguintes parâmetros: 5% de erro, poder do estudo de 80%, média (desvio padrão) do escore do OHIP-14 de 12,55 (\pm 7,35) em indivíduos expostos (periodontite moderada) e 9,53 (\pm 7,12) em indivíduos não expostos (sem periodontite)²². O tamanho da amostra mínima para detectar diferenças significantes na qualidade de vida foi de 182 indivíduos (sendo 91 indivíduos para cada grupo).

Procedimentos de Coleta de Dados

Os participantes do estudo foram entrevistados por meio de um questionário para a obtenção de informações relativas à condição socioeconômico-demográfica, estilo de vida,

cuidados com a saúde e atenção odontológica. Todos os participantes assinaram o consentimento livre e esclarecido.

A avaliação da condição bucal foi realizada por examinador previamente treinado. A avaliação da reprodutibilidade foi feita através de medidas periodontais replicadas pelo examinador, tendo um periodontista experiente como referência, em cerca de 10% da amostra. Os coeficientes de correlação intraclasse²³ alcançados para recessão/hiperplasia e profundidade de sondagem foram, respectivamente, 0,71 (IC95%:0,25-0,91, p=0,004) e 0,91 (IC95%:0,73-0,97; p<0,001), sugerindo grau de concordância variável entre satisfatório e excelente. Para avaliação de cárie dentária, foi aplicado o teste Kappa obtendo-se o valor de 0,84, considerado uma concordância dentro do grau excelente.

A determinação de cárie dentária no estudo foi feita com uso do Índice CPO-D (Dentes Perdidos Cariados e Obturados), preconizado pela Organização Mundial de Saúde²⁴.

A avaliação da condição periodontal ocorreu em seis sítios por dente: disto-vestibular, médio-vestibular, mésio-vestibular, disto-lingual, médio-lingual e mésio-lingual, para todos os dentes, exceto os terceiros molares. Os seguintes descritores clínicos foram avaliados: profundidade de sondagem, definida como a distância da margem gengival à penetração mais profunda da sonda milimetrada²⁵, e perda de inserção clínica, distância entre a junção cimento-esmalte e o fundo da bolsa/sulco²⁶. Além disto, a condição gengival foi avaliada por meio do sangramento a sondagem²⁷ e a condição de higiene bucal pelo índice de placa visível²⁸.

Diagnóstico dos eventos de Cárie dentária e Periodontite

A periodontite foi avaliada quanto a ocorrência e gravidade. Todos os participantes do estudo foram avaliados segundo dois critérios para a Ocorrência da doença:

Critério 01 – Foi considerado com periodontite o participante com pelo menos quatro dentes, com um ou mais sítios com profundidade de sondagem maior que 4 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 3 mm no mesmo sítio e presença de sangramento à sondagem²⁹.

Critério 02 - o participante foi classificado com a presença da doença quando se enquadrasse em uma das três condições de gravidade a seguir^{30,31}:

- *Periodontite leve*: Aqueles com pelo menos dois sítios interproximais com NIC maior ou igual a 03 mm e pelo menos dois sítios com PS maior ou igual a 04 mm em dentes diferentes, ou 01 sítio com profundidade de sondagem maior ou igual a 5 mm.
- *Periodontite moderada*: Aqueles com pelo menos dois sítios interproximais com perda de inserção clínica maior ou igual a 04 mm, ou pelo menos dois sítios interproximais com profundidade de sondagem maior ou igual a 05 mm, em dentes diferentes.
- *Periodontite grave*: Presença de pelo menos dois sítios interproximais com perda de inserção clínica maior ou igual a 06 mm, em dentes diferentes, e pelo menos um sítio interproximal com profundidade de sondagem maior ou igual a 05 mm.

Quanto à Gravidade da Periodontite, foram utilizados os critérios propostos pela Academia Americana de Periodontologia^{30,31}, que se referem ao critério 02 de ocorrência mencionado anteriormente.

A Ocorrência de cárie dentária foi identificada quando o participante tinha pelo menos um dente com lesão de cárie ou dente restaurado com cárie. A Gravidade da Cárie dentária levou em consideração a distribuição do CPO-D, tomando como referência a média do CPOD para um terço do grupo com os maiores níveis da doença³².

Perfil do impacto de saúde bucal (OHIP- 14)

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi realizada por meio da aplicação da versão brasileira validada do OHIP-14¹⁹, um questionário composto por 14 itens subdivididos em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social³³. As questões são classificadas usando-se a escala de Likert de 5 níveis³⁴: 4 (sempre), 3 (constantemente), 2 (às vezes), 1 (raramente) e 0 (nunca). Após a reaplicação do questionário em 10% dos indivíduos entrevistados dentro do intervalo de tempo de 01 semana, foi verificada a sua confiabilidade, com emprego do coeficiente alpha-Cronbach. O coeficiente geral foi alto ($\alpha=0,84$) indicando estabilidade e consistência interna.

Para fins de análise, os padrões de respostas para os 7 domínios do questionário supracitado foram dicotomizados em: com impacto (constantemente/sempre) e sem impacto (nunca/raramente/às vezes). Também foram descritas as pontuações quanto a prevalência, extensão e gravidade, de acordo com o sistema estabelecido por Slade et al.³⁵ em 2005:

- a) Prevalência: percentagem de indivíduos que responderam um ou mais itens com "constantemente" ou "sempre";
- b) Extensão: soma do número de itens com impacto, variando de 0 a 14, considerando as perguntas respondidas pelas opções "constantemente" ou "sempre";
- c) Gravidade: soma de todos os escores, variando de 0 a 56, sendo que quanto maior o escore, maior é o impacto decorrente das condições bucais sobre a qualidade de vida.

Análise dos Dados

Foi realizada análise descritiva da variável dependente (impacto na qualidade de vida relacionada a saúde bucal) e de todas as covariáveis consideradas para o estudo. Obteve-se

também uma distribuição das frequências absolutas e relativas referentes a cada um dos sete domínios do OHIP-14 considerando a ocorrência e gravidade de cárie dentária e periodontite.

Na análise bivariada foi empregado o teste de Qui-quadrado ou teste Exato de Fisher, em caso de variáveis categóricas. A magnitude das associações entre cada covariável e a variável independente foi calculada obtendo-se as Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Para testar as diferenças de médias foi utilizado o teste *t de Student* ou Mann-Whitney, a depender da distribuição paramétrica. Os pontos de corte utilizados para categorizar as covariáveis foram estabelecidos de acordo a sua distribuição na amostra ou com estudos prévios sobre o tema. O nível de significância empregado foi de 5%.

Em seguida, foi realizada análise estratificada para seleção das candidatas à modificação de efeito e confundimento para a modelagem. Para verificação de interação estatística na análise estratificada, foram observadas as medidas pontuais estrato-específicas em relação aos intervalos de confiança dos estratos opostos. O Teste de Homogeneidade de Mantel-Haenzel também foi aplicado para verificar a existência de possíveis modificadores de efeito (alfa de 5%). As potenciais variáveis de confundimento foram selecionadas a partir de bases teóricas e empíricas, considerando uma diferença relativa maior que 10% entre as medidas ajustadas pelo método de Mantel-Haenzel de cada co-variável e a medida de associação bruta³⁶.

Na análise multivariada, a presença das covariáveis modificadoras de efeito foi verificada usando teste de Razão de Máxima Verossimilhança ($p < 0,05$), comparando os modelos com e sem os termos produto. Para aquelas variáveis nas quais não se identificou empiricamente a presença de modificação de efeito, o papel de variável de confundimento foi avaliado empregando-se a estratégia *backward* na análise de regressão logística não condicional. Bases teóricas e empíricas também foram consideradas para selecionar potenciais variáveis confundidoras, assumindo como tal aquela que produzisse uma alteração de pelo

menos 10% na medida de associação. A partir de embasamentos teóricos, confundidores clássicos foram mantidos no modelo a despeito das evidências empíricas desse estudo. As Razões de Prevalência (RP) foram geradas após conversão das Odds ratio (OR) pela regressão de Poisson com variância robusta.

Para estimar a associação entre ocorrência e gravidade da cárie/ periodontite com o impacto na qualidade de vida, foram gerados cinco modelos, dois para avaliação da cárie e três para avaliação do efeito da condição periodontal, sendo um para cada dois critérios de diagnóstico de periodontite e outro de gravidade.

Foi realizado diagnóstico do modelo com verificação da bondade do ajuste através do teste de Hosmer-Lemeshow. Para o processamento e análise dos dados utilizou-se o software STATA, versão 9.0.

Resultados

Análise descritiva

Do total de 306 participantes incluídos neste estudo 225 (73,5%) foram mulheres e 81 (26,5%) homens, com uma média de idade de 45 anos \pm 14,8 anos, sendo a mínima de 18 anos e máxima de 80 anos. A maioria da amostra foi composta por indivíduos entre 45 a 80 anos, da raça/cor não branca, que não apresentavam remuneração própria em virtude de não trabalharem ou estarem desempregados, nível de escolaridade maior que 04 anos de estudo, vivem com companheiro, têm renda familiar mínima de 01 salário mínimo, não fumam ou consomem bebida alcoólica.

A prevalência do impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB), mensurada pelo OHIP-14 e definida como número de indivíduos que reportaram pelo menos um item com respostas “constatemente” ou “sempre” foi de 60,5%. A mediana da gravidade (total dos escores somados) e extensão (total de itens positivos para

“constatemente” ou “sempre”) do OHIP-14 foram respectivamente 9,00 e 1,00. Os domínios referentes à desconforto psicológico (38,2%), dor física (33,3%) e incapacidade psicológica (27,5%) foram aqueles com maior prevalência de impacto.

No que se refere às medidas de exposição, obteve-se uma média de CPOD igual a 16,00 e as proporções de dentes cariados, restaurados e extraídos foram de 19,1%, 31,9% e 49,1%, respectivamente. A prevalência de periodontite para cada critério diagnóstico adotado foi 41,5% para critério 01²⁹ e 85,0% para o critério 02^{30,31}.

Análise bivariada

Na tabela 1 são apresentadas as características socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida dos participantes segundo a presença ou não de impacto na QVRSB. No grupo com impacto na QVRSB houve maior frequência de indivíduos do sexo feminino (62,2%), com faixa etária entre 35 a 44 anos de idade (67,9%), raça não branca (61,9%), sem emprego atual ou não trabalha (65,5%), com nível de escolaridade igual ou menor a 04 anos de estudo (65,0%), que viviam com pelo menos 04 pessoas na residência (62,9%) e não fumavam (62,2%) ou consumiam bebida alcoólica (61,2%). No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre essas covariáveis e os grupos de comparação.

Quando avaliadas as características relacionadas às condições e cuidados de saúde geral (Tabela 2), observou-se que entre os indivíduos do grupo com impacto na QVRSB, para a grande maioria a última consulta médica tinha sido há mais de 01 ano (69,2%), porém o tempo da última ida ao dentista foi inferior ou igual a esse período (62,2%), sendo o tratamento de problemas bucais a principal razão para a consulta (61,1%). A frequência de escovação restrita a apenas uma vez ao dia e uso de fio dental foram mais frequentes no grupo (64,0% e 64,6%, respectivamente). Nenhuma dessas diferenças destacadas foram significantes a 5%.

Nas tabelas 3 e 4 estão dispostas as medidas clínicas bucais com destaque para as diferenças estatisticamente significantes entre os grupos nas seguintes covariáveis: periodontite grave ($p=0,03$), ocorrência de cárie dentária ($p<0,01$), número médio de dentes cariados ($p<0,01$), índice de placa visível ($p<0,01$) e sangramento a sondagem ($p=0,03$). A razão de prevalência estimada indica que entre os indivíduos do grupo com impacto na QVRSB, a probabilidade de apresentar periodontite grave foi 24% (RP: 1,24; IC95%: 1,01-1,51) maior do que entre os que não reportaram impacto. Para a ocorrência de cárie, essa probabilidade foi 31% maior (RP: 1,31; IC95%: 1,10-1,56).

No que se refere às dimensões do OHIP-14 (Tabela 5), entre os indivíduos com cárie dentária, houve diferença estatisticamente significativa nas dimensões incapacidade física ($p=0,02$), incapacidade psicológica ($p=0,02$) e incapacidade social ($p=0,04$). Observa-se também que as médias de extensão e gravidade do OHIP-14 foram maiores e estatisticamente significantes no grupo com cárie dentária ($p<0,01$, para ambos). Quando analisada a gravidade da doença, a dimensão “limitação funcional” foi a única que mostrou diferença estatisticamente significativa ($p=0,03$), com maior frequência no estrato com $CPOD \geq 20$.

Na tabela 6, esses escores globais e dimensões do OHIP-14 são avaliados segundo os dois critérios de ocorrência de periodontite e seus níveis de gravidade. Entre os indivíduos com periodontite segundo o critério 02^{30,31}, a diferença de proporção do impacto foi estatisticamente significativa na dimensão incapacidade psicológica ($p=0,04$). Dentre os níveis de gravidade da periodontite, os indivíduos com periodontite moderada apresentaram médias de escores de gravidade de OHIP-14 maiores do que entre os indivíduos sem periodontite moderada ($p=0,02$). No grupo com periodontite grave, houve maior prevalência de impacto referente às dimensões “desvantagem social” ($p=0,03$), “incapacidade psicológica” ($p=0,03$) e médias maiores de extensão ($p=0,02$) e de gravidade do OHIP-14 ($p=0,01$).

Análise multivariada

As medidas de associação, bruta e ajustada, entre cárie/periodontite e impacto da QVRSB estão apresentadas na tabela 7. De acordo com as medidas de associação bruta, apenas os seguintes modelos mostraram associações entre os eventos estudados: ocorrência de cárie (RP: 1,31; IC95%: 1,10-1,56, $p < 0,01$) e periodontite grave (RP: 1,24; IC95%: 1,01-1,51, $p = 0,02$).

Como variável confundidora, apenas raça/cor da pele foi identificada na modelagem, ao mostrar alteração de 12% na medida de associação para os modelos 04 (critério 02 de periodontite) e 05 (gravidade de periodontite). No entanto, as covariáveis: sexo, idade, nível de escolaridade, hábito de fumar e última consulta ao dentista, foram consideradas como confundidoras e incluídas no modelo final da análise de regressão para obtenção da medida de associação ajustada, devido à relevância epidemiológica dessas covariáveis na associação em estudo.

Após o ajuste, as medidas de associação para ocorrência de cárie (RPajustada1 = 1,43; IC95%: 1,02-2,01], $p = 0,04$) e periodontite grave (RPajustada5 = 1,72; IC95%: 1,00-2,98], $p = 0,05$) mantiveram a significância estatística com leve incremento em suas magnitudes. Essas medidas ajustadas demonstraram que entre os indivíduos com cárie dentária a prevalência do impacto da QVRSB foi 43% maior do que entre aqueles sem a doença. Nos indivíduos com periodontite grave, a prevalência do impacto da QVRSB foi 73% maior do que entre aqueles sem periodontite grave. Embora a associação tenha sido identificada apenas entre nível grave de periodontite e impacto na qualidade de vida, pode se observar uma tendência dose resposta dos níveis de gravidade da doença.

A análise de bondade de ajuste dos modelos de regressão foi feita com uso do teste estatístico de Hosmer-Lemeshow que apontou bom ajuste dos modelos obtidos, sem rejeição da hipótese nula de ausência de diferenças entre os valores observados e preditos ($p = 1,00$).

Discussão

A análise do presente estudo mostrou que a ocorrência de cárie e periodontite grave estão associadas com o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos indivíduos adultos, mesmo após os devidos ajustes para as covariáveis confundidoras consideradas, tais como sexo, idade, raça, nível de escolaridade, hábito de fumar e última consulta ao dentista. Embora somente a periodontite grave tenha se mostrado estatisticamente significativa, observou-se por meio das medidas epidemiológicas a tendência de que quanto mais grave a periodontite, pior a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

A identificação dessas condições bucais como fatores independentes associados a menor qualidade de vida tem sido corroborada por outros estudos^{1, 3, 15, 21, 22, 37-41}. Entretanto, ressalta-se que poucos trabalhos têm avaliado o impacto da gravidade dessas doenças numa perspectiva de estimação do efeito dose resposta^{1,3,22}. Considerando que quanto maior a gravidade da doença, maior a necessidade de intervenção, um estudo recente evidenciou que os maiores escores do OHIP-14 se concentravam justamente nos indivíduos com piores níveis de necessidade de tratamento periodontal⁴².

Ao contrário da cárie dentária que apresenta manifestações clínicas mais perceptíveis pelo indivíduo seja pela dor física ou psicológica, a doença periodontal apresenta características de manifestação variantes: aparecimento em locais específicos ou por toda a cavidade bucal, com períodos intermitentes de destruição das estruturas periodontais, com surtos de atividade e de quiescência⁴³. Essa caracterização específica da doença de alguma forma influencia a percepção do impacto pelo indivíduo, sendo mais relatada nos casos mais graves, nos quais se verificam maiores danos funcionais e estéticos¹. Nas formas mais brandas da doença (menor perda de inserção, sem mobilidade dentária, pouco sangramento), seus

sinais e sintomas são em sua maioria silenciosos, se tornando imperceptíveis, sendo assim subavaliados pelos indivíduos acometidos por ela^{1,44,45}.

Esse fato pode esclarecer ainda a não associação com o critério aqui adotado para detecção da presença da doença e com os demais níveis de gravidade (moderada e leve). Uma outra razão para não detecção da diferença segundo a ocorrência da doença talvez seja explicada pela frequência baixa de indivíduos sem periodontite na amostra (critério 2 da doença - 15%) e ainda na inclusão no grupo de casos daqueles com manifestação incipiente da doença, ou seja, com níveis de inflamação ainda baixos.

Quanto à gravidade da cárie dentária, avaliada pela distribuição do CPO-D³², não houve associação estatística significativa, seja na análise bivariada ou multivariada. Outros trabalhos como o de Silva et al.⁴⁷ têm demonstrado resultados de associação positiva, argumentando que a alta experiência de cárie expressa por essa gravidade, tendo como consequências a perda dentária, afeta a eficiência mastigatória, colaborando pra uma dieta insatisfatória com prejuízos ao bem-estar e à saúde do indivíduo, e interfere no convívio social. No presente estudo, a média de perda dentária, que poderia ter sido resultante do efeito da cárie, foi similar entre os grupos com e sem impacto na qualidade de vida, portanto não discriminando essas diferenças no nível da significância estatística.

Sabe-se que a presença de cárie mede a doença atual, enquanto a gravidade expressa história da doença ao longo do tempo, pois o CPO-D leva em consideração os desfechos da cárie, dentes perdidos e restaurados³. Analisando a experiência de cárie na amostra do presente estudo, constata-se que a média geral do CPO-D (16,0) encontrada foi semelhante a do Levantamento Epidemiológico de Base Nacional de 2010 (16,3) para os adultos⁴⁸, tendo o componente dentes perdidos como o principal elemento responsável por esse valor (49,05%). Essa predominância da perda dentária (49,05%) na experiência de cárie reforça a discussão sobre a ainda persistente prática mutiladora, que considera a extração dentária a solução para

o alívio da dor em populações de baixo nível socioeconômico, sendo consequência do processo de exclusão social que aumenta o risco de doenças e promove acesso desigual aos serviços de saúde^{6,49}. O descritivo dos participantes incluídos neste estudo reforçam este argumento, revelando nível socioeconômico e grau de instrução baixos entre os grupos com baixa qualidade de vida, embora essas diferenças não tenham sido significantes no nível da comparação epidemiológica.

Quando avaliada a condição bucal entre os grupos, apenas a média de dentes cariados, placa dentária e sangramento à sondagem foram estatisticamente significantes. Apesar dessa constatação, a maioria relata ter procurado o dentista devido a problemas bucais, quando a enfermidade já estava instalada e apresentando algum sinal ou sintoma. A procura por serviços de saúde bucal quando do acúmulo de necessidades bucais tem sido evidenciada⁵⁰, enfatizando assim a teoria de que o diagnóstico normativo não é suficiente e que a subjetividade do indivíduo precisa ser valorizada e trabalhada de modo a redirecionar adequadamente os serviços de saúde. Tendo em vista que essas condições bucais são passíveis de prevenção, torna-se necessário investimentos públicos para a efetivação de práticas preventivas e do tratamento precoce das doenças bucais, com o objetivo de diminuir tanto a ocorrência e o seu impacto na qualidade de vida quanto às desigualdades sociais a eles relacionadas, promovendo a universalidade do acesso aos serviços de saúde bucal^{50,51}.

Reafirma-se, assim, que percepção do impacto das doenças bucais engloba as dimensões de saúde relevantes ao indivíduo, que para além dos sinais e sintomas clínicos e incapacidades funcionais, envolve fatores psicológicos e sociais⁵². Portanto, a qualidade de vida é influenciada por fatores externos do indivíduo (sociais, culturais, econômicos e políticos); condições de saúde e sua relação com a qualidade de vida (sintomas, estado funcional e componentes da percepção de saúde); e fatores internos do indivíduo (biológico, estilo de vida, comportamento de saúde, personalidade e valores)⁵³.

A prevalência do impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal foi extremamente alta nessa amostra do estudo (60,5%), sendo que os domínios ou as dimensões mais afetados estavam relacionados ao desconforto psicológico (38,2%), dor física (33,3%) e incapacidade psicológica (27,5%). Estes domínios dizem respeito, respectivamente, à preocupação e/ou estresse com problemas com os dentes, boca ou dentadura, a sentir dores na boca ou nos dentes e sentir incômodo ao comer algum alimento, a dificuldade para relaxar e/ou sentir-se envergonhado por problemas na boca ou nos dentes. Esses achados foram semelhantes a outros estudos^{47,54,55}. Enquanto alguns avaliaram o efeito da condição bucal na percepção do impacto, outros investigam o efeito do tratamento periodontal, constatando que o pós-tratamento não cirúrgico promove alterações significativas nestes domínios⁵⁶.

No presente estudo, os participantes com periodontite apresentaram maior impacto nos domínios incapacidade psicológica e desvantagem social, corroborando com outros estudos^{1,15,22,51,57}. A incapacidade psicológica relacionada à doença periodontal pode estar situada no campo do constrangimento estético causada pela recessão gengival e migração dentária, consequências da progressão da doença¹.

Quanto à gravidade da doença periodontal, indivíduos com periodontite grave apresentaram ainda as maiores médias de extensão e gravidade do OHIP-14, reforçando as evidências de que com a progressão da doença e maior destruição dos tecidos periodontais, os sintomas são mais perceptíveis¹.

Com relação à cárie dentária, assim como demonstrado em Silva et al.⁴⁷, o grupo com maior gravidade de cárie (CPOD ≥ 20) indicou maior impacto apenas no domínio limitação funcional. Assim como observado na periodontite grave, indivíduos com dentes cariados apresentaram maiores médias de gravidade e extensão do OHIP-14. Destaca-se que, em relação à experiência da dor física, não houve diferenças significativas em contraste com o estudo de Sanadhya, et al.³⁹, que relataram uma diferença significativa na experiência de dor

física entre os indivíduos com ou sem cárie dentária. Estas diferentes percepções de QVRSB entre as populações e os indivíduos podem ser devido a influências socioculturais^{15,38}, já que as pesquisas foram realizadas em países distintos.

Como variável confundidora, apenas raça/cor da pele foi identificada na modelagem. Alguns cuidados no método foram tomados para diminuir a interferência de outras possíveis variáveis que tem influência tanto na condição bucal (cárie dentária e periodontite) como na qualidade de vida. Assim, as covariáveis sexo, idade, nível de escolaridade, hábito de fumar e última consulta ao dentista foram incluídas para ajuste no modelo final com base em fundamentações teóricas. No que diz respeito à idade, há evidências que problemas bucais tendem aumentar com avanço da idade⁴⁸. Entretanto, a percepção do impacto na qualidade de vida em idosos tende a ser menor²¹. Quanto à escolaridade, indivíduos com baixa instrução apresentam maior probabilidade de ter periodontite¹ e reportam maior impacto negativo na qualidade de vida^{5,32,53}. O hábito de fumar compromete os tecidos periodontais, com agravamento da doença⁵⁸ e também está associado ao impacto da condição bucal na qualidade de vida⁵⁹. Alguns estudos que avaliaram a associação entre cárie/doença periodontal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal também ajustaram suas medidas de magnitude para sexo^{39-41,44,60} e visita ao dentista^{44,60,61}.

Outro cuidado metodológico realizado neste estudo foi a escolha do critério apropriado para classificação das exposições cárie e periodontite. O índice CPO-D conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde²⁴ foi escolhido neste estudo e tem sido adotado pela grande maioria dos trabalhos que avaliaram essa associação. Dada a complexidade na caracterização da doença periodontal, a eleição dos critérios para periodontite nesse estudo levou em consideração a sua especificidade, de modo que elevasse a qualidade do diagnóstico, permitindo diferenciar níveis de gravidade e minimizando os falsos

positivos que resultam em associações espúrias. Ressalta-se que os critérios adotados têm sido amplamente empregados nas investigações científicas sobre a saúde bucal^{31,62,63}.

Dessa forma, o diagnóstico da condição periodontal foi realizado por meio de exame completo de todos os dentes, exceto dos terceiros molares, em seis sítios por dente, diferentemente da maioria dos estudos^{38,39,55,61} que emprega exame parcial da boca, com a utilização de dentes-índices para definir a presença ou não de periodontite subestimando a doença na população. Além disso, essa variabilidade na definição da doença periodontal entre os estudos pode explicar as diferenças com estudos anteriores, relacionado com o nível de impacto da doença periodontal na QVRSB, como demonstrado por Pinho et al.⁶⁴

Não obstante aos achados positivos de associação para ocorrência de cárie e gravidade da periodontite neste estudo, algumas limitações são apontadas neste trabalho. Uma delas se refere ao desenho do estudo que impossibilita estabelecer a precedência temporal das variáveis independentes sobre o desfecho estudado, e amplia as chances de vieses de memória. No entanto, os achados oriundos desses tipos de estudo permitem a identificação de indicadores para serem incluídos em estudos longitudinais e experimentais. Outra ponto limitante refere-se à não representatividade da amostra para universo de indivíduos que frequentam o serviço público, uma vez que a seleção da amostra compreendeu indivíduos segundo alguns critérios de exclusão e apenas aqueles que buscaram o serviço por alguma razão, não abrangendo os indivíduos que não acessam a rede de serviço por algum motivo. Portanto, os resultados apresentados devem ser interpretados cuidadosamente, respeitando-se essa particularidade.

Destaca-se ainda que o OHIP-14, embora seja utilizado por muitos estudos que avaliaram o impacto da doença periodontal^{1,15,21,22,38,39,49}, enfatiza-se a realização de estudos com adaptações do OHIP-14 para sintomas relacionados à doença periodontal, destacando as repercussões na “gengiva”, de modo a contribuir para melhor percepção da doença²⁰.

Ressalta-se que no estudo de validação deste questionário no Brasil¹⁹, os autores fizeram adaptações ao questionário para investigar o impacto da dor dentária, revelando que o questionário foi útil na discriminação entre grupos de indivíduos com melhor e pior saúde bucal, relacionada à presença de cárie, a experiência de perda dentária e necessidades de tratamento.

A despeito das limitações apresentadas do presente estudo, os achados enfatizam que a condição bucal precária pode proporcionar impactos no cotidiano dos indivíduos e interferir, negativamente, na autopercepção da qualidade de vida, com impactos nas dimensões físicas, psicológica e de relacionamento social. Dessa forma, o planejamento terapêutico deve considerar o impacto da doença nesses domínios. Estudos longitudinais que acompanhem o impacto dessas exposições na qualidade de vida devem ser realizados futuramente para melhor clarificar essa associação.

Conclusões

As evidências deste estudo sinalizam para a associação entre ocorrência de cárie dentária e periodontite grave com a baixa qualidade de vida relacionado a saúde bucal.

Agradecimentos

A Universidade Estadual de Feira de Santana, aos componentes do Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar (NUPPIIM), aos profissionais e usuários das Unidades de Saúde da Família e do Centro de Atendimento a Diabéticos e Hipertensos de Feira de Santana, Bahia, Brasil pelo apoio a realização desta pesquisa. Os autores agradecem aos participantes do estudo pela contribuição à investigação. Os autores também declaram nenhum conflito de interesse relacionado ao estudo.

Referências

1. Meusel DRDZ, Ramacciato JC, Motta RHL, Brito Júnior RB, Flório FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. *J Oral Sci* 2015; 57: 87-94.
2. World Dental Federation. FDI policy statement on oral health and quality of life Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015, Bangkok, Thailand. *Int Dent J* 2016; 66: 11-12.
3. Costa SM, Vasconcelos M, Abreu MHNG. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7): 1971-1980.
4. Al-Harhi LS, Cullinan MP, Leichter JW, Thomson WM. The impact of periodontitis on oral health-related quality of life: a review of the evidence from observational studies. *Aust Dent J* 2013; 58: 274-277.
5. Celeste RK, Fritzell J, Nadanovsky P. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. *Cad Saude Publica* 2011, 27(6):1111-1120.
6. Steele J, Shen J, Tsakos G et al. The Interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. *J Dent Res* 2015; 94(1): 19-26.
7. Silveira MF. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad Saude Publica* 2014; 30(6): 1-15.
8. Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis*. 2015 Dez 24. [Epub ahead of print].
9. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia* 2012; 55(1): 21-31.

10. Kalburgi V, Sravya L, Warad S, Vijayalaxmi K, Sejal P, Hazeil Dj. Role of systemic markers in periodontal diseases: a possible inflammatory burden and risk factor for cardiovascular diseases? *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4(3): 388-392.
11. Ismail FB, Ismail G, Dumitriu AS, Baston C, Berbecar V, Jurubita R et al. Identification of subgingival periodontal pathogens and association with the severity of periodontitis in patients with chronic kidney diseases: a cross-sectional study. *Biomed Res Int* 2015; 2015: 1-7.
12. Zi MY, Longo PL, Bueno-Silva B, Mayer MP. Mechanisms involved in the association between periodontitis and complications in pregnancy. *Front Public Health* 2015; 2: 290.
13. Passos JS, Vianna MI, Gomes-Filho IS et al. Osteoporosis/osteopenia as an independent factor associated with periodontitis in postmenopausal women: a case-control study. *Osteoporos Int* 2013; 24(4): 1275-1283.
14. Gomes-Filho IS, Soledade-Marques KR, Seixas da Cruz S et al. Does periodontal infection have an effect on severe asthma in adults? *J Periodontol* 2014; 85: e179-e187.
15. Jansson H, Wahlin A, Johansson V et al. Impact of periodontal disease experience on oral health-related quality of life. *J Periodontology* 2014; 85(3): 438-445.
16. Sicho L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* 2011; 90(11): 1264-1270.
17. Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4): 280-288.
18. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4): 284-290.

19. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4): 307-314.
20. Buset S, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *J Clin Periodontol* 2016. doi: 10.1111/jcpe.12517. [Epub ahead of print]
21. Carvalho JC, Mestrinho HD, Stevens S, van Wijk AJ. Do oral health conditions adversely impact young adults? *Caries Res* 2015; 49(3): 266-274.
22. Al Habashneh RA, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Sci* 2012; 54(1): 113-120.
23. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley & Sons, 1981.
24. Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32(1): 74-77.
25. Papanou PN, Wennstöm JL. The angular bony defect as indicator of further alveolar bone loss. *J Clin Periodontol* 1991; 18(5): 317-322.
26. Ramfjord S. Indices for prevalence and incidence of periodontal disease. *J Periodontol* 1958; 30(1): 51-59.
27. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975; 25: 229-235.
28. Lopez N, Smith P, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *J Periodontol* 2002; 73(8): 911-924.

29. Gomes-Filho IS, Cruz SS, Rezende EJ et al. Exposure measurement in the association between periodontal disease and prematurity/low birth weight. *J Clin Periodontol* 2007; 34(11): 957-963.
30. Page R, Eke P. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol* 2007; 78(7 Suppl): 1387-1399.
31. Eke PI, Page RC, Wei L, Thornton-Evans G, Genco RJ. Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. *J Periodontol* 2012; 83(12): 1449-1459.
32. Bratthall D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-years-olds. *Int Dent J* 2000; 50(6): 378-384.
33. Mendez M, Gomes SC. Oral health-related quality of life: periodontal perspectives. *Braz J Periodontol* 2013; 23(4): 38-44.
34. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch of Psychol* 1932; (140): 44-53.
35. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent Journal* 2005; 198(8): 489-493.
36. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott. 2 ed. 1998.
37. Dahl KE, Wang NJ, Ohrn 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* 2012; 10: 15-21.
38. Batista MJ, Perianes LB, Hilgert JB, Hugo FN, Sousa MdaL. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz Oral Res* 2014; 28(1): 1-6.
39. Sanadhya S, Aapaliya P, Jain S, Sharma N, Choudhary G, Dobarra N. Assessment and comparison of clinical dental status and its impact on oral health-related quality of life among rural and urban adults of Udaipur, India: A cross-sectional study. *J Basic Clin Pharm* 2015; 6(2): 50-58.

40. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol* 2010; 37(11): 968-972.
41. Grover V, Malhotra R, Dhawan S, Kaur G. Comparative Assessment of Oral Health Related Quality of Life in Chronic Periodontitis Patients of Rural and Urban Populations in Punjab. *Oral Health Prev Dent* 2016. [Epub ahead of print]
42. Eltas A, Uslu MO, Eltas SD. Association of Oral Health-related Quality of Life with Periodontal Status and Treatment Needs. *Oral Health Prev Dent* 2016. [Epub ahead of print]
43. Lindhe J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koongan, 2005.
44. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009; 36(1): 25-33.
45. Saito A, Hosaka Y, Kikuchi M et al. Effect of initial periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis in Japan. *J Periodontol* 2010; 81(7): 1001-1009.
46. Nikbin A, Bayani M, Jenabian N, Khafri S, Motallebnejad M. Oral health-related quality of life in diabetic patients: comparison of the Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index and Oral Health Impact Profile: A descriptive-analytic study. *J Diabetes Metab Disord* 2014;13(1): 32.
47. Silva EA, Tôrres LHN, Sousa MLR. Tooth loss and impact on quality of life in adult users of two Basic Health Units. *Rev Odontol UNESP* 2012; 41(3): 177-184.
48. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p.

49. Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Coletiva* 2014; 19(2): 581-590.
50. Oliveira RS, Magalhães BG, Góes PSA, Rocha RACP, Gaspar GS. Use of dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. *Cad Saude Colet* 2014; 22(1): 40-45.
51. Lemkuhl I, Souza MVC, Cascaes AM, Bastos JL. A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. *Cad Saude Colet* 2015; 23(3): 336-346.
52. Rabelo DF, Maia CLF, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Kairós Gerontologia* 2010; 13(2): 115-130.
53. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rabelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cienc Saude Coletiva* 2011; 16(1Supl): 1007-1015.
54. Araújo AC, Gusmão ES, Batista JE, Cimões R. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence Int* 2010; 41(6): 111-116.
55. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(2): 136-144.
56. Wong RM, Ng SK, Corbet EF, Keung Leung W. Non-surgical periodontal therapy improves oral health-related quality of life. *J Clin Periodontol* 2012; 39(1): 53-61.
57. Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Preshaw PM. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. *J Dent* 2013; 41(4): 370-376.
58. Hugoson A, Rolandsson MJ. Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003). *Clin Periodontol* 2011; 38: 809-816.

59. Garbado MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(6): 439-445.
60. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 305-316.
61. Rossel FL, Oliveira ALBM, Tagliaferro EPS, Silva SRC, Valsecki Júnior A. Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013; 13(3): 287-293.
62. Carvalho R, Leite S, Rodrigues VP, Pereira A, Ferreira T, Nascimento F et al. Chronic periodontitis and serum levels of hepcidin and hemoglobin. *Oral Dis* 2016; 22(1): 75-76.
63. Gomes-Filho IS, Pereira EC, Cruz SS, Adan LF, Vianna MI, Passos-Soares JS et al. Relationship Among Mothers' Glycemic Level, Periodontitis, and Birth Weight. *J Periodontol* 2016; 87(3): 238-247.
64. Pinho MAS, Borges CM, Abreu MHNG, Ferreira EF, Vargas AMD. Impact of periodontal disease on the quality of life of diabetics based on different clinical diagnostic criteria. *Int J Dent* 2012; 2012: 1-8.

Tabela 1 – Características socioeconômicas, demográficas e de estilo de vida segundo a presença de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

CARACTERÍSTICAS	N (%)	IMPACTO NA QVRSB		p*	RP (IC95%)
		SIM (N=185)	NÃO (N=121)		
Sexo					
Masculino	81 (26,5)	45 (55,6)	36 (44,4)		1
Feminino	225 (73,5)	140 (62,2)	85 (37,8)	0,29	1,12 (0,90-1,39)
Idade*					
18 a 34 anos	69 (22,5)	37 (53,6)	32 (46,4)		1
35 a 44 anos	81 (26,5)	55 (67,9)	26 (32,1)	0,10	1,27 (0,97-1,65)
45 a 80 anos	156 (51,0)	93 (59,6)	63 (40,4)	0,66	1,11 (0,86-1,43)
Raça/cor da pele¹					
Branca	23 (7,9)	11 (47,8)	12 (52,7)		1
Não-branca	268 (92,2)	166 (61,9)	102 (38,1)	0,18	1,05 (0,97-1,13)
Ocupação²					
Empregado/aposentado	110 (39,0)	98 (57,0)	74 (43,0)		1
Desempregado/não trabalha	172 (61,0)	72 (65,5)	38 (34,5)	0,16	1,16 (0,93-1,44)
Nível de escolaridade (anos de estudo)					
> 4 anos de estudo	206 (67,3)	120 (58,3)	86 (41,7)		1
≤ 4 anos de estudo	100 (32,7)	65 (65,0)	35 (35,0)	0,26	1,21 (0,86-1,71)
Situação conjugal³					
Com companheiro	167 (55,7)	105 (62,9)	62 (37,1)		1
Sem companheiro	133 (44,3)	75 (56,4)	58 (43,6)	0,25	1,12 (0,92-1,35)
Renda familiar⁴ (salário mínimo)[¶]					
≥ 1 salário mínimo	224 (75,4)	130 (58,0)	94 (42,0)		1
< 1 salário mínimo	73 (24,6)	48 (65,7)	25 (34,2)	0,24	1,28 (0,83-1,96)
Densidade domiciliar					
< 4 pessoas	157 (51,3)	92 (58,6)	65 (41,4)		1
≥ 4 pessoas	149 (48,7)	93 (62,4)	56 (37,6)	0,49	1,07 (0,89-1,28)
Número de filhos⁵					
≤ 3 filhos	222 (76,0)	132 (59,5)	90 (40,5)		1
> 3 filhos	70 (24,0)	25 (35,7)	45 (64,3)	0,47	1,17 (0,76-1,80)

Hábito de fumar

Não	230 (75,2)	143 (62,2)	87 (37,8)		1
Sim	76 (24,8)	46 (58,3)	33 (41,8)	0,29	0,81 (0,55-1,19)

Consumo de bebida alcoólica

Não	227 (74,2)	139 (61,2)	88 (38,8)		1
Sim	79 (25,8)	46 (58,2)	33 (41,8)	0,63	0,91 (0,62-1,19)

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança a 95%; p= valor de p: nível de significância $\leq 0,05$.

¹Valor do salário mínimo na época da coleta: R\$788,00.

¹15 informações perdidas ou não declaradas; ²24 informações perdidas; ³06 informações perdidas; ⁴09 informações perdidas; ⁵14 informações perdidas.

Tabela 2 – Características relacionadas a condições e cuidados de saúde geral e bucal segundo a presença de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

CARACTERÍSTICAS	N (%)	IMPACTO NA QVRSB		p*	RP (IC95%)
		SIM (N=185)	NÃO (N=121)		
Hipertensão					
Não	158 (51,6)	97 (61,4)	61 (38,6)		1
Sim	148 (48,4)	88 (59,5)	60 (40,5)	0,73	0,96 (0,76-1,21)
Diabetes¹					
Não	274 (91,9)	137 (62,0)	84 (38,0)		1
Sim	24 (08,1)	48 (56,5)	37 (43,5)	0,38	0,84 (0,59-1,22)
Doença cardiovascular²					
Não	292 (95,7)	179 (61,3)	113 (38,7)		1
Sim	13 (4,3)	06 (46,2)	07 (53,8)	0,27	0,56 (0,19-1,61)
Última consulta médica³					
≤1 ano	265 (87,2)	156 (58,9)	109 (41,1)		1
> 1 ano	39 (12,8)	27 (69,2)	12 (30,8)	0,22	1,49 (0,78-2,82)
Última consulta ao dentista³					
≤1 ano	198 (63,3)	123 (62,2)	75 (37,9)		1
> 1 ano	106 (34,9)	60 (56,6)	46 (43,4)	0,35	0,86 (0,64-1,17)
Motivo de consulta ao dentista¹					
Prevenção	69 (23,2)	39 (56,5)	30 (43,5)		1
Tratamento	229 (76,9)	140 (61,1)	89 (38,9)	0,50	0,92 (0,92-1,19)
Tratamento de gengiva⁴					
Não	213 (72,2)	133 (62,4)	80 (37,6)		1
Sim	82 (27,8)	45 (54,9)	37 (45,1)	0,23	0,80 (0,55-1,15)
Frequência de escovação⁵					
2 ou mais vezes ao dia	274 (91,4)	164 (59,9)	110 (40,1)		1
1 vez ao dia	25 (8,4)	16 (64,0)	09 (36,0)	0,69	1,17 (0,54 -2,57)
Uso do fio dental					
Sim	147 (48,0)	95 (64,6)	52 (35,4)		1
Não	159 (52,0)	90 (56,6)	69 (43,4)	0,15	1,19 (0,93-1,53)

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança a 95%; p= valor de p: nível de significância ≤0,05.

¹08 informações perdidas; ²01 informação perdida; ³02 informações perdidas; ⁴11 informações perdidas; ⁵07 informações perdidas.

Tabela 3 – Características relacionadas à condição clínica bucal segundo a presença de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

CARACTERÍSTICAS	N (%)	IMPACTO NA QVRSB		P	RP (IC95%)
		SIM (N=185)	NÃO (N=121)		
Presença de gengivite[#]					
Não	108 (60,3)	57 (52,8)	51 (47,2)		1
Sim	71 (39,7)	46 (64,8)	25 (35,2)	0,14	1,33 (0,90-1,96)
Nível de inserção clínica 3 e 4 mm					
<30% dentes	90 (29,4)	57 (63,3)	33 (36,7)		1
≥ 30% dentes	216 (70,6)	128 (59,3)	88 (40,7)	0,51	0,94 (0,82-1,10)
Nível de inserção clínica ≥ 5 mm					
<30% dentes	164 (53,6)	94 (57,3)	70 (42,7)		1
≥ 30% dentes	142 (46,4)	91 (64,1)	51 (35,9)	0,23	1,17 (0,90-1,51)
Profundidade de sondagem ≥ 4 mm					
< 4 dentes	148 (48,4)	98 (62,0)	60 (38,0)		1
≥ 4 dentes	158 (51,6)	87 (58,8)	61 (41,2)	0,56	1,07 (0,85-1,34)
Ocorrência de periodontite: critério 1 (Gomes-Filho et al. 2005)					
Não	179 (58,5)	103 (57,5)	76 (42,5)		1
Sim	127 (41,5)	82 (64,6)	45 (35,4)	0,22	1,19(0,90-1,58)
Ocorrência de periodontite: critério 2 (Page e Eke 2007; Eke et al.2012)					
Não	46 (15,0)	22 (47,8)	24 (52,2)		1
Sim	260 (85,0)	163 (62,7)	97 (37,3)	0,06	1,10 (0,99-1,22)
Gravidade da periodontite (Page e Eke 2007; Eke et al.2012)					
Sem periodontite	46 (15,0)	22 (47,8)	24 (52,2)	0,18	1
Leve	05 (1,6)	03 (60,0)	02 (40,0)	0,61	1,56 (0,28-8,56)
Moderada	128 (41,8)	76 (59,4)	52 (40,6)	0,18	1,13 (0,94-1,37)
Grave	127 (41,6)	84 (66,1)	43 (33,9)	0,03	1,24 (1,01-1,51)
Presença de cárie					
Não	96 (31,4)	45 (46,9)	51 (53,1)		1
Sim	210 (68,6)	140 (66,7)	70 (33,3)	<0,01	1,31 (1,10-1,56)
Gravidade da cárie					
CPOD<20	201 (65,7)	121 (60,2)	80 (39,8)		1
CPOD ≥20	105 (34,3)	64 (61,0)	41 (39,0)	0,90	1,02 (0,74-1,40)

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança a 95%; p= valor de p: nível de significância ≤0,05.

[#]127 informações perdidas ou não se aplica.

Tabela 4 –Distribuição das medidas clínicas bucais, tendência central e dispersão, segundo a presença de impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n= 306).

MEDIDAS CLÍNICAS BUCAIS	IMPACTO NA QVRSB		P
	SIM (N=185) Média±DP	NÃO (N=121) Média±DP	
Número de dentes presentes	20,82±7,02	20,81±7,42	0,87
Número de dentes perdidos	8,64±6,78	8,69±7,17	0,87
Número de dentes cariados	3,11±3,32	1,93±2,81	0,00
Índice CPO-D	16,24±6,52	15,64±7,08	0,65
Índice de placa visível	46,60±28,67	37,22±33,05	<0,01
Sangramento à sondagem	37,16±22,29	32,82±25,51	0,03
Profundidade de sondagem (mm)	2,44±0,73	2,46±0,64	0,73
Nível de inserção clínica (mm)	3,06±1,19	3,17±1,31	0,72

p= valor de p: nível de significância $\leq 0,05$ (teste de Mann-Whitney).

Tabela 5 - Distribuição do escore global e das dimensões específicas do OHIP-14 de acordo com a ocorrência e gravidade da cárie. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n= 306).

DIMENSÕES	N (%)	OCORRÊNCIA DE CÁRIE		P	GRAVIDADE DA CÁRIE		p
		SIM (N=210)	NÃO (N=96)		CPOD \geq 20 (N=201)	CPOD < 20 (N=105)	
Limitação funcional	31(10,1)	22(71,0)	09(29,0)	0,77	16 (51,6)	15 (48,4)	0,03
Dor física	102(33,3)	75(73,5)	27(26,5)	0,19	35 (34,3)	67 (65,7)	1,00
Desconforto psicológico	117(38,2)	86(73,5)	31(26,5)	0,15	37 (31,6)	80 (68,4)	0,44
Incapacidade física	56(18,3)	46(82,1)	10(17,9)	0,02	20 (35,7)	36 (64,3)	0,81
Incapacidade psicológica	84(27,5)	66(78,6)	18(21,4)	0,02	30 (35,7)	54 (64,3)	0,75
Incapacidade social	19(6,2)	17(89,5)	02(10,5)	0,04	7 (36,8)	12 (63,2)	0,81
Desvantagem social	40(13,1)	30(75,0)	10(25,0)	0,35	12 (30,0)	28 (70,0)	0,54
Extensão (Média \pm DP)	1,78 \pm 2,27	2,00 \pm 2,40	1,30 \pm 1,90	<0,01[#]	1,81 \pm 2,33	1,72 \pm 2,18	0,50 [#]
Gravidade (Média \pm DP)	11,09 \pm 9,50	12,22 \pm 9,99	8,63 \pm 8,11	<0,01[#]	10,44 \pm 8,89	11,39 \pm 9,74	0,93 [#]

p= valor de p: nível de significância \leq 0,05; [#]teste de Mann-Whitney U, nível de significância \leq 0,05.

Tabela 6 - Distribuição do escore global e das dimensões específicas do OHIP-14 de acordo com a presença e gravidade da periodontite. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n= 306).

DIMENSÕES	N (%)	OCORRÊNCIA		GRAVIDADE							
		PERIODONTI- TE CR01 (N=127)	P	PERIODONTI- TE CR02 (N=260)	p	LEVE (N=05)	p	MODERADA (N=128)	p	GRAVE (N=127)	P
Limitação funcional	31 (10,1)	13 (41,9)	0,55	30 (96,8)	0,06*	1 (50,0)	0,19*	15 (93,8)	0,07*	14 (93,3)	0,07*
Dor física	102 (33,3)	45 (44,1)	0,51	91 (89,2)	0,19	3 (21,4)	0,12*	38 (77,6)	0,46	50 (82,0)	0,06
Desconforto psicológico	117 (38,2)	56 (47,9)	0,09	103 (88,0)	0,24	2 (12,5)	0,64*	43 (75,4)	0,7	58 (80,6)	0,07
Incapacidade física	56 (18,3)	25 (44,6)	0,60	51 (91,1)	0,21*	1 (16,7)	0,48*	24 (82,8)	0,26*	26 (83,9)	0,18*
Incapacidade psicológica	84 (27,5)	38 (45,2)	0,42	77 (91,7)	0,04	1 (12,5)	1,00*	36 (83,7)	0,08	40 (85,1)	0,03
Incapacidade	19 (6,2)	07 (36,8)	0,67	15 (78,9)	0,45*	0 (0,0)	1,00*	9 (69,2)	0,75*	6 (60,0)	0,46*

social											
Desvantagem social	40 (13,1)	21 (52,5)	0,13	38 (95,0)	0,06*	1 (33,3)	0,27*	14 (87,5)	0,24*	23 (92,0)	0,03*
Extensão (M±DP)											
Extensão (M±DP)	1,78±2,27	1,94±2,40	0,29 [#]	1,87±2,29	0,29 [#]	2,40±1,69	0,57 [#]	1,72±2,25	0,11 [#]	2,00±2,26	0,02[#]
Gravidade (M±DP)											
Gravidade (M±DP)	11,09±9,50	12,18±10,07	0,12 [#]	11,55±9,48	0,12 [#]	11,80±15,27	0,89 [#]	11,20±9,39	0,02[#]	11,91±9,38	0,01[#]

CR01 – Critério 01 de ocorrência de periodontite – Gomes-Filho et al. 2007; CR02 – Critério 02 de ocorrência de periodontite – Page; Eke, 2007; Eke et al., 2012;

*P = valor de p: nível de significância $\leq 0,05$

* Teste exato de Fisher

[#]Mann-Whitney U teste, nível de significância $\leq 0,05$

Tabela 7 – Razão de prevalência (RP), bruta e ajustada, e intervalo de confiança a 95% (IC 95%) para associação entre periodontite e cárie dentária com o impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n=306).

MODELOS	RP bruta	IC 95%	P*	RP ajustada	IC 95%	P*
Modelo 1: Cárie dentária e Impacto QVRSB	1,31	1,10-1,56	<0,01	1,43	1,02-2,01	0,04
Modelo 2: Gravidade de Cárie dentária e Impacto QVRSB	1,02	0,74-1,40	0,9			
Modelo 3: Periodontite (CR 01) e Impacto QVRSB (Critério 1: Gomes-Filho et al. 2005)	1,19	0,90-1,58	0,22	1,17	0,87-1,58	0,3
Modelo 4: Periodontite (CR 02) e Impacto QVRSB (Critério 2: Page e Eke 2007; Eke et al.2012)	1,10	0,99-1,22	0,06	1,59	0,95-2,65	0,08
Modelo 5: Gravidade de periodontite e Impacto QVRSB (Critério 2: Page e Eke 2007; Eke et al.2012)						
Leve	1,56	0,28-8,56	0,61	1,34	0,39-4,60	0,64
Moderada	1,13	0,94-1,37	0,18	1,51	0,88-2,57	0,13
Grave	1,24	1,01-1,51	0,02	1,72	1,00-2,98	0,05

Modelo 1- ajustado para idade, sexo, nível de escolaridade, última consulta ao dentista

Modelo 2- ajustado para idade, sexo, nível de escolaridade, última consulta ao dentista

Modelo 3- ajustado para idade, sexo, raça, nível de escolaridade, hábito de fumar, última consulta ao dentista

Modelo 4- ajustado para idade, sexo, raça, nível de escolaridade, hábito de fumar, última consulta ao dentista

Modelo 5- ajustado para idade, sexo, raça, nível de escolaridade, hábito de fumar, última consulta ao dentista

6.2 Artigo 02

Impacto dos eventos de cárie e periodontite combinados na qualidade de vida.

The impact of caries in combination with periodontitis on quality of life

Título abreviado: Condição bucal e impacto na qualidade de vida

Autores:

Lília Paula de Souza Santos, Mestranda em Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, Brasil.

Johelle de Santana Passos-Soares, Doutorado em Saúde Pública, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, Brasil /Departamento de Odontologia Social e Pediátrica, Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia, Brasil.

Isaac Suzart Gomes-Filho, Pós-doutorado em Epidemiologia, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana - Bahia, Brasil.

Resumo

Objetivo: foi avaliar a associação entre a exposição combinada à cárie dentária e periodontite e o impacto da saúde bucal na qualidade de vida .

Métodos: Estudo transversal foi conduzido entre 306 indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde de Feira de Santana, Bahia, Brasil. Três grupos foram formados para comparação da exposição: indivíduos sem cárie e sem periodontite (n=60), com cárie ou com periodontite (n=155) e com cárie e periodontite combinadas (n=91). Informações referentes às características sociodemográficas, de condições de saúde, aspectos comportamentais e cuidados com saúde foram obtidas por meio de questionários estruturados. Exames clínicos bucais foram realizados para avaliar cárie dentária (dentes cariados, perdidos e restaurados), e condição periodontal incluindo sangramento gengival, índice de placa dentária visível, profundidade de sondagem e nível de inserção clínica. O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi determinado usando o Perfil do Impacto de Saúde Bucal (OHIP-14), versão brasileira. Razão de prevalência (RP) e intervalos de confiança a 95% (IC95%) foram estimados com emprego da análise de regressão de Poisson com variância robusta.

Resultados: Os indivíduos apresentaram idade média±desvio padrão(dp): 45,6anos±14,8 anos. Quanto ao OHIP-14, a média±dp e mediana dos escores de gravidade foram: 11,07±9,45 e 9, respectivamente, e a média±dp do escore de extensão: 1,78±2,27. A medida de associação final ajustada demonstrou que em indivíduos expostos ao mesmo tempo à cárie e periodontite (RP_{ajustada}= 1,63, IC95% [1,03 – 2,59]) a ocorrência do impacto na qualidade de vida foi 63% maior do que entre aqueles sem estas doenças.

Conclusões: Os resultados sugerem que a ocorrência combinada de cárie dentária e periodontite está associada com o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Palavras-chave: Qualidade de vida; periodontite; cárie dentária; saúde bucal.

Abstract

Objective: Was to evaluate the association between combined exposure to dental caries and periodontitis and the impact of oral health on quality of life.

Methods: Cross-sectional study was conducted among 306 individuals assisted in public health services in Feira de Santana, Bahia, Brazil. Three groups were formed to compare the exposure: individuals without caries and periodontitis (n = 60), with caries or periodontitis (n = 155) and with combined caries and periodontitis (n = 91). Information regarding sociodemographic, health conditions, behavioral aspects and health-care characteristics were obtained through structured questionnaires. Oral clinical examination were performed to evaluate dental caries (decayed, missing and restored), and periodontal status including gingival bleeding, visible plaque index, probing depth and clinical attachment level. The impact of oral health on quality of life was measured using the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile (OHIP-14).

Results: The individuals had a mean age \pm standard deviation (SD): 45.6 years \pm 14.8 years. As for the OHIP-14, mean \pm SD and median severity scores were 11.07 \pm 9.45 and 9, respectively, and the mean \pm SD extension score: 1.78 \pm 2.27. The final adjusted association measurement has shown that in individuals exposed simultaneously to caries and periodontitis (PR_{adjusted} : 1.63, 95% CI [1.03 to 2.59]) the occurrence of the impact on quality of life was greater than 63% than among those without these diseases.

Conclusions: The results suggest that the combined occurrence of dental caries and periodontitis is associated with the impact on quality of life related to oral health.

Keywords: Quality of life; periodontitis; dental caries; oral health.

Introdução

A cárie dentária e a doença periodontal apresentam taxas variadas de prevalência no Brasil e no mundo^{1,2}. No caso da cárie, em países em desenvolvimento como o Brasil, o seu declínio não tem sido tão explícito quanto nos países desenvolvidos da Europa Ocidental e Estados Unidos³. As médias de CPO-D variam entre 16,75 a 27,03 entre adultos e idosos, e o percentual de cárie não tratada na faixa etária entre 35 a 44 anos chega a 8,8%².

Quanto a doença periodontal, a variação está relacionada não somente às características populacionais, mais ainda a diversidade de critérios de diagnóstico existentes na literatura. Nos Estados Unidos 46% da população sofrem de algum grau de periodontite, sendo maior entre os idosos (70%)⁴. No Brasil, essa prevalência foi de 19,4% e 3,3% em adultos e idosos, respectivamente². Além da particularidade do critério adotado, a menor prevalência da doença na população brasileira, em especial nos idosos é justificada pela grande proporção de dentes perdidos e, conseqüentemente, de sextantes excluídos, o que de alguma forma evidencia a precariedade bucal da população brasileira com o avançar da idade e expressa um desafio atual para as autoridades sanitárias.

Tanto a manifestação da cárie quanto a doença periodontal podem desencadear perdas dentárias e impactos relacionados à dor, limitações e incapacidades em dimensões variadas, bem como implicar na alta demanda por serviços de saúde⁵. Crescente número de estudos têm avaliado essas possíveis limitações e incapacidades geradas e revelado a repercussão negativa destas doenças bucais na qualidade de vida do indivíduo⁶⁻¹⁰, ou seja, no seu estado psicológico, nos relacionamentos sociais, nas crenças pessoais, no contexto socioambiental e nível de independência.

Essa percepção do indivíduo sobre a sua posição no contexto sociocultural e histórico vivido tem sido avaliada por instrumentos que podem complementar a avaliação objetiva e clínica, a exemplo do Perfil de impacto da saúde bucal (OHIP-14). O OHIP-14 permite avaliar dimensões relacionadas à limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidades física, psicológica e social e desvantagem social¹¹. Seu emprego pode auxiliar no esclarecimento de necessidades em saúde bucal, uma vez que o modo que cada indivíduo vive e se relaciona com a sua doença cárie ou periodontal é pessoal e determinado por fatores biopsicossociais. Sabe-se que quanto maior o nível de iniquidade social, piores as condições de saúde bucal^{12,13}.

Estudos que têm avaliado o grau de interferência da precária condição bucal no impacto da qualidade de vida mostram que não somente a presença, mas também a gravidade da cárie ou doença periodontal tem sido associada aos piores níveis de qualidade de vida. Quanto maior a experiência de cárie ou nível de gravidade da periodontite, maior o impacto no cotidiano das pessoas^{9,14,15}. Entretanto, essas pesquisas têm sido tradicionalmente conduzidas na análise de cada evento isolado por vez, como fator de exposição. Supondo que indivíduos tendo dentes com lesão de cárie e periodontite coexistentes podem apresentar autopercepção bucal amplificada e assim, reportar os piores escores de qualidade de vida, é válido estudar o efeito desses eventos combinados e de modo isolado na qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a associação da presença de cárie dentária combinada a periodontite com o impacto da condição bucal na qualidade de vida.

Materiais e Métodos

Desenho do estudo e participantes

Um estudo transversal foi conduzido em indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde, em Feira de Santana-Bahia, Brasil, no período de Dezembro de 2015 a Fevereiro de 2016. A amostra de 306 indivíduos obtida foi dividida em três grupos para comparação da proporção do desfecho (impacto da condição bucal na qualidade de vida) segundo a exposição: indivíduos sem cárie e sem periodontite (n=60), com cárie ou com periodontite (n=155) e com cárie e periodontite combinadas (n=91).

Critérios de inclusão e exclusão

Todos os participantes desse estudo forneceram consentimento livre esclarecido para inclusão neste estudo. Indivíduos abaixo dos 18 anos de idade, gestantes, e que realizaram tratamento periodontal nos últimos três meses anteriores à pesquisa foram excluídos. Esta pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, Brasil (CAAE: 47927115.8.0000.0053).

Tamanho da amostra

Considerando 5% de erro, poder do estudo de 80%, médias (desvio padrão) do escore do OHIP-14 de 12,55 (\pm 7,35) em indivíduos expostos (periodontite moderada) e 9,53 (\pm 7,12) em indivíduos não expostos (sem periodontite)¹⁴, o tamanho da amostra foi calculado e foi determinado um mínimo de 182 indivíduos (sendo 91 indivíduos para cada grupo).

Coleta de dados

Um questionário estruturado foi aplicado para obter dados socioeconômico e demográficos dos participantes, bem como informações relacionadas às condições de saúde, hábitos de vida, cuidados bucais e uso dos serviços de saúde.

O principal desfecho desse estudo foi medido pelo instrumento OHIP-14, versão brasileira validada contendo 14 itens¹⁶, agregados em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social¹⁷. Cada dimensão é composta por duas questões sendo estas classificadas em uma escala de Likert de 5 níveis¹⁸: 4 (sempre), 3(constantemente), 2 (as vezes), 1 (raramente) e 0 (nunca). Os escores finais variam de 0 a 56 pontos, com escores maiores representando maior impacto na qualidade de vida. Esse instrumento foi reaplicado em 10% dos indivíduos entrevistados dentro do intervalo de tempo de 01 semana, para avaliar a sua confiabilidade, obtendo-se coeficiente geral alto ($\alpha=0,84$).

Após entrevista, a avaliação da condição bucal foi realizada sob luz natural, por cirurgião-dentista previamente treinado com uso de espelho bucal e sonda periodontal milimetrada tipo Williams (Hu-Friedy, Chicago, IL, USA). No exame clínico, todos os dentes presentes em boca foram examinados e registrados em fichas específicas os seguintes dados: número de dentes cariados, perdidos e restaurados, medidas de profundidade de sondagem de sulco/bolsa, recessão/hiperplasia¹⁹, nível de inserção clínica, índice de placa dentária e sangramento gengival²⁰. As medidas periodontais foram feitas em todos os seis sítios dos dentes examinados, exceto terceiros molares.

A avaliação de reprodutibilidade nos exames clínicos foi realizada e os coeficientes de correlação intraclasse alcançados para recessão/hiperplasia e profundidade de sondagem foram, respectivamente, 0,71 (IC95%: 0,25-0,91, $p=0,004$) e 0,91 (IC95%: 0,73-0,97; $p<0,001$), indicando grau de concordância variável entre satisfatório e excelente. O teste Kappa indicou valor de 0,84 para avaliação de cárie, sugerindo uma concordância dentro do grau excelente.

Diagnóstico da exposição – cárie dentária e periodontite

A determinação de cárie dentária no estudo foi feita com uso do Índice CPO-D (Dentes Perdidos Cariados e Obturados), preconizado pela Organização Mundial de Saúde²². O participante foi classificado com cárie quando tinha pelo menos um dente com lesão de cárie.

Quanto à avaliação da presença de periodontite, o participante foi considerado positivo para a doença quando apresentasse pelo menos quatro dentes, com um ou mais sítios com profundidade de sondagem maior que 4 mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 3 mm no mesmo sítio e presença de sangramento à sondagem^{23,24}.

Determinação do desfecho – Impacto da condição bucal na qualidade de vida

O impacto da condição bucal na qualidade de vida foi avaliado pelo OHIP-14. Para fins de análise, os padrões de respostas para os 7 domínios do questionário supracitado foram dicotomizados em: com impacto (constantemente/sempre) e sem impacto (nunca/raramente/às vezes). A prevalência, extensão e gravidade do impacto foram estabelecidas de acordo com o sistema proposto por Slade et al.²⁵.

A prevalência foi obtida pela porcentagem de indivíduos que responderam um ou mais itens com "constantemente" ou "sempre". Quanto à extensão do impacto referido, foi feito a soma do número de itens com impacto, variando de 0 a 14, considerando as perguntas respondidas pelas opções "constantemente" ou "sempre". A gravidade correspondeu a soma de todos os escores, variando de 0 a 56.

Análise dos dados

Após a coleta de dados, uma análise descritiva foi realizada com as variáveis de exposição (cárie dentária e periodontite), a variável de desfecho (impacto da condição bucal na qualidade de vida) e todas as covariáveis avaliadas, consideradas de interesse para o estudo. Medidas de frequência simples e de tendência central foram obtidas. Análise bivariada foi realizada usando o teste Qui-Quadrado ou Fisher para variáveis categóricas e teste t de Student para variáveis contínuas, com nível de significância de 5%, para comparar as proporções e médias das covariáveis analisadas, respectivamente, entre os grupos expostos e não expostos. Os pontos de corte utilizados para categorizar

as covariáveis foram estabelecidos de acordo a sua distribuição na amostra ou com estudos prévios sobre o tema.

No intuito de detectar potenciais modificadores de efeito e confundidores entre as covariáveis investigadas, foi empregada análise estratificada. Posteriormente, esta identificação foi confirmada pela análise de Regressão de Poisson com variância robusta. A presença de modificadores de efeito foi investigada usando o teste da razão de máxima verossimilhança ($p < 0,05$), pela comparação dos modelos com e sem os termos-produto. Para aquelas covariáveis em que a presença de modificação de efeito não foi identificada, o papel das covariáveis confundidoras foi avaliado pela estratégia backward, quando a covariável produziu uma diferença relativa de 10% na medida de associação em referência ao modelo saturado.

As medidas de associação entre os dois grupos de exposição (Exposto 1- cárie ou periodontite; Exposto 2 – cárie combinada com periodontite) e impacto na qualidade de vida foram obtidas pela *Razão de prevalência* (RP) e seus respectivos intervalos de confiança a 95%, tanto bruta quanto ajustada. Em situações nas quais os confundidores não identificados pela análise estatística, determinadas covariáveis foram mantidas no modelo final ajustado devido ao conhecimento do papel delas tanto na variável de exposição principal quanto na variável de desfecho.

O teste de Hosmer-Lemeshow foi utilizado para verificar a bondade dos ajustes dos modelos de regressão logística obtidos. A análise dos dados foi realizada com o uso do programa estatístico SPSS, versão 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA) e o STATA Software v.12.0.

Resultados

Um total de 306 participantes foram envolvidos no estudo, sendo formados três grupos para comparação: grupo de exposto 01 - 155 indivíduos com cárie ou periodontite (50,7%), o grupo de exposto 02 - 91 indivíduos com cárie e periodontite combinadas (29,7%), e o de não expostos a essas doenças citadas - 60 indivíduos (19,6%). Neste estudo 225 (73,5%) foram mulheres e 81 (26,5%) homens, com uma média de idade \pm desvio padrão de 45 anos \pm 14,8 anos, sendo a mínima de 18 anos e máxima de 80 anos.

A caracterização da amostra do estudo está apresentada nas tabelas 1 a 3. Pode-se observar, que em geral, os grupos de expostos e não expostos são homogêneos para a

grande maioria das características demográficas e socioeconômicas (Tabela 1) e relacionadas a condições de saúde geral/bucal e estilo de vida (Tabela 2). As proporções de cor da pele (62,5%) e hábito de fumar (77,3%) no grupo exposto 02, e número de filhos (83,3%) no grupo exposto 01 foram maiores do que no grupo não exposto, e as medidas de associações foram estatisticamente significantes (RP =1,11; IC95%=1,01-1,25); (RP =2,24; IC95%: 2,00-4,19); e (RP=2,02; IC95%: 1,06-3,87), respectivamente.

Quanto à distribuição das variáveis clínicas bucais (Tabela 3) observou-se diferença estatisticamente significativa tanto no grupo exposto 01 quanto no grupo exposto 02 nas seguintes covariáveis: componente cariado ($p<0,01$), componente restaurado ($p=0,02 / p<0,01$), profundidade de sondagem ($p=0,04 / p<0,01$), sangramento à sondagem ($p<0,01$), índice de placa visível ($p<0,01$) e percentual de dentes com nível de inserção clínica ≥ 5 mm ($p=0,02 / p<0,01$). Com exceção do componente restaurado, esses descritores clínicos foram maiores no grupo exposto 02.

No grupo exposto 02 houve ainda diferença estatisticamente significativa para as variáveis nível de inserção clínica ($p<0,01$), percentual de dentes com nível de inserção clínica 1 ou 2 mm ($p<0,01$) e percentual de dentes com nível de inserção clínica 3 ou 4 mm ($p<0,01$).

Quanto aos escores e as dimensões do OHIP-14 (tabela 4), destaca-se que o grupo de indivíduos com cárie ou periodontite (expostos 01) apresentou diferença estatisticamente significativa para a dimensão incapacidade psicológica ($p=0,03$) e para o escore de gravidade ($p=0,03$). Já o grupo de indivíduos com cárie e periodontite combinadas (expostos 02) apresentou significância estatística para as dimensões desconforto psicológico ($p=0,03$) e incapacidade psicológica ($p=0,02$) e para os escores de extensão ($p=0,03$) e gravidade ($p<0,01$), apresentando também a maior média destes escores, $2,16 \pm 0,27$ e $13,15 \pm 1,11$, respectivamente.

As medidas de associação, bruta e ajustada, estão apresentadas na tabela 5. De acordo com a medida bruta para a associação entre cárie ou periodontite com o impacto na qualidade de vida (RP_{bruta} = 1,35, IC95%: [0,88-2,07], $p=0,17$) não houve associação entre os eventos estudados. Entretanto, a associação bruta entre cárie e periodontite combinadas com o impacto na qualidade de vida (RP_{bruta} = 1,56, IC95%: [1,00-2,45], $p=0,05$) foi estatisticamente significativa.

Embora não tenham sido identificadas variáveis modificadoras de efeito e nem confundidoras, diante da relevância epidemiológica das variáveis idade, sexo, nível de escolaridade e hábito de fumar nas associações em estudo, esses fatores foram mantidos

em ambos os modelos obtidos para ajuste. Após o ajuste, apenas o grupo exposto 02 manteve a significância estatística ($RP_{ajustada} = 1,63$, IC95% [1,03 – 2,59], $p=0,04$). Apesar do grupo exposto 01 não ter apresentado associação estatisticamente significativa ($RP_{ajustada} = 1,34$, IC95% [0,87 – 2,05], $p=0,19$), pode se observar um aumento da magnitude da associação à medida que os eventos cárie e periodontite se sobrepõem.

O teste estatístico de Hosmer-Lemeshow ao ser empregado indicou a ausência de diferença significativa na distribuição de valores dependentes efetivos e previstos, sugerindo bom ajustamento dos modelos de regressão finais obtidos. O valor de p variou de 0,74 a 0,87.

Discussão

De acordo com os principais achados deste estudo a ocorrência conjunta de cárie dentária e periodontite está associada com o aumento do impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, mesmo após ajuste para os fatores de confusão considerados na modelagem. Os estudos encontrados na literatura geralmente têm analisado uma das condições bucais isoladamente^{9,14,15}, sendo a presente investigação a primeira a avaliar o efeito coexistente da cárie e periodontite na qualidade de vida relacionada à saúde bucal e dispor de controles sem a presença concorrente de ambas as doenças.

Sabe-se que a cárie é uma doença infecciosa que compromete as estruturais dentais e a periodontite é uma inflamação dos tecidos de proteção e sustentação do dente, que quando não tratadas oportunamente, podem levar a perda dentária. Esses agravos bucais e suas consequências relacionadas à capacidade mastigatória, ao estabelecimento de relações sociais e à autoestima, compreendem um grupo de doenças que têm prioridades no contexto da saúde pública frente a sua prevalência e impacto no desempenho diário das atividades. Ressalta-se ainda que a cárie e a doença periodontal são enfermidades que geralmente acometem os indivíduos em idades jovens e que avançam progressivamente quando da ausência de cuidados odontológicos adequados e medidas de controle efetivas. O efeito cumulativo desses agravos ao longo da vida e a associação com algumas condições sistêmicas, como doenças cardiovasculares, asma, e diabetes²⁶⁻²⁹, complexifica ainda mais esse panorama da saúde pública, contribuindo para aumento da carga global das doenças bucais e redução dos anos de vida saudáveis.

A hipótese de que a coexistência de doenças bucais pode potencializar a percepção negativa do impacto na qualidade de vida é confirmada nesse estudo. A

coexistência de doenças bucais tende a expressar um agravamento da precariedade das condições bucais e acredita-se que isso tem como fator contribuinte o fato de que geralmente indivíduos com comorbidades compreendem grupos de maior vulnerabilidade e apresentam determinantes socioeconômicos e hábitos de vida em comum. Isso pode ser observado nos resultados da análise bivariada deste trabalho ao destacar as variáveis cor da pele, hábito de fumar e número de filho que se apresentaram associadas à exposição de cárie e/ou periodontite.

Sabe-se que etnia/cor da pele do tipo preta/parda está relacionada a precárias condições de vida e a dificuldades no acesso a assistência à saúde^{30,31}. Quanto ao hábito de fumar este tanto pode influenciar o risco de cárie através de mudanças na capacidade tampão salivar³² quanto comprometer os tecidos periodontais³³. A variável número de filho, embora tenha sido pouco explorada nas associações com a saúde bucal, apresenta proximidade contextual com o status socioeconômico familiar³¹.

No presente estudo, indivíduos que apresentavam apenas uma das condições bucais (cárie ou periodontite) apresentaram percepção do impacto 35% maior do que aqueles que não tinham nenhum desses problemas bucais. Porém, essa associação não foi estatisticamente significativa, contrariando estudos que avaliaram o impacto destas condições bucais na qualidade de vida de forma separada. Nesses estudos, indivíduos com periodontite em sua forma grave têm relatado maior impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal^{9,14}. Igualmente ocorre em relação à cárie dentária, demonstrando que a mesma está associada ao impacto negativo na qualidade de vida e que quanto maior sua gravidade maior é a percepção do impacto^{34,35}. Ressalta-se que nesses estudos, com exceção de Al Habashneh et al.¹⁴ que excluíram os indivíduos com lesões de cárie da sua amostra ao avaliar o impacto da doença periodontal, a seleção dos grupos com a doença bucal em análise (cárie ou periodontite) não assegurou o controle para efeito concomitante de outro problema bucal que pudesse interferir na percepção do impacto. No presente estudo, além desse cuidado observado para as comparações entre os grupos, o grupo não exposto compreendeu apenas indivíduos que eram livres de cárie e periodontite.

Quando analisadas em maior detalhe as medidas clínicas bucais obtidas, observou-se diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos expostos e não exposto, sendo que as piores condições bucais foram identificadas no grupo de indivíduos com cárie e periodontite combinadas.

Ao analisar a percepção do impacto dessas condições clínicas bucais nas variadas dimensões do OHIP-14, verifica-se maior impacto nas dimensões desconforto psicológico e incapacidade psicológica. As maiores médias de extensão e gravidade do OHIP-14 foram observadas justamente no grupo com as piores condições bucais (indivíduos com cárie e periodontite combinadas). No grupo com cárie ou periodontite, apenas os escores médios de gravidade do OHIP-14 foram estatisticamente significantes. Embora essas médias de gravidade não possam ser consideradas altas, esses achados mostram que nesse estudo o OHIP-14 pôde discriminar bem os indivíduos expostos a cárie e/ou periodontite quando comparados aos indivíduos sem os problemas bucais referidos. Pode-se apreender ainda sobre esses valores médios de gravidade do OHIP-14 que embora os indivíduos com cárie e periodontite combinadas percebam melhor o impacto desses problemas na qualidade de vida do que aqueles que tinham apenas cárie ou periodontite, muitos indivíduos com problemas bucais ainda consideram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal boa.

No que se refere ainda às diferenças significantes observadas nas dimensões de desconforto psicológico e incapacidade psicológica, resultados semelhantes têm sido encontrados em outros estudos^{9,10,14,34,36}. Assim sendo, estes resultados contribuem para o reconhecimento de que os problemas bucais têm como consequências, além das conhecidas limitações físicas e funcionais, repercussões psicológicas refletidas em atitudes como dificuldade para relaxar, constrangimento, estresse e preocupação com a situação bucal, podendo interferir no campo das relações sociais.

Alguns estudos demonstram que quanto maior a progressão da doença e seu comprometimento bucal, maior essa repercussão no domínio psicológico^{9,14,43}. No caso da periodontite, o grau de comprometimento dos dentes com a recessão gengival e migração dentária resultante da mobilidade dos dentes pode impactar na autoestima e prejudicar o convívio social, e em muitas situações direcionar o indivíduo a optar por extrações e reabilitação protética como forma de contornar o problema que incomoda.

Este estudo tem algumas limitações que precisam ser abordadas. É um estudo de delineamento transversal, não sendo possível estabelecer a precedência temporal das variáveis independentes sobre o desfecho estudado. Uma vez que a maioria das informações obtidas nos questionários foram auto referidas e em alguns momentos exigiram esforço de resgate da informação no tempo, este tipo de desenho está sujeito a viés de memória. Ressalta-se, entretanto, que o questionário sociodemográfico e de estilo de vida aplicado foi submetido à avaliação em teste piloto, com readaptação das

perguntas de modo a serem claras o suficiente ao entrevistado. O OHIP-14 teve sua estabilidade e consistência interna avaliada e apresentou um coeficiente alto ($\alpha=0,84$).

Quanto à seleção da amostra, os participantes do estudo compreenderam indivíduos que estavam sendo assistidos no momento pelo serviço público de saúde, não abrangendo aqueles que por alguma razão (barreiras de acessibilidade ou necessidades de saúde não percebidas) não puderam acessar o serviço de saúde. Sendo assim, esse estudo ao envolver uma amostra não aleatória dentro de uma população específica, pode ter sua validade externa comprometida para futuras comparações e, portanto, os resultados apresentados devem ser interpretados cuidadosamente, respeitando-se essas particularidades.

No desenvolvimento de um estudo, cuidados metodológicos merecem ser considerados para restringir ao máximo os possíveis vieses de seleção e informação. Além dos mencionados anteriormente, procurou-se empregar métodos diagnósticos das exposições cárie e periodontite amplamente conhecidos na literatura. Para a cárie foi empregado o critério da Organização Mundial da Saúde²², adotado também na maioria dos trabalhos que avaliaram essa associação entre condição bucal e qualidade de vida. A presença de cárie foi definida pela lesão de cárie não tratada e não pela experiência de cárie, com objetivo de evitar uma redução da sensibilidade do OHIP-14, uma vez que as médias dos dentes restaurados foram maiores na amostra, concentrando-se no grupo não exposto.

Quanto à doença periodontal, o critério para periodontite nesse estudo levou em consideração a sua robustez e alta especificidade²⁴, a fim de minimizar os falsos positivos que resultam em associações espúrias. Esse critério tem sido aplicado em outros estudos epidemiológicos sobre saúde bucal^{37,38}. Ressalta-se que foi adotado um protocolo de exame completo de todos os dentes, em todos os seis sítios, englobando ao mesmo tempo a profundidade de sondagem, sangramento gengival e nível de inserção clínica. Muitos trabalhos têm empregado critérios diagnósticos variados, com exames parciais dos dentes, selecionando apenas um desses descritores periodontais para detecção da doença^{8,10,39,40}. Desde que a doença periodontal é sitio específica e apresenta períodos intermitentes de destruição das estruturas periodontais, com surtos de atividade e de quiescência, o uso de critérios diagnósticos específicos que minimizem os erros de classificação é necessário para estimar associações mais próximas da realidade possível.

No que diz respeito ao desfecho, como mencionado anteriormente o OHIP-14 constitui um instrumento adequado para mensurar impacto da condição bucal na qualidade de vida. Entretanto, o ponto de corte para classificar o alto impacto tem variado na literatura. A grande maioria dos estudos faz uso apenas das médias dos escores, o que, entretanto não permite discriminar adequadamente as diferenças entre os grupos. Esse estudo buscou avaliar o impacto em sua prevalência, extensão e gravidade de modo a aumentar a validade dos achados, tendo escassos trabalhos assim conduzido^{7,25,35,41}.

Apesar da não observação de confundidores segundo as análises empregadas, as medidas de associação finais foram ajustadas para as variáveis idade, sexo, nível de escolaridade e hábito de fumar, considerando a relevância epidemiológica dessas variáveis nas relações com desfecho e exposições desse estudo. Sabe-se que na periodontite, por exemplo, a ocorrência é maior nas faixas etárias mais elevadas⁴², e indivíduos com baixa renda, baixo nível de escolaridade³¹ e com hábito de fumar⁴³ estão mais expostos aos problemas de saúde bucal. O mesmo ocorre com impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, estudos revelam que fatores como sexo, idade, renda familiar, nível de escolaridade e hábito de fumar estão associados a gravidade do impacto^{44,45}. Verifica-se que poucos trabalhos também têm buscado controlar variáveis que podem interferir nos resultados da associação principal a exemplo de^{7,14,43,46,47}.

Desse modo, os achados do presente estudo evidenciam que a coexistência de cárie dentária e periodontite está associada aos piores escores de qualidade de vida, com repercussões nos domínios de incapacidade psicológica e desconforto psicológico. A autopercepção da condição bucal deve ser considerada no acompanhamento clínico dos indivíduos de modo a contemplar aspectos que os métodos normativos de diagnóstico não conseguem captar e assim, promover uma abordagem mais integral na assistência à saúde.

Diante das limitações desse trabalho e da necessidade de avanços nessa temática, incentiva-se ainda a realização de estudos adicionais que avaliem numa perspectiva longitudinal tanto o efeito combinado quanto isolado dessas condições bucais.

Referências

1. Eke PI et al. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. *J Dent Res* 2012; 91(10): 914-920.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p.
3. Lagerweij MD, van Loveren C. Declining Caries Trends: Are We Satisfied? *Curr Oral Health Rep* 2015; 2(4): 212-217.
4. Eke PI et al. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. *J Periodontol* 2015; 86(5): 611-622.
5. Oliveira RS, Magalhães BG, Góes PSA, Rocha RACP, Gaspar GS. Use of dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. *Cad Saúde Colet* 2014; 22(1): 40-45.
6. Buset S, Walter C, Friedmann A, Weiger R, Borgnakke WS, Zitzmann NU. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. *J Clin Periodontol* 2016. [Epub ahead of print]
7. Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 305-316.
8. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(2): 136-144.
9. Meusel DRDZ, Ramacciato JC, Motta RHL, Brito Júnior RB, Flório FM. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. *J Oral Sci* 2015; 57: 87-94.
10. Sanadhya S, Aapaliya P, Jain S, Sharma N, Choudhary G, Dobarra N. Assessment and comparison of clinical dental status and its impact on oral health-related quality of life among rural and urban adults of Udaipur, India: A cross-sectional study. *J Basic Clin Pharm* 2015; 6(2): 50-58.
11. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25: 284-290.

12. Schwendicke F, Dörfer CE, Schlattmann P, Foster Page L, Thomson WM, Paris S. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2015; 94(1): 10-18.
13. Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JL, Peres MA. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad Saude Publica* 2011; 27 (Supl. 2): 141-153.
14. Al Habashneh RA, Khader YS, Salameh S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. *J Oral Sci* 2012; 54(1): 113-120.
15. Costa SM, Vasconcelos M, Abreu MHNG. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7): 1971-1980.
16. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile - short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4): 307-314.
17. Mendez M, Gomes SC. Oral health-related quality of life: periodontal perspectives. *Braz J Periodontol* 2013; 23(4): 38-44.
18. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch of Psychol* 1932; (140): 44-53.
19. Ramfjord S. Indices for prevalence and incidence of periodontal disease. *J Periodontol* 1958; 30(1): 51-59.
20. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975; 25: 229-235.
21. Fleiss J. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley & Sons, 1981.
22. Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J* 1982; 32(1): 74-77.
23. Gomes-Filho IS, Sarmiento VA, Rosing CK, Viana MIP, Trindade SC, Freitas COT et al. Critérios para o diagnóstico clínico da doença periodontal. *J Bras Clín Odontol Integrada* 2005; 9(49): 88-89.
24. Gomes-Filho IS, Cruz SS, Rezende EJ et al. Exposure measurement in the association between periodontal disease and prematurity/low birth weight. *J Clin Periodontol* 2007; 34(11): 957-963.

25. Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent Journal* 2005; 198(8): 489-493.
26. Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis*. 2015 Dez 24. [Epub ahead of print].
27. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. *Diabetologia* 2012; 55(1): 21-31.
28. Kalburgi V, Sravya L, Warad S, Vijayalaxmi K, Sejal P, Hazeil Dj. Role of systemic markers in periodontal diseases: a possible inflammatory burden and risk factor for cardiovascular diseases? *Ann Med Health Sci Res* 2014; 4(3): 388-392.
29. Gomes-Filho IS, Soledade-Marques KR, Seixas da Cruz S et al. Does periodontal infection have an effect on severe asthma in adults? *J Periodont* 2014; 85: e179-e187.
30. Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Coletiva* 2014; 19(2): 581-590.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
32. Hugoson A, Hellqvist L, Rolandsson M, Birkhed D. Dental caries in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983–2003). *Acta Odontol Scand* 2012; 70: 289-296.
33. Susin C, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss attributable to cigarette smoking in an urban Brazilian population. *J Clin Periodontol* 2004; 31: 951-958.
34. Silva EA, Tôrres LHN, Sousa MLR Tooth loss and impact on quality of life in adult users of two Basic Health Units. *Rev Odontol UNESP* 2012; 41(3): 177-184.
35. Carvalho JC, Mestrinho HD, Stevens S, van Wijk AJ. Do oral health conditions adversely impact young adults? *Caries Res* 2015; 49(3): 266-274.
36. Araújo AC, Gusmão ES, Batista JE, Cimões R. Impact of periodontal disease on quality of life. *Quintessence Int* 2010; 41(6): 111-116.
37. Esteves Lima RP, Miranda Cota LO, Costa FO. Association between periodontitis and gestational diabetes mellitus: a case-control study. *J Periodontol* 2013; 84(9): 1257-1265.

38. Passos JS, Vianna MI, Gomes-Filho IS et al. Osteoporosis/osteopenia as an independent factor associated with periodontitis in postmenopausal women: a case-control study. *Osteoporos Int* 2013; 24(4): 1275-1283.
39. Batista MJ, Perianes LB, Hilgert JB, Hugo FN, Sousa MdaL. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz Oral Res* 2014; 28(1): 1-6.
40. Rossel FL, Oliveira ALBM, Tagliaferro EPS, Silva SRC, Valsecki Júnior A. Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2013; 13(3): 287-293.
41. Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rabelo MAB. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cienc Saude Coletiva* 2011; 16(1Supl): 1007-1015.
42. Silva DD, Held RB, Torres SVS, Sousa MRL, Neri AL, Antunes JLF. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(6): 1145-1153.
43. Jansson H, Wahlin A, Johansson V et al. Impact of periodontal disease experience on oral health-related quality of life. *J Periodont* 2014; 85(3): 438-445.
44. Garbado MCL, Moysés ST, Moysés SJ, Olandoski M, Olinto MTA, Pattussi MP. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad Saude Publica* 2015; 31(1): 49-59.
45. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEBL, Marcopito LF. Impact of oral health on the physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cad Saude Publica* 2014; 30(6): 1-15.
46. Bandéca MC, Nadalin MR, Calixto LR, Saad JR, da Silva SR. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community. *Community Dent Health* 2011; 28(1): 64-68.
47. Bernabé E, Marcenes W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol* 2010; 37(11): 968-972.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis demográficas e socioeconômicas entre não expostos (sem cárie e periodontite) expostos 01 (com cárie ou periodontite) e expostos 02 (cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

Características	Não exposto (n=60)		Com cárie OU doença periodontal (n=155)			Com cárie E doença periodontal (n=91)		
	n (%)	n (%)	RP (IC 95%)	P	n (%)	RP (IC 95%)	P	
Sexo								
Feminino	48 (29,45)	115 (70,55)			62 (56,36)			
Masculino	12 (23,08)	40 (76,90)	1,39 (0,68-2,97)	0,37	29 (70,73)	1,86 (0,87 -4,15)	0,11	
Idade*								
18 a 45 anos	31 (28,70)	77 (71,30)			46 (59,74)			
46 a 80 anos	29 (27,10)	78 (72,90)	1,04 (0,77-1,41)	0,79	45 (60,81)	1,02 (0,73-1,43)	0,89	
Cor da pele¹								
Branca	8 (40,00)	12 (60,00)			03 (27,27)			
Não-branca	51 (27,87)	132 (72,13)	1,06 (0,95-1,19)	0,26	85 (62,50)	1,11 (1,01-1,25)	0,02	
Situação de emprego²								
Remunerado	30 (34,09)	58 (65,91)			37 (55,22)			
Não remunerado	27 (24,11)	85 (75,89)	1,25 (0,92-1,70)	0,12	45 (62,50)	1,15 (0,83-1,62)	0,38	
Nível de escolaridade								
> 4 anos de estudo	45 (30,82)	101 (69,18)			60 (57,14)			
≤ 4 anos de estudo	15 (21,74)	54 (78,26)	1,39 (0,86-2,27)	0,17	31 (67,39)	1,36 (0,81-2,30)	0,24	

Situação conjugal³							
Com companheiro	32 (34,02)	62 (65,96)			39 (54,93)		
Sem companheiro	28 (23,93)	89 (76,07)	1,23 (0,93-1,71)	0,11	50 (64,10)	1,20 (0,86-1,67)	0,25
Renda familiar⁴ (salário mínimo)[¶]							
≥ 1 salário mínimo	49 (31,82)	105 (68,18)			70 (58,82)		
< 1 salário mínimo	11 (20,00)	44 (80,00)	1,61 (0,89-2,90)	0,1	18 (62,07)	1,11 (0,57-2,19)	0,75
Densidade domiciliar							
< 4 pessoas	35 (31,53)	76 (68,47)			46 (56,79)		
≥ 4 pessoas	25 (24,04)	79 (75,96)	1,22 (0,87-1,71)	0,22	45 (64,29)	1,19 (0,82-1,71)	0,35
Número de filhos⁵							
≤ 3 filhos	50 (33,11)	101 (66,89)			71 (58,68)		
> 3 filhos	09 (16,67)	45 (83,33)	2,02 (1,06-3,87)	0,02	16 (64,00)	1,20 (0,58-2,54)	0,62

RP: Razão de prevalência; IC95%: Intervalo de confiança a 95%; P= valor de p: nível de significância ≤0,05;

¶Valor do salário mínimo na época da coleta: R\$788,00

¹15 informações perdidas ou não declaradas; ²24 informações perdidas; ³06 informações perdidas; ⁴09 informações perdidas; ⁵14 informações perdidas.

Tabela 2 – Distribuição das variáveis relacionadas às condições de saúde geral/bucal e estilo de vida entre não expostos (sem cárie e periodontite) expostos 01 (com cárie ou periodontite) e expostos 02 (cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

Características	Não exposto (n=60)	Com cárie OU doença periodontal (n=155)			Com cárie E doença periodontal (n=91)		
	n (%)	n (%)	RP (CI95%)	P	n (%)	RP (CI95%)	P
Hipertensão							
Não	30 (25,86)	86 (74,14)			42 (58,83)		
Sim	30 (30,30)	69 (69,70)	0,89 (0,65-1,21)	0,46	49 (62,03)	1,08 (0,78-1,48)	0,64
Diabetes							
Não	44 (27,50)	116 (72,50)			61 (58,10)		
Sim	16 (29,09)	39 (70,91)	0,94 (0,57-1,56)	0,82	30 (65,22)	1,24 (0,74-2,06)	0,41
Doença cardiovascular¹							
Não	56 (27,45)	148 (72,55)			88 (61,11)		
Sim	04 (36,36)	07 (63,64)	0,68 (0,21-2,23)	0,52	02 (33,33)	0,33 (0,06-1,76)	0,17
Hábito de fumar							
Não	50 (28,90)	123 (71,10)			57 (53,27)		
Sim	10 (23,81)	32 (76,19)	1,24 (0,65-2,36)	0,51	34 (77,27)	2,24 (2,0-4,19)	<0,01
Consumo de bebida alcoólica							
Não	48 (29,63)	114 (70,37)			65 (57,52)		
Sim	12 (22,64)	41 (77,36)	1,32(0,74-2,39)	0,33	26 (68,42)	1,43 (0,78-2,61)	0,24
Tempo de consulta ao dentista²							

≤1 ano	39 (28,06)	100 (71,94)			59 (60,20)		
> 1 ano	20 (27,03)	54 (72,97)	1,03 (0,68-1,57)	0,87	32 (61,54)	1,04 (0,66-1,63)	0,87
Tempo de consulta ao médico²							
≤1 ano	51 (27,87)	132 (72,13)			82 (61,65)		
> 1 ano	08 (26,67)	22 (73,33)	1,05 (0,50-2,23)	0,89	09 (52,94)	0,73 (0,30-1,78)	0,49
Motivo de consulta ao dentista³							
Prevenção	14 (31,82)	30 (68,18)			25 (64,10)		
Tratamento	44 (26,51)	122 (73,49)	1,06 (0,90-1,25)	0,48	63 (58,88)	0,94 (0,78-1,15)	0,57
Tratamento de gengiva⁴							
Não	41 (27,33)	109 (72,67)			63 (60,58)		
Sim	18 (32,73)	37 (67,27)	0,83 (0,52-1,33)	0,45	27 (60,00)	0,98 (0,60-1,62)	0,95
Frequência de escovação³							
2 ou mais vezes ao dia	06 (33,33)	12 (66,67)			06 (50,0)		
1 vez ao dia	52 (27,08)	140 (72,92)	1,03 (0,93-1,13)	0,57	82 (61,19)	1,04 (0,93-1,15)	0,45
Uso do fio dental							
Sim	36 (32,43)	75 (67,57)			48 (57,14)		
Não	24 (23,08)	80 (76,92)	1,29 (0,91-1,82)	0,13	43 (64,18)	1,18 (0,81-1,72)	0,38

RP: Razão de prevalência; IC 95%: Intervalo de confiança a 95%; P = valor de p: nível de significância ≤0,05;

¹01 informação perdida; ²02 informações perdidas; ³08 informações perdidas; ⁴11 informações perdidas.

Tabela 3 – Distribuição de variáveis clínicas bucais entre os não expostos (sem cárie e periodontite), expostos 01 (com cárie ou periodontite) e expostos 02 (cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

Descritores clínicos bucais	Não exposto (n=60)	Exposto 01 (n=155)	P	Exposto 02 (n=91)	P
Dentes presentes					
<i>Média (±dp)</i>	20,70 ±8,57	20,21 ±7,28	0,67	21,91 ±5,76	0,34
<i>Mediana</i>	24,00	21,00		22,00	
<i>Mínimo-Máximo</i>	4 a 32	4 a 32		7 a 32	
CPOD					
<i>Média (±dp)</i>	15,27±7,08	17,11 ±6,66	0,07	14,60 ±6,39	0,55
<i>Mediana</i>	16,00	18,00		14,00	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00-28,00	0,00-30,00		3,00-28,00	
Componente cariado					
<i>Média (±dp)</i>	0,00	2,93 ±3,24	<0,01*	3,89 ±3,14	<0,01*
<i>Mediana</i>	0,00	2,00		3,00	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00	0,00-16,00		1,00-19,00	
Componente restaurado					
<i>Média (±dp)</i>	6,42±4,91	4,77 ±4,51	0,02*	3,45 ±3,79	<0,01*
<i>Mediana</i>	6,50	4,00		2,00	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00-18,00	0,00-18,00		0,00-20,00	
Componente extraído					
<i>Média (±dp)</i>	8,85±8,18	9,41 ±7,15	0,62	7,26 ±5,29	0,19
<i>Mediana</i>	6,00	8,00		6	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00-28,00	0-27,00		0,00-21,00	
Profundidade de sondagem					
<i>Média (±dp)</i>	2,09±0,49	2,29 ±0,66	0,04*	2,94±0,61	<0,01*
<i>Mediana</i>	2,02	2,24		2,87	
<i>Mínimo-Máximo</i>	1,08-3,69	1,07-4,38		1,54-5,40	
Sangramento à sondagem					
<i>Média (±dp)</i>	18,52±15,47	31,62 ±21,45	<0,01*	53,09 ±20,57	<0,01*
<i>Mediana</i>	14,70	27,78		54,8	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00-70,00	0,00-100,00		11,33-100,00	
Nível de inserção clínica					
<i>Média (±dp)</i>	2,66±0,99	2,95 ±1,29	0,07	3,64 ±1,12	<0,01*
<i>Mediana</i>	2,40	2,54		3,35	
<i>Mínimo-Máximo</i>	1,23-6,15	1,18-8,10		2,00-7,83	
Índice de placa visível					
<i>Média (±dp)</i>	24,67±25,00	42,02 ±30,10	<0,01*	56,38 ±29,01	<0,01*
<i>Mediana</i>	17,07	38,46		60,00	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00-100,00	0,00-100,00		0,00-100,00	

Percentual de dentes com nível de inserção clínica =1 ou 2 mm					
<i>Média (±dp)</i>	23,20±22,40	18,71±23,27	0,20	5,46 ±8,82	<0,01*
<i>Mediana</i>	20,42	7,69		0	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00-92,86	0,00-100,00		0,00-40,00	
Percentual de dentes com nível de inserção clínica =3 ou 4 mm					
<i>Média (±dp)</i>	53,63±23,55	46,53 ±26,12	0,07	39,89 ±23,35	<0,01*
<i>Mediana</i>	56,94	45,45		40,9	
<i>Mínimo-Máximo</i>	3,57-100,00	0,00-96,43		0,00-100,00	
Percentual de dentes com nível de inserção clínica ≥ 5 mm					
<i>Média (±dp)</i>	19,20±25,94	29,49 ±32,10	0,02*	48,96 ±26,58	<0,01*
<i>Mediana</i>	8,33	17,24		42,86	
<i>Mínimo-Máximo</i>	0,00-87,50	0,00-100,00		0,00-100,00	

P= valor de p: nível de significância ≤0,05;

Tabela 4 - Distribuição do escore global e das dimensões específicas do OHIP-14 entre os não expostos (sem cárie e periodontite), expostos 01 (com cárie ou periodontite) e expostos 02 (cárie e periodontite combinadas). Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

OHIP-14	Não exposto (n=60)	Com cárie OU doença periodontal (n=155)		Com cárie E doença periodontal (n=91)	
	n (%)	n (%)	P	n (%)	P
Limitação funcional					
Não	53 (27,18)	142 (72,82)		80 (60,15)	
Sim	07 (35,00)	13 (65,00)	0,46	11 (61,11)	0,94
Dor física					
Não	45 (43,69)	101 (69,18)		58 (56,31)	
Sim	15 (31,25)	54 (78,26)	0,17	33 (68,75)	0,15
Desconforto psicológico					
Não	42 (29,79)	99 (70,21)		48 (53,33)	
Sim	18 (24,32)	56 (75,68)	0,4	43 (70,49)	0,03
Incapacidade física					
Não	53 (29,28)	128 (70,72)		69 (56,56)	
Sim	7 (20,59)	27 (79,41)	0,3	22 (75,86)	0,06
Incapacidade psicológica					
Não	51 (45,13)	109 (68,13)		62 (54,87)	
Sim	9 (23,68)	46 (83,64)	0,03	29 (76,32)	0,02
Incapacidade social					
Não	58 (28,57)	145 (71,43)		84 (59,15)	
Sim	2 (16,67)	10 (83,33)	0,37	7 (77,78)	0,27
Desvantagem social					
Não	56 (42,42)	76 (57,58)		134 (70,53)	
Sim	4 (21,05)	15 (78,95)	0,08	21 (84,00)	0,16
Extensão					
Média ±dp	1,27 ±0,26	1,75 ±0,17	0,14 [#]	2,16 ±0,27	0,03[#]
Gravidade					
Média ±dp	7,97 ±1,03	11,04 ±0,72	0,03[#]	13,15±1,11	<0,01[#]

P= valor de p: nível de significância ≤0,05;

[#] Mann-Whitney U teste, nível de significância ≤0,05

Tabela 5 – Medidas de associação, razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança a 95% (IC95%), bruta e ajustada, entre cárie/periodontite e o impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Feira de Santana, Bahia, Brasil. (n = 306).

Modelos	RP	IC 95%	P
Exposto 01* x Impacto na qualidade de vida			
<i>Bruta</i>	1,35	0,88 - 2,07	0,17
<i>Ajustado***</i>	1,34	0,87 - 2,05	0,19
Exposto 02** x Impacto na qualidade de vida			
<i>Bruto</i>	1,56	1,00 - 2,45	0,05
<i>Ajustado***</i>	1,63	1,03 - 2,59	0,04

* P = valor de p: nível de significância $\leq 0,05$

*Exposto 01 - com cárie ou periodontite.

**Expostos 02- cárie e periodontite combinadas.

*** Ajustada para idade, sexo, nível de escolaridade e hábito de fumar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como observado em outras pesquisas realizadas anteriormente (COSTA; VASCONCELOS; ABREU, 2013; BATISTA et al., 2014; JANSSON et al., 2014; CARVALHO et al., 2015; MEUSEL et al., 2015; SANADHYA et al., 2015; GROVER et al., 2016), o presente estudo demonstrou uma associação entre condição bucal e percepção do seu impacto na qualidade de vida de indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde do município de Feira de Santana, onde indivíduos com pior condição bucal, que apresentavam cárie e/ou periodontite grave, percebiam maior impacto em sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Em sua maioria os participantes do estudo apresentaram condição clínica bucal precária, com alta prevalência de cárie dentária, de doença periodontal e número elevado de dentes perdidos. Isto pode ser explicado pela baixa cobertura de assistência a saúde bucal no município, além de problemas de gestão como o fato de que algumas unidades de saúde estavam em reforma e o serviço de odontologia não estava funcionando. Evidenciando a necessidade de ampliação da atenção em saúde bucal.

Como consequência da alta prevalência dos problemas bucais, a ocorrência do impacto produzido por eles na qualidade de vida também foi alta, sendo que estes resultados se revelaram maiores entre os indivíduos expostos a cárie dentária e a periodontite. O impacto foi percebido em todas as dimensões do instrumento OHIP-14 tendo maior ocorrência nas dimensões desconforto psicológico, dor física e incapacidade psicológica. Demonstrando que, para além dos danos físicos e funcionais, os problemas bucais apresentam consequências psicológicas e sociais que interferem nas relações sociais, causando constrangimento e modificando o dia a dia das pessoas.

Os achados dessa pesquisa realizada reforçam algumas evidências e, ao mesmo tempo, sinaliza desafios ainda necessários a serem superados nessa temática em estudos futuros. Um deles se refere ao tópico doença periodontal. A relação da gravidade da doença periodontal com a percepção do impacto na qualidade de vida carece de investigações adicionais, especialmente por estudos com métodos mais robustos, envolvendo critérios mais específicos para a doença e protocolo de exame bucal completo. A ausência de uma definição consensual da periodontite tem implicado em prejuízo na comparabilidade.

A obtenção de amostra adequada mínima suficiente também se faz necessária para detectar diferenças que não se devam ao acaso, bem como formação de grupos de exposição à

doença bucal que tenham suas condições clínicas verdadeiramente comprometidas. Embora a definição de cárie adotada neste estudo discrimine bem os grupos, a periodontite como mencionada anteriormente esbarra em critérios que podem incorrer na inclusão de falsos positivos e resultar em não associações estatisticamente significantes. Válido ressaltar ainda a importância de levar em consideração os potenciais fatores de confusão que podem interferir nos resultados das associações entre indicadores bucais e qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Quanto ao desfecho do estudo, embora o instrumento OHIP-14 tenha sido apontado como importante ferramenta para estabelecer a relação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal e bem estar, alguns aspectos podem ser aprimorados de modo a apreender melhor o impacto da doença periodontal. Alguns autores vêm pontuando a necessidade de direcionar questões mais específicas para avaliar a doença periodontal, agregando palavras como “gingiva” e problemas periodontais (BUSET et al., 2016; OLIVEIRA; NADANOVISK, 2005). Talvez a falta desta adaptação relacionada à doença periodontal tenha influenciado na não associação da doença com o impacto na qualidade de vida.

A coexistência de doenças como cárie e periodontite sugerem um efeito mais perceptível na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, do que quando isoladas.

Por fim, embora os resultados relatados neste estudo apontem para a associação entre condição bucal e qualidade de vida em adultos assistidos em serviços públicos de saúde, estudos prospectivos devem ser realizados na tentativa de melhor elucidar as lacunas ainda existentes, em especial no tocante a gravidade das doenças bucais.

Apesar das limitações do presente estudo, espera-se, entretanto, que esta pesquisa possa subsidiar a melhoria das políticas públicas de saúde bucal no município do estudo de modo a prevenir novas perdas dentárias e modificar o atual quadro da saúde bucal local, bem como direcionar futuros estudos na superação das limitações metodológicas ainda existentes.

REFERÊNCIAS

- AINAMO, J.; BAY, I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. **International Dental Journal**, v. 25, p. 229-235, 1975.
- AL-HARTHI, L.S. et al. The impact of periodontitis on oral health-related quality of life: a review of the evidence from observational studies. **Australian Dental Journal**, v. 58, p. 274-277, 2013.
- AL HABASHNEH, R.A.; KHADER, Y.S.; SALAMEH, S. Use of the Arabic version of Oral Health Impact Profile-14 to evaluate the impact of periodontal disease on oral health-related quality of life among Jordanian adults. **Journal of Oral Science**, v. 54, n. 1, p. 113-120, 2012.
- ALLEN, P.F. Assessment of oral health related quality of life. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1, n. 40, 2003.
- ANDERSSON, P. et al. Clinical correlates of Oral Impacts on Daily Performances. **Int J Dent Hygiene**, v. 8, p. 219-226, 2010.
- AQUILANTE, A.G.; ACIOLE, G.G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal – “Brasil Sorridente”: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 1, p. 239-248, 2015.
- ARAÚJO, A.C.S. et al. Impact of periodontal disease on quality of life. **Quintessence International**, v. 41, n. 6, p. 111-116, 2010.
- ARAUJO, M. E. Saúde bucal: entendendo de forma total. In: FELLER, C.; GORAB, R. (Org.). **Atualização na clínica odontológica: módulos de atualização**. v. 1, p. 489-508, 2000.
- BANDÉCA, M.C. et al. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community. **Community Dent Health**, v. 28, n. 1, p. 64-68, 2011.
- BARNABÉ, E.; MARCENES, W. Periodontal disease and quality of life in British adults. **J Clin Periodontol**, v. 37, p. 968-972, 2010.
- BARON, M. et al. The Canadian systemic sclerosis oral health study: orofacial manifestations and oral health-related quality of life in systemic sclerosis compared with the general population. **Rheumatology**, v. 53, p. 1386-1394, 2014.
- BASTOS, J.L. et al. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. **Cad Saude Publica**, v. 27, (Supl. 2), p.141-153, 2011.
- BATISTA, M.J. et al. The impacts of oral health on quality of life in working adults. **Brazil Oral Research**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-6, 2014.
- BEZERRA, P.C.L. et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2441-2451, 2011.

BIANCO, V.C. et al. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n.4, p. 2165-2172, 2010.

BLAIZOT, A. et al. Oral health-related quality of life among outpatients with rheumatoid arthritis. **International Dental Journal**, v. 63, p. 145-153, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Programa Saúde da Família, Brasília, 2000. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Técnico SB-Brasil 2010** – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 27 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília. **Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília; Brasil. Ministério da Saúde. Universidade de Brasília; 1986. 5 p.

BRATTHALL, D. Introducing the Significant Caries Index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-years-olds. **International Dental Journal**, v. 50, n. 6, p. 378-84, 2000.

BRAUCHLE, F.; NOACK, M.; REICH, E. Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life. **International Dental Journal**, v. 63, p. 306-311, 2013.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BUSET, S. et al. Are periodontal diseases really silent? A systematic review of their effect on quality of life. **J Clin Periodontol**, 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpe.12517/epdf>

CAMPOS, M.O.; RODRIGUES NETO, J.F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, 2008.

CARVALHO, J.C. et al. Do Oral Health Conditions Adversely Impact Young Adults? **Caries Res**, v. 49, p. 266-274, 2015.

CARVALHO, R. et al. Chronic periodontitis and serum levels of hepcidin and hemoglobin. **Oral Dis**, v. 22, n. 1, p. 75-76, 2016.

CASCAES, A.M.; PERES, K.G.; PERES, M.A. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. **J Clin Periodontol**, v. 36, n. 1, p. 25-33, 2009.

CASTRO, R.A.L.; PORTELA, M.C.; LEÃO, A.T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2275-2284, 2007.

CELESTE, R.K.; FRITZELL, J.; NADANOVSKY, P. The relationship between levels of income inequality and dental caries and periodontal diseases. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 6, p. 1111-1120, 2011.

CHIESA, A.M. et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 2, 2011.

COHEN-CARNEIRO, F.; SOUZA-SANTOS, R.; RABELO, M.A.B. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16 Supl. 1, p. 1007-1015, 2011.

CORNEJO, M. et al. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 18, n. 2, p. 285-292, 2013.

COSTA, S.M.; VASCONCELOS, M.; ABREU, M.H.N.G. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1971-1980, 2013.

CRUZ, S.S. et al. Contribution of periodontal disease in pregnant women as a risk factor for low birth weight. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, n. 6, p. 527-533, 2009.

DAHL, K.E.; WANG, N.J.; OHRN, 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**, v. 10, p. 15-21, 2012.

DALY, B. et al. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 38, n. 2, p. 136-144, 2010.

DURHAM, J. et al. Impact of periodontitis on oral health-related quality of life. **Journal of Dentistry**, v. 41, p. 370-376, 2013.

EKE, P.I. et al. Update on Prevalence of Periodontitis in Adults in the United States: NHANES 2009 to 2012. **J Periodontol**, v. 86, n. 5, p. 611-622, 2015.

EKE, P.I. et al. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. **J Dent Res**, v. 91, n. 10, p. 914-920, 2012.

EKE, P. et al. Update of the case definitions for population-based surveillance of periodontitis. **J Periodontol**, v. 83, n. 12, p. 1449-1459, 2012.

ELTAS, A.; USLU, M.O.; ELTAS, S.D. Association of oral health-related quality of life with periodontal status and treatment needs. **Oral Health Prev Dent**, 2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26870844>

FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global goals for oral health in the year 2000. **Int Dent J**, v. 32, n.1, p. 74-77, 1982.

FERREIRA, P.L.; SANTANA, P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 15-30, 2003.

FEU, D.; QUINTAO, C.C.A.; MIGUEL, J.A.M. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. **Dental Press Journal of Orthodontics**, v. 15, n. 6, 2010.

FIGUEIREDO, R.M.O.; WASSALL, T.; FLÓRIO, F.M. Frequência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **RGO**, v. 54, n. 1, p. 11-16, 2006.

FLEISS, J. **Statistical methods for rates and proportions**. New York: John Wiley & Sons, 1981. 800 p.

GARBADO, M.C.L.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, 2007.

GOMES, S.C. et al. A multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida. **Sociedade e Território**, 2008.

GOMES-FILHO, I.S. et al. Relationship Among Mothers' Glycemic Level, Periodontitis, and Birth Weight. **J Periodontology**, v. 87, n. 3, p. 238-247, 2016.

GOMES-FILHO, I.S. et al. Does periodontal infection have an effect on severe asthma in adults? **J Periodontology**, v. 85, p. 179-187, 2014.

GOMES-FILHO, I.S. et al. Exposure measurement in the association between periodontal disease and prematurity/low birth weight. **J Clin Periodontol**, v. 34, n. 11, p. 957-963, 2007.

GOMES-FILHO, I.S. et al. Critérios para o diagnóstico clínico da doença periodontal. **JBC** v. 9, n. 49, p. 88-89, 2005.

GROVER, V. et al. Comparative Assessment of Oral Health Related Quality of Life in Chronic Periodontitis Patients of Rural and Urban Populations in Punjab. **Oral Health Prev Dent**, 2016. Disponível em: <http://www.saudijos.org/article.asp?issn=1658-6816;year=2015;volume=2;issue=1;spage=19;epage=24;aulast=Grover>

HAIKAL, D.S. et al. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3317-3329, 2011.

HUGOSON, A.; ROLANDSSON, M.J. Periodontal disease in relation to smoking and the use of Swedish snus: epidemiological studies covering 20 years (1983-2003). **Clin Periodontol**, v. 38, p. 809-816, 2011.

IRANI, F.C.; WASSALL, R.R.; PRESHAW, P.M. Impact of periodontal status on oral health-related quality of life in patients with and without type 2 diabetes. **Journal of dentistry**, v. 43, p. 506-511, 2015.

ISMAIL, F.B. et al. Identification of subgingival periodontal pathogens and association with the severity of periodontitis in patients with chronic kidney diseases: a cross-sectional study. **BioMed Research International**, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4398940/>

JANSSON, H. et al. Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health-Related Quality of Life. **Journal Periodontology**, v. 85, n. 3, p. 438-445, 2014.

JIN, L.J. et al. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. **Oral Dis**, 2015. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.12428/abstract;jsessionid=B23C3FDFF0B0266A8E822342E4C61A77.f01t04>

JOHN, M.T. et al. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, p.125-132, 2004.

KALBURGI, V. et al. Role of systemic markers in periodontal diseases: a possible inflammatory burden and risk factor for cardiovascular diseases? **Ann Med Health Sci Res**, v. 4, n. 3, p. 388-392, 2014.

LAGERWEIJ, M.D.; VAN LOVEREN, C. Declining Caries Trends: Are We Satisfied? **Curr Oral Health Rep**, v. 2, n. 4, p. 212-217, 2015.

LANDEIRO, B. et al. Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados Scielo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 4257-4266, 2011.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Revista Associação Médica Brasileira**, v.49, n.4, p.349-366, 2003.

LAWRENCE, H.P. et al. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 36, p. 305-316, 2008.

LEMKUHL, I. et al. A efetividade das intervenções educativas em saúde bucal: revisão de literatura. **Cad Saude Colet**, v. 23, n. 3, p. 336-346, 2015.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Archives of Psychology**. n. 140, p. 44-53, 1932.

LINDHE, J. **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koongan, 2005.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G.D. (ed.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, p. 11-24, 1997.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v. 5, p. 3-18, 1988.

LOCKER, D.; GIBSON, B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 33, p. 280-288, 2005.

LOPEZ, N.; SMITH, P.; GUTIERREZ, J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. **J Periodontol**, v. 73, n. 8, p. 911-924, 2002.

LUICH, C.A. et al. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p. 740-751, 2013.

LUNARDELLI, A.N. et al. Doenças periodontais e doenças sistêmicas. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 441p.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro; HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2001, p. 39-64.

MATTIONE, F.C.; BUDÓ, M.L.D.; SCHIMITH, M.D. O exercício da integralidade em uma equipe da estratégia saúde da família: saberes e práticas. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 263-271, 2011.

MENDEZ, M. et al. Impacts of supragingival and subgingival periodontal treatments on oral health-related quality of life. **Int J Dent Hygiene**, 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/idh.12193/epdf>

MENDEZ, M.; GOMES, S.C. Oral health-related quality of life: periodontal perspectives. **Braz J Periodontol**, v. 23, n. 4, p. 38-44, 2013.

MEUSEL, D.R.D.Z. et al. Impact of the severity of chronic periodontal disease on quality of life. **Journal of Oral Science**, v. 57, n. 2, p. 87-94, 2015.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 25, n. 4, p. 568-574, 2010.

MONTERO, J. et al. Oral health-related quality of life of a consecutive sample of Spanish dental patients. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 16, n. 6, p. 810-815, 2011.

MOURA, C. et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 611-622, 2014.

NAGARAJAPPA, R. Relationship between oral clinical conditions and daily performances among young adults in India – A cross sectional study. **Journal of Epidemiology and Global Health**, v. 5, n. 4, p. 347-357, 2015.

NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. Saúde bucal: a autopercepção da mutilação e das incapacidades. In: LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. (Org.). **SABE - Saúde, Bem Estar e Envelhecimentos - o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 119-140, 2003.

NGOENWIWATKUL, Y.; CHATRCHAIWIWATANA, S.; CHAIPRAKARN. K. Dental status and its impact on the quality of life of elderly in phonsawan, NakhonPhanom Province. **Southeast Asian J Trop Med Public Health**. v. 45, n. 1, p. 236-243, 2014.

NIKBIN, A. et al. Oral health-related quality of life in diabetic patients: comparison of the Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index and Oral Health Impact Profile: A descriptive-analytic study. **J Diabetes Metab Disord**, v. 13, n. 1, p. 32, 2014.

OLIVEIRA, B.H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – short form. **Community Dental Oral Epidemiology**. v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

OLIVEIRA, R.S. et al. Use of dental services in areas covered by the Family Health Strategy in Olinda, Brazil. **Cad Saude Colet**, v. 22, n. 1, p; 40-45, 2014.

PAPANOU, P.N.; WENNSTÖM, J.L. The angular bony defect as indicator of further alveolar bone loss. *J Clin Periodontol*, v. 18, n. 5, p. 317-322, 1991.

PASSOS, J.S. et al. Osteoporosis/osteopenia as an independent factor associated with periodontitis in postmenopausal women: a case-control study. **Osteoporos Int**, v. 24, n. 4, p.1275-1283, 2013.

PATEL, R.; GAMBOA, A. Prevalence of oral diseases and oral-health-related quality of life in people with severe mental illness undertaking communitybased psychiatric care. **British Dental Journal**, v. 213, n. 9, p. 16, 2012.

PAGE, R.; EKE, P. Case definitions for use in population-based surveillance of periodontitis. **J Periodontol**, v. 78, n. 7 (Suppl.), p. 1387-1399, 2007.

PERES, A.M. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.

PINHO, M.A.S. et al. Impact of periodontal disease on the quality of life of diabetics based on different clinical diagnostic criteria. **Int J Dent**, 2012. doi:10.1155/2012/986412

PRESHAW, P.M. et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. **Diabetologia**, v. 55, n. 1, p. 21-31, 2012.

QUEIROZ, S.M.P.L. et al. Percursos para promoção de saúde bucal: a capacitação de líderes na Pastoral da Igreja Católica no Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 619-632, 2010.

RABELO, D.F. et al. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 2, p. 115-130, 2010.

RAMFJORD, S. Indices for prevalence and incidence of periodontal disease. **J Periodontol**, v. 30, n. 1, p. 51-59, 1958.

ROSSEL, F.L. et al. Impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida de gestantes. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v. 13, n. 3, p. 287-293, 2013.

ROTHMAN, K.J.; GREENLAND, S. **Modern epidemiology**. Philadelphia: Lippincott. 2 ed. 1998.

SÁNCHEZ, G.A. et al. Impact of oral health care needs on health-related quality of life in adult HIV+ patients. **Acta Odontol. Latinoam**, v. 24, n. 1, p. 92-97, 2011.

SAITO, A. et al. Potential impact of surgical periodontal therapy on oral health-related quality of life in patients with periodontitis: a pilot study. **J Clin Periodontol**, v. 38, p. 1115-1121, 2011.

SANADHYA, S. et al. Assessment and comparison of clinical dental status and its impact on oral health-related quality of life among rural and urban adults of Udaipur, India: A cross-sectional study. **Journal of Basic and Clinical Pharmacy**, v. 6, n. 2, 2015.

SANTILLO, P.M.H. et al. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 581-590, 2014.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS-FILHO, S.D. et al., Saúde, saúde pública e qualidade de vida: avaliação do interesse da comunidade científica. **RBCEH**, v. 4, n. 2, p. 23-30, 2007.

SCHWENDICKE, F. et al. Socioeconomic inequality and caries: a systematic review and meta-analysis. **J Dent Res**, v. 94, n. 1, p. 10-18, 2015.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p.580-588, 2004.

SICHO, L.; BRODER, H.L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **J Dent Res**, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011.

SILVA, S.R.C.; FERNANDES, R.A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal em idosos. **Rev Saude Publica**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SILVA et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1145-1153, 2011.

SILVA, E.A.; TÔRRES, L.H.N.; SOUSA, M.L.R. Perda dentária e o impacto na qualidade de vida em adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde. **Rev Odontol UNESP**, v. 41, n. 3, p. 177-184, 2012.

SILVEIRA, M.F. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1-15, 2014.

SLADE, G.D. Oral health related quality of life is important for patients, but what about populations? **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 40, n. 2, p. 39-43, 2012.

SLADE, G.D. et al. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. **British Dental Journal**. v. 198, n. 8, 2005.

SLADE, G.D.; SANDERS, A.E. The Paradox of Better Subjective Oral Health in Older Age. **J Dent Res**, v. 90, n. 11, p. 1279-1285, 2011.

SLADE, G.D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.25, n. 4, p. 284-290, 1997.

SOUZA, R.A.; CARVALHO, A.M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, p. 515-523, 2003.

STEELE, J. The Interplay between socioeconomic inequalities and clinical oral health. **J Dent Res**, v. 94, n. 1, p. 19-26, 2015.

TESCH, F.C.; OLIVEIRA, B.H.; LEÃO, A. Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2555-2564, 2007.

VALE, E.B.; MENDES, A.C.G.; MOREIRA, R.S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 47, Supl. 3, p. 98-108, 2013.

VASCONCELOS, L.C.A. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1101-1110, 2012.

VIANA, A.L.D.; POZ, M.R.D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, s. 15, p. 225-264, 2005.

WONG, R.M.S. et al. Non-surgical periodontal therapy improves oral health-related quality of life. **J Clin Periodontol**, v. 39, p. 53-61, 2012.

WORLD DENTAL FEDERATION. FDI policy statement on oral health and quality of life Adopted by the FDI General Assembly: 24 September 2015, Bangkok, Thailand. **Int Dent J**, v. 66, p. 11-12, 2016.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Carta de Ottawa, 1986, p.11-18. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHOQOL - Measuring quality of life**. Geneva: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)/Food and Agriculture Organization of the United Nations. **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: World Health Organization; 2003.

ZI, M.Y. et al. Mechanisms involved in the association between periodontitis and complications in pregnancy. **Front Public Health**, v. 2, p. 290, 2015.

ZANATTA, F.B. et al. Association between gingival bleeding and gingival enlargement and oral health-related quality of life (OHRQoL) of subjects under fixed orthodontic treatment: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 12, p. 53, 2012.

ZHANG, Q. et al. Functional dental status and oral health-related quality of life in an over 40 years old Chinese population. **Clin Oral Invest**, v. 17, p. 1471-1480, 2013.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO: Impacto da condição bucal na qualidade de vida em indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde

Prezado(a) senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo investigar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Para participar do estudo você deverá responder a um questionário sobre suas condições sócio-demográficas, estilo de vida, cuidados com a saúde e atenção odontológica. Para avaliar a presença de doença dos dentes e da gengiva, serão realizados exames bucais. Para realizar esse exame, o profissional utilizará um espelho bucal e um instrumento metálico esterilizado, chamado sonda periodontal. Você sentirá um leve incômodo pois ficará com a boca aberta durante alguns minutos. Estes exames não apresentarão risco a sua saúde, pois todas as medidas de biosegurança necessárias serão tomadas. O risco em participar desta pesquisa envolve o constrangimento, que será minimizado utilizando um espaço afastado de outras pessoas. Deixamos claro que as informações serão tratadas com sigilo e confidencialidade, sendo o questionário aplicado a cada participante por vez, bem como, os demais procedimentos, evitando o risco de divulgação inadequada. Como benefícios, os resultados obtidos com essa pesquisa poderão contribuir para um melhor conhecimento acerca da influência dos problemas bucais como cárie e periodontite na qualidade de vida de indivíduos adultos, e na melhoria das políticas públicas de saúde bucal. Você estará livre para recusar sua participação na pesquisa ou poderá desistir de participar da mesma em qualquer momento, sem necessidade de explicar a sua desistência, bem como poderá pedir informações sobre a pesquisa se assim julgar necessário. Deixamos claro que não existirão custos financeiros associados a sua participação na pesquisa. Salientamos que os registros da pesquisa estarão disponíveis para revisão dos pesquisadores envolvidos e que sua identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa, os documentos ficarão armazenados em sigilo em posse dos pesquisadores no Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar, no período mínimo de 05 anos. Após o período citado, todo material será destruído. Sendo assim, se você concordar em participar da referida investigação, solicitamos que assine este termo de consentimento, em duas vias, sendo uma cópia para o pesquisador responsável e a outra ficará em sua posse. Todos os participantes serão encaminhados para tratamento odontológico na Clínica do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana, se for de sua vontade.

Data ____/____/____

.....
Assinatura ou impressão digital do participante da Pesquisa

.....
Assinatura do Pesquisador Responsável
Johelle S. Passos Soares

.....
Assinatura do Pesquisador Participante
Lília Paula de Souza Santos

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DADOS SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICOS

Nº ____ Aplicado por _____

1 Dados Pessoais

Nome: _____

End: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ Estado: _____

Telefone: _____ RG: _____ Profissão: _____

Naturalidade: _____ Local de residência: () 1. Urbana () 2. Zona Rural

Data de Nascimento ____/____/____ Idade(em anos): _____

2 **Sexo:** () Masculino () Feminino

3 **Raça/Cor (autoreferida):** () Amarelo () Branco () Negro () Pardo () Sem declaração

4 **Quantos anos estudou:** _____

5 **Ocupação Atual:** () Desempregado Tempo de desemprego em anos: _____

Ocupação anterior: _____

() Empregado Qual a sua ocupação: _____

Há quanto tempo está nessa ocupação em anos: _____

() Aposentado Tempo de aposentadoria em anos _____

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

6 **Possui renda:** () Sim () Não

7 **Qual a renda familiar em salários mínimos:** () =1 () <1 () 1 a 2 () 3 ou mais

8 **Número de pessoas que residem no domicílio com você:** _____

9 **Estado Civil:** () Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União Estável

10 **Possui filhos:** () Sim () Não

11 **Nº de Filhos:** _____

ESTILO DE VIDA

12 **Pratica atividade física regularmente:** () Sim () Não

Qual o tipo de atividade física: _____

Quantas vezes por semana: _____

13 Em relação ao hábito de fumar você é:

- () Não fumante
 () Fumante Qual o tipo de fumo: _____ Quantos cigarros ao dia: _____
 () Ex fumante O que fumava: _____ Quanto tempo fumou: _____ Quando parou: _____

14 Em relação ao hábito de consumir bebida alcoólica você:

- () Não consumo () Consumo
 Que tipo de bebida consome: _____
 Quanto consome diariamente/semanalmente: _____
 Há quanto tempo consome: _____
 () Já consumir Com que frequência consumia: _____
 Quanto tempo consumiu: _____
 Que tipo de bebida consumia: _____

15 Você dorme quantas horas por dia: _____

CUIDADOS COM A SAÚDE**16 Data da última consulta com profissional de saúde:**

- () Há menos de 6 meses () De 6 meses a 12 meses () Há mais de 12 meses

17 Motivo da última consulta:

- () Prevenção de doenças () Tratamento

18 Realiza aferição regular da pressão arterial:() Sim () Não

19 Realiza aferição regular da glicemia capilar:() Sim () Não

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA

20 Já visitou o dentista alguma vez:() Sim () Não

21 Data da última consulta (mês e ano): ____/____

22 N° de consultas ao dentista por ano:() 0 () 1 () 2 () >2

23 Motivo da última visita: () Problemas bucais () Prevenção

24 Recebeu alguma orientação sobre higiene bucal:() Sim () Não () Não lembro

25 Realiza escovação dental diária:() Sim Quantas vezes ao dia: _____ () Não

26 Faz uso do fio dental:() Sim Quantas vezes ao dia: _____ () Não

27 Consumo de açúcar: () Sim () Não

28 Já fez algum tratamento de gengiva:() Sim Há quanto tempo: _____ () Não () Não lembro

29 Já perdeu algum dente:() Sim () Não

30 Quantos dentes perdeu: _____

31 Por que perdeu os dentes:() Cárie () Doença Periodontal () Outros

32 Tratamento periodontal prévio: () Sim () Não

APÊNDICE C – EXAME CLÍNICO PERIODONTAL

FICHA DE EXAME CLÍNICO

Nº

Data de coleta

Nome:

Diagnóstico da doença periodontal:

Data de nascimento

Examinador

Idade aproximada em anos

DENTE	E	IR-H						Profundidade de Sondagem						Índice de Sangramento						NIC						IP		
		disto-v	médio-v	mésio-v	disto-l	médio-l	mesio-l	disto-v	médio-v	mésio-v	disto-l	médio-l	mesio-l	disto-v	médio-v	mésio-v	disto-l	médio-l	mesio-l	disto-v	médio-v	mésio-v	disto-l	médio-l	mesio-l	V	L	M
17																												
16																												
15																												
14																												
13																												
12																												
11																												
21																												
22																												
23																												
24																												
25																												
26																												
27																												
37																												
36																												
35																												
34																												
33																												
32																												
31																												
41																												
42																												
43																												
44																												
45																												
46																												
47																												

Nomenclatura dentária segundo o sistema FDI

Nota: A aproximação da idade segue o seguinte critério: até 6 meses aproxima para a idade anterior; acima de 6 meses aproxima para a idade seguinte.

E: existência de dentes: += presente

IR-H: índice de recessão (+) ou hiperplasia (-) (mm)

Profundidade de sondagem nas faces disto-vestibular, médio-vestibular, mesio-vestibular, disto-lingual, médio-lingual e mesio-lingual (mm)

Índice de sangramento nas faces disto-vestibular, médio-vestibular, mesio-vestibular, disto-lingual, médio-lingual e mesio-lingual: 0=ausente; 1=presente

NIC: nível de inserção clínica nas faces disto-vestibular, médio-vestibular, mesio-vestibular, disto-lingual, médio-lingual e mesio-lingual (mm)

P: índice de placa nas faces vestibular, lingual, mesial e distal: 0=ausente; 1=presente

ANEXO 1– OHIP-14

Agora serão feitas perguntas sobre como a saúde de sua boca e dentes afetam o seu dia-a-dia. Responda cada uma das questões de acordo com a frequência com que elas interferem na sua vida, ou seja, nunca, raramente, às vezes, constantemente ou sempre, em relação ao último mês. Para cada questão só deve ser dada uma única resposta. Não se preocupe, pois nenhuma resposta é mais certa do que a outra. Responda aquilo que você realmente pensa.

PERGUNTAS	RESPOSTAS				
	Nunca (0)	Raram. (1)	Às vezes (2)	Const. (3)	Sempre (4)
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
5. Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
6. Você sentiu-se estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
9. Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
10. Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
11. Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
12. Você teve dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
13. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?					

ANEXO 2 - FICHA CÁRIE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE

NÚCLEO DE PESQUISA, PRÁTICA INTEGRADA E INVESTIGAÇÃO MULTIDISCIPLINAR



Nome: _____

Data do exame: _____ Cod: _____

Examinador: _____

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 a 44 e 65 a 74 anos

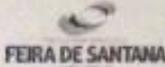
				55	54	53	52	51		81	82	83	84	85			
	18	17	16	15	14	13	12	11		21	22	23	24	25	26	27	28
Coroa	<input type="text"/>	•	<input type="text"/>														
Raiz	<input type="text"/>	•	<input type="text"/>														
Trat.	<input type="text"/>	•	<input type="text"/>														
				85	84	83	82	81		71	72	73	74	75			
	48	47	46	45	44	43	42	41		31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input type="text"/>	•	<input type="text"/>														
Raiz	<input type="text"/>	•	<input type="text"/>														
Trat.	<input type="text"/>	•	<input type="text"/>														

QUADRO-RESUMO DOS CÓDIGOS PARA CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

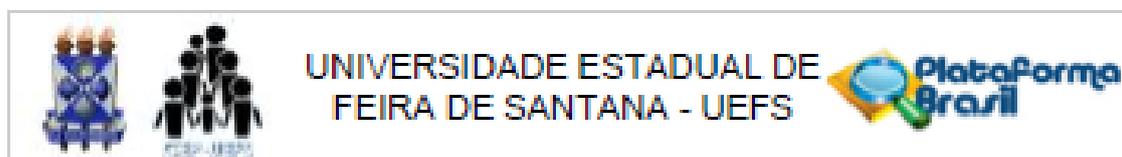
CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	Não se aplica	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	Não se aplica	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	Não se aplica	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPCIONADO - RAIZ NÃO EXPOSTA
T	T	Não se aplica	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO

CÓDIGO
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

ANEXO 3 AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

  	
Secretaria Municipal de Saúde Seção de Capacitação Permanente	E-mail: edupermanentesms@gmail.com (75) 3612-6608/Ramal 6608
Feira de Santana, 03 de Agosto de 2015.	
DA: Seção de Capacitação Permanente SMS PARA: Atenção Básica: USF Novo Horizonte/USF Alto do Papagaio/CADH/CEO C/C: Comitê de Ética em Pesquisa - UEFS	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="margin: 0;">Tipo: Encaminhamento Pesquisa Acadêmica/TCC/MONOGRAFIA/MESTRADO/DOCTORADO</p> </div>	
<p style="text-align: justify;"> Informamos que se encontra autorizada a Pesquisa com coleta de dados e entrevista semi-estruturada intitulada: "Impacto da condição bucal na qualidade de vida em indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde", desenvolvida pela mestranda: <i>Lilia Paula de Souza</i>, da UEFS, tendo como objetivo analisar qual o impacto da condição bucal dos indivíduos assistidos nas unidades de saúde de Feira de Santana – BA, nas dimensões físicas, psicológicas e sociais relacionadas a qualidade de vida. A coleta de dados será desenvolvida pela mestranda em questão, que entrevistará os usuários por meio de questionário padronizado e realizará exames clínicos bucais, respeitando os termos da resolução 466/2012, do conselho nacional de saúde, quando se envolve seres humanos. </p>	
<p>Atenciosamente,</p>	
 Ariella Carla Covas Coord. da Seção de Capacitação Permanente	

ANEXO 4 TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da condição bucal na qualidade de vida em indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde

Pesquisador: JOHELLE DE SANTANA PASSOS SOARES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47927115.8.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.343.167

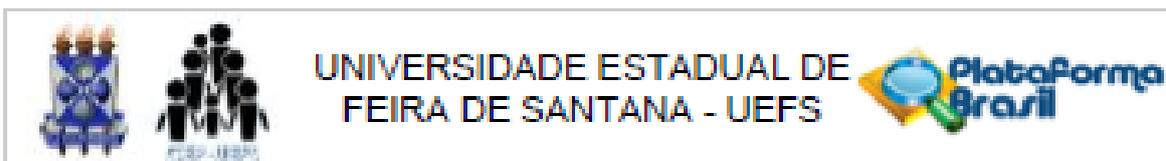
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Mestrado de LÍLIA PAULA DE SOUZA SANTOS, aluna do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana(UEFS), sob a orientação da Profa. Dra. Johelle de Santana Passos Soares, membro participante do NUPPIIM (UEFS), com a colaboração do prof^o Dr. Isaac Suzart Gomes Filho.

O projeto aborda que: "Problemas de saúde bucal têm sido cada vez mais reconhecidos como fatores importantes que causam impacto na qualidade de vida. Instrumentos sociodontais são utilizados para obtenção deste impacto considerando aspectos físicos, sociais e psicológicos relacionados a qualidade de vida. Estes instrumentos juntamente com a avaliação clínica são importantes fontes de conhecimento para o planejamento e a implementação de políticas públicas de saúde que possibilitem a intervenção de forma positiva das Equipes de Saúde da Família." (Informações básicas Plataforma Brasil)

Será realizado um estudo epidemiológico do tipo corte transversal com indivíduos atendidos nas Unidades de Saúde da Família, Centro de Especialidades Odontológicas e o Centro de Atendimento ao Diabético e Hipertenso (CAHD) do município de Feira de Santana/BA. Participarão da pesquisa

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8087 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.343.107

"usuários com idade mínima de 18 anos presentes nos serviços públicos de saúde. Não serão incluídos os indivíduos que realizaram tratamento periodontal nos últimos três meses anteriores à pesquisa; apresentam neoplasias ou HIV-AIDS; gestantes; ou incapacitados de compreender ou responder ao questionário." (Projeto completo p.39). Os dados serão coletados através preenchimento dos instrumentos: Questionário estruturado com seções sobre: dados pessoais, condições socioeconômico-demográficas, estilo de vida, cuidados com a saúde e atenção odontológica; Questionário OHIP -14 para avaliação da qualidade de vida; Ficha Clínica: busca a avaliação clínica da condição bucal, e realização de exame clínico bucal no próprio serviço de saúde, em cadeira odontológica móvel por cirurgião dentista previamente treinado. (Projeto completo p.40). Para análise dos dados será utilizado o pacote estatístico STATA versão 10.0.

Consta cronograma e um orçamento no valor de R\$ 3.994, 90, bem detalhado evidenciando a contrapartida da UEFS através do Núcleo de Pesquisa, Prática Integrada e Investigação Multidisciplinar (NUPPIIM/UEFS).

Objetivo da Pesquisa:

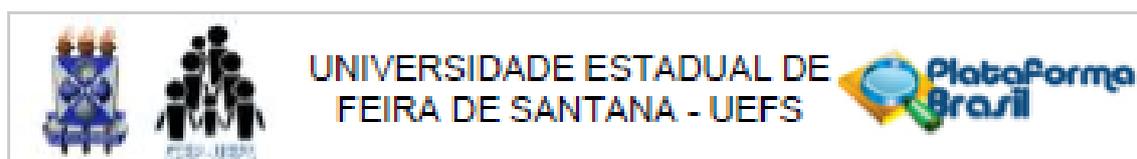
Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da condição bucal na qualidade de vida de indivíduos assistidos nos serviços públicos de saúde do município de Feira de Santana, Bahia.

Objetivo Secundário:

- Descrever a condição bucal quanto à presença de cárie dentária, número de dentes existentes e doença periodontal (ocorrência e gravidade) nos indivíduos examinados.
- Verificar a frequência dos impactos produzidos por problemas bucais na qualidade de vida dos indivíduos examinados segundo as dimensões do instrumento utilizado.
- Analisar a associação entre fatores socioeconômicos, demográficos, de estilo de vida e de condições de saúde geral e bucal com o impacto da condição bucal na qualidade de vida dos indivíduos examinados.
- Investigar a associação entre ocorrência da periodontite e prevalência de cárie com o impacto da condição bucal na qualidade de vida dos indivíduos examinados.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-6067 E-mail: csp@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.343.987

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora avalia de forma clara os riscos e benefícios da pesquisa, deixando explícito, no TCLE: "O risco em participar desta pesquisa envolve o constrangimento, que será minimizado utilizando um espaço afastado de outras pessoas." (TCLE).

E quanto aos benefícios "os resultados obtidos com essa pesquisa poderão contribuir para um melhor conhecimento acerca da influência dos problemas bucais como cárie e periodontite na qualidade de vida de indivíduos adultos, e na melhoria das políticas públicas de saúde bucal." (TCLE).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considero a pesquisa interessante e com relevância para área da saúde bucal. Apresenta um projeto completo e bem estruturado com bibliografia extensa e atualizada assim como todos os formulários necessários para a investigação. Possui viabilidade ética.

As pesquisadoras demonstram compromisso ético com os participantes, garantindo o retorno dos resultados e o acompanhamento/tratamento posterior à pesquisa. Também se comprometem com o anonimato e demais aspectos previstos na Resolução 466/2012.

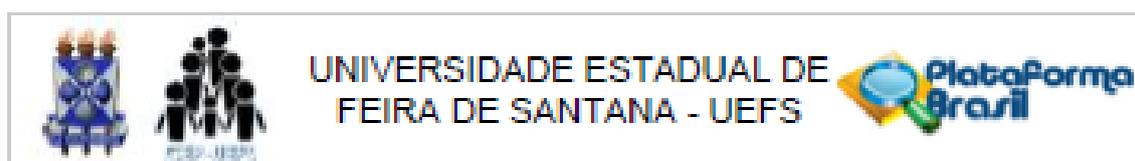
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos exigidos foram apresentados de forma adequada inclusive todos os formulários necessários para realização da pesquisa.

Destaca-se que as autoras justificam a necessidade de colher o nome do participante no instrumento de coleta: "...existe a necessidade de manter o nome da pessoa e contato telefônico no questionário inicial, uma vez que os dados clínicos e as informações sobre a condição de saúde nortearão os devidos encaminhamentos para tratamento e controle de doenças, especialmente da doença bucal na clínica odontológica da UEFS. Porém, ressaltamos que essa informação se manterá em sigilo pelos pesquisadores responsáveis, não havendo transposição do nome para o banco de dados, mas sim do código do instrumento." (ofício resposta)

Após ajustes sugeridos pelo CEP-UEFS, o TCLE contempla o preconizado pela Resolução 466/2012.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.343.167

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

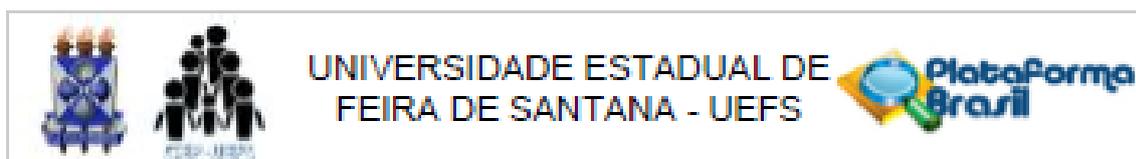
Considerações Finais a critério do CEP:

Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12. Relembro que conforme Institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_557290.pdf	15/10/2015 08:02:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	revisto_projetoimpactocondicao.pdf	15/10/2015 07:57:55	JOHELLE DE SANTANA PASSOS SOARES	Aceito
Outros	oficio_resposta.pdf	15/10/2015 07:57:23	JOHELLE DE SANTANA PASSOS SOARES	Aceito
Cronograma	revisto_cronograma.pdf	15/10/2015 07:53:20	JOHELLE DE SANTANA PASSOS SOARES	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	revisto_TGLE.pdf	15/10/2015 07:51:54	JOHELLE DE SANTANA PASSOS SOARES	Aceito
Outros	revisto_instrumentos.pdf	15/10/2015 07:48:15	JOHELLE DE SANTANA PASSOS SOARES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO1 QV.pdf	05/08/2015 20:41:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Impacto da condição bucal na qualidade de vida cep.docx	04/08/2015 13:45:39		Aceito

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-480
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 1.343.167

Outros	Anuência secretaria.pdf	04/08/2015 13:43:28		Aceito
Outros	oficio CEP QV.pdf	03/08/2015 11:58:18		Aceito
Outros	declaração Johelle QV.pdf	03/08/2015 11:58:35		Aceito
Outros	declaração Isaac QV.pdf	03/08/2015 11:58:20		Aceito
Outros	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.doc	03/08/2015 11:37:33		Aceito
Outros	ORÇAMENTO QV.doc	03/08/2015 11:37:13		Aceito
Outros	Instrumentos de coleta QV.doc	03/08/2015 11:35:40		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO LILIA.pdf	03/08/2015 11:35:58		Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE.docx	02/08/2015 23:08:40		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 30 de Novembro de 2015

Assinado por:

Zanney Conceição Silva do Nascimento Souza
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA
 Telefone: (75)3181-8067 E-mail: cep@uefs.br