



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE
ADULTOS**

FABIANA RAYNAL FLORIANO

**Salvador
2010**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública.

Aluna: Fabiana Raynal Floriano
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição N. Costa

Salvador
2010

Ficha Catalográfica
Elaboração: Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

F635c Floriano, Fabiana Raynal.

Condições de saúde bucal e qualidade de vida de dultos / Fabiana Raynal Floriano. - Salvador: F.R.Floriano, 2010.

86 f. + anexos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria da Conceição Nascimento Costa.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Saúde Bucal. 2. Qualidade de Vida. 3.. Perda Dentária. I. Título.

CDU 616.314-08

FABIANA RAYNAL FLORIANO

Condições de saúde bucal relacionada à qualidade de vida dos adultos

Data da defesa: 30 de abril de 2010

Banca Examinadora:

**Prof.^a.Dr.^a. Maria da Conceição Nascimento Costa (Orientadora)
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia**

**Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes
Universidade de São Paulo**

**Prof.^a. Dr.^a. Maria Cristina Teixeira Cangussu
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal da Bahia**

**Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna - FO/UFBA
Faculdade de Odontologia
Universidade Federal da Bahia**

**Prof. Dr. Maurício Lima Barreto – ISC/UFBA
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia**

**Salvador
2010**

*“Depois de algum tempo você ...
...começa a aceitar suas derrotas com a cabeça erguida e olhos
adiante, com a graça de um adulto e não com a tristeza de uma
criança...
...descobre que as pessoas com quem mais se importa na vida são
tomadas de você muito depressa...
...começa a aprender que não se deve comparar com os outros, mas
com o melhor que pode ser...
...aprende que há mais dos seus pais em você do que você supunha...
...e você aprende que realmente pode suportar
que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe, depois de
pensar, que não pode mais.”*

William Shakespeare

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, João Célio e Eliana, responsáveis por tudo que sou hoje, meus exemplos de vida e de profissão, meu muito obrigada, sem vocês jamais chegaria até aqui, amo vocês;

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhado e cunhada pela compreensão nos momentos em que não pude estar ao lado como desejaria;

À Marcio Coelho pelo apoio e suporte, você faz parte dessa conquista;

À minha orientadora, Prof^a Maria da Conceição N. Costa pela dedicação, paciência, compreensão e ajuda em todos os momentos, você é um exemplo para mim;

Aos Professores Maurício Barreto, Bia e Bel, por me acompanharem nestes anos todos de formação profissional e serem minhas inspirações;

Aos Professores George Tsakos e Aubrey Sheiham e aos colegas da UCL pelo acolhimento e momentos de troca de experiências durante intercâmbio nesta universidade;

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva que contribuíram para minha formação e que sempre estiveram disponíveis;

Aos funcionários do Instituto de Saúde Coletiva que sempre me ajudaram e torceram para que este momento se realizasse, em especial, Anunciação, Marlus, Taís, Ana Caribé, Néa, Clinger e Moisés, muito obrigada.

A FAPESB pelo apoio e investimento que possibilitou a realização desta pesquisa;

A CAPES e ISC, em especial Maísa e Profa. Darcy Neves, pelo apoio para a realização de parte do doutorado na UCL;

A Faculdade de Odontologia da UFBA, em especial, ao Departamento de Odontologia Social e Pediátrica pelo suporte e apoio durante toda a minha formação profissional, principalmente na participação desse projeto de pesquisa;

Aos ACS e profissionais da SMS que foram fundamentais para a realização e sucesso da coleta de dados;

Aos alunos voluntários bolsistas e do Grupo PET pela participação durante a coleta de dados e todos que direta ou indiretamente participaram da execução do projeto, em especial minha colega Tatiana Frederico;

À minha amiga-irmã Crisinha pelo apoio na vida profissional e pessoal;

À Mirella Mota, minha querida professora de Inglês, pelo suporte profissional e incentivo;

Ao estatístico Carlos Teles, por suas contribuições e exemplo de conduta profissional;

Às minhas colegas do ISC, Helena Maia, Maria Aparecida, Sheila Alvim, Simone Cruz, Cecília pelo apoio e compreensão durante os momentos compartilhados nas disciplinas;

Aos colegas Cláudia, George e Goretti pela colaboração nos momentos que precisei;

E, por fim, aos adultos que fizeram parte deste estudo e contribuíram para o conhecimento aqui produzido.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	1
LISTA DE SIGLAS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	7
APRESENTAÇÃO	10
 ARTIGO I	
Fatores Associados à condição de saúde bucal de adultos	12
Abstract	13
Resumo	14
Introdução	15
Material e Métodos	17
Resultados	19
Discussão	20
Conclusão	23
Referências Bibliográficas	23
 ARTIGO II	
Fatores associados à percepção da saúde bucal relacionada à qualidade de vida de adultos	33
Abstract	34
Resumo	35
Introdução	36
Material e Métodos	39
Resultados	42
Discussão	44
Considerações finais	48
Referências Bibliográficas	49

ARTIGO III

Fatores associados à qualidade de vida de adultos	57
Abstract	58
Resumo	59
Introdução	60
Material e Métodos	62
Resultados	67
Discussão	69
Considerações finais	73
Referências Bibliográficas	74
 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	84
 ANEXOS	87

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 - Características sócioeconômico-demográficas, das condições de saúde bucal (perda dentária, CPOD, necessidade de prótese e perda de inserção periodontal), e da utilização dos serviços odontológicos entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.	28
Tabela 2 - Média e desvio padrão da experiência de cárie através do índice CPO-D e seus componentes, segundo sexo, entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-Bahia, 2007 (n=501).	29
Tabela 3 - Medidas das condições de saúde bucal segundo as variáveis socioeconômico-demográficas e de utilização dos serviços odontológicos entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.	30
Tabela 4 - Odds Ratio (bruta e ajustada) obtida mediante Regressão Logística para a associação entre perda dentária e renda individual mensal e grau de instrução, segundo utilização dos serviços odontológicos em adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.	31
Tabela 5 - Odds Ratio (bruta e ajustada) obtida mediante Regressão Logística para a associação entre perda de inserção periodontal e renda individual mensal e grau de instrução em adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.	32

ARTIGO 2

Tabela 1 - Características socioeconômico-demográficas, das condições de saúde bucal e da auto-percepção da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (GOHAI e OIDP) entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.	53
Tabela 2 - Número, percentual, média e desvio padrão dos escores gerais e de cada pergunta do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e do Oral Impacts Daily Performances (OIDP) entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-Bahia, 2007 (n=501).	54
Tabela 3 - Medidas dos instrumentos de auto-avaliação da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (GOHAI e OIDP) segundo variáveis socioeconômico-demográficas e de avaliação clínica da saúde bucal de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.	55
Tabela 4 - Coeficientes de regressão (β) obtidos pela Regressão Linear Múltipla para a associação entre o escore do GOHAI e perda dentária e variáveis socioeconômico-demográficas e de avaliação clínica da saúde bucal dos adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007 (n=458).	56

ARTIGO 3

- Tabela 1 - Características socioeconômico-demográficas, de saúde geral e bucal e dos índices de saúde bucal relacionada à qualidade de vida (Geriatric Oral Health Assessment Index/GOHAI e Oral Impacts Daily Performances/OIDP) e de qualidade de vida geral (WHOQoL-Bref) de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007. 79
- Tabela 2 - Qualidade de vida e saúde medidos pelo índice WHOQoL-Bref segundo variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal e índices de saúde bucal relacionada à qualidade de vida medidos pelos Geriatric Oral Health Assessment Index/GOHAI e Oral Impacts Daily Performances/OIDP de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007. 80
- Tabela 3 - Domínios do índice de qualidade de vida (WHOQoL-Bref) segundo variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal e índices de saúde bucal relacionada à qualidade de vida (ISBRQV) Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e Oral Impacts Daily Performances (OIDP) de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007. 81
- Tabela 4 – Coeficientes de regressão (β) obtidos pela Regressão Linear Múltipla para a associação entre Qualidade de vida (WHOQoL-Bref) e perda dentária e variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal e índice de saúde bucal relacionada a qualidade de vida (GOHAI e OIDP) dos adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007 (n=501). 82
- Tabela 5 – Coeficientes de regressão (β) obtidos pela Regressão Linear Múltipla para a associação entre saúde (WHOQoL-Bref) e perda dentária e variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal, índice de saúde bucal relacionado a qualidade de vida (GOHAI e OIDP) dos adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007 (n=501). 83

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CPO-D	Índice de Cárie
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GOHAI	Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica
IGCS	Índice Geral de Condição Sociodemográfica
ISBRQV	Índices de Saúde Bucal Relacionado à Qualidade de Vida
OIDP	Índice de Impacto Oral nas Atividades Diárias
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIP	Índice de Perda de Inserção Periodontal
SBRQV	Saúde Bucal Relacionado à Qualidade de Vida
USF	Unidade de Saúde da Família
WHOQoL	Grupo de Qualidade de Vida da OMS
WHOQoL-Bref	Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida

Resumo

A produção de conhecimento acerca das condições de saúde bucal no campo da Saúde Coletiva vem se tornando crescente no Brasil, tendo em vista o reconhecimento de que a saúde da cavidade oral é parte importante da saúde integral do indivíduo. No Brasil, recentemente a saúde bucal passou a fazer parte da agenda do governo federal. Nas últimas duas décadas, a expressão qualidade de vida tem se tornado muito frequente na área da saúde. Essa ênfase dada à qualidade de vida no campo da saúde é condizente com o conceito desta última como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença. No que diz respeito à avaliação quantitativa da qualidade de vida, diversos instrumentos foram desenvolvidos, usando como base as definições de qualidade de vida geral ou relacionada a um aspecto de saúde.

Tendo em vista a necessidade de entender melhor a relação entre condição de saúde bucal e saúde bucal auto-percebida relacionada à qualidade de vida, o objetivo deste estudo foi avaliar as condições de saúde bucal na população adulta e verificar se essas condições, percebidas e/ou normativas, interferem na percepção da qualidade de vida, avaliada pelos dois tipos de instrumentos, genérico e específico da SBRQV, comparando os resultados obtidos pelos diferentes instrumentos utilizados.

Para isso foi realizado um estudo transversal com adultos, entre 35 e 59 anos, residentes em domicílios cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de área urbana de Salvador-Ba (Brasil). O tamanho mínimo da amostra, calculado no aplicativo Epi-Info, versão 6.04, foi definido como sendo de 498 adultos. Todos aqueles que não apresentaram qualquer deficiência física ou mental que impedisse a realização dos exames e entrevista e que aceitaram participar da pesquisa assinando o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* foram incluídos no estudo.

Das informações existentes no instrumento elaborado para a coleta de dados, foram contempladas as seguintes: identificação, condição socioeconômico-demográfica, utilização dos serviços odontológicos, condição referida de saúde geral e avaliação clínica das condições de saúde bucal. Para a avaliação da qualidade de vida e da SBRQV, foram utilizados o WHOQoL-Bref e os GOHAI e OIDP, respectivamente. A coleta de dados ocorreu mediante aplicação do questionário, previamente testado, por meio de entrevista e exame clínico bucal, em uma única oportunidade para cada indivíduo. A condição de saúde bucal foi avaliada pelo examinador após escovação dos dentes, observando-se os padrões de biossegurança recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

A caracterização da população de estudo segundo variáveis e índices utilizados foi realizada a partir das médias, desvio padrão e frequências relativas. Pelo Kolmogorov-Smirnov test, os escores do GOHAI, OIDP e WHOQoL-Bref apresentaram distribuição assimétrica. As diferenças entre as categorias das variáveis foram testadas pelo teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson, teste T de Student, Mann-Whitney U-test e Kruskal-Wallis, com um nível de significância de 5%. Para identificar fatores associados à perda dentária e à perda de inserção periodontal, foram estimados *Odds ratios* (OR) por meio de regressão logística não-condicional *backward* e a inferência estatística baseou-se em intervalos de confiança a 95%, calculados pelo método de Mantel Haenszel. Regressão linear múltipla foi realizada para avaliar a associação entre perda dentária e os Índices GOHAI e WHOQoL-Bref, ajustada pelas covariáveis estatisticamente significantes na análise bivariada. As variáveis sexo e idade permaneceram em todos os modelos independente da significância estatística.

Observou-se que 51,1% dos adultos tinham <20 dentes funcionais presentes e 17,7% apresentavam perda de inserção periodontal ≥ 6 mm. Os escores médios do GOHAI e OIDP foram $29,4 \pm 4,7$ e $12,1 \pm 6,3$ respectivamente. Os escores médios do WHOQoL-Bref foram: $58,5 \pm 19,8$ e $59,0 \pm 27,3$ para as questões gerais de qualidade de vida e satisfação com a saúde, respectivamente, com maior qualidade de vida no domínio relações sociais ($69,3 \pm 18,4$) e menor no domínio meio ambiente ($49,8 \pm 14,5$).

Quando ajustados por sexo e idade, ausência de renda individual mensal (OR=2,72; IC 95%: 1,07-2,87, $p < 0,0001$) e baixo grau de instrução com frequência regular ao dentista (OR=3,95; IC 95%: 1,87-8,34) mostraram-se associados a perda dentária; somente baixo grau de instrução (OR=3,18; IC 95%: 1,62-6,25, $p = 0,001$) associou-se a perda de inserção periodontal.

A perda dentária não se mostrou associada ao OIDP. No modelo final, $R^2 = 0,067$, a perda dentária permaneceu associada ao GOHAI ($\beta = -1,03$; $p = 0,026$), controlada por sexo ($p = 0,009$), idade ($p = 0,041$) e perda de inserção periodontal ($p = 0,004$). Não houve associação entre os escores dos domínios do WHOQoL-Bref e a perda dentária. Nos modelos finais, controlados pelas variáveis socioeconômico-demográficas, de saúde geral e bucal e SBRQV, a perda dos dentes anteriores superiores e inferiores perdeu a associação com qualidade de vida geral ($\beta = -1,41$; $p = 0,450$) e com percepção de saúde ($\beta = -4,67$; $p = 0,066$).

Foi encontrada uma precária condição de saúde bucal desses adultos e uma associação entre piores condições socioeconômica e piores condições de saúde bucal. A percepção da saúde na população adulta foi de grande importância para a avaliação subjetiva da qualidade de vida e satisfação com a saúde, mesmo não interferindo em todas as dimensões consideradas pelo

WHOQoL-Bref. Apesar da importância que os adultos deram a percepção da saúde em suas vidas, a condição de saúde não foi o único aspecto que afetou a qualidade de vida. Avaliar a saúde bucal relacionada à qualidade de vida possibilita uma compreensão mais ampla da saúde bucal e acrescentar uma perspectiva subjetiva, do ponto de vista do paciente, à avaliação clínica, permitindo que o tratamento tenha resultado sobre a qualidade de vida do paciente. Apesar destes indivíduos perceberem o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, não houve entendimento da saúde bucal como parte integrante da saúde geral. Assim, na perspectiva de um modelo integrado de saúde, as contribuições do construto qualidade de vida serão cada vez maiores e mais importantes, tanto do ponto de vista da atenção individual quanto da coletiva.

Palavras-chave: saúde bucal; qualidade de vida; perda dentária.

Abstract

The production of knowledge about oral health conditions in the field of Public Health is becoming increasing in Brazil, given the recognition that oral health is an important part of the health of the person. In the Brazilian population, has only recently oral health became part of the agenda of the federal government. In the last two decades, the term quality of life has become very common in the health field. This emphasis on quality of life in health is consistent with the concept of the latter as a state of complete physical well-being, mental and social, not merely the absence of disease. With regard to the quantitative assessment of quality of life, several instruments were developed, using as base the definitions of general quality of life or health-related.

Given the diversity of existing instruments to assess quality of life and oral health-related quality of life (OHRQoL) and found conflicting results, the relationship between oral health status and self-perceived oral health-related quality of life needs to be more studied. The objective of this study was to evaluate the oral health status in the adult population and to verify whether these conditions, perceived and / or normative influence in the quality of life as measured by the two types of instruments, generic and specific OHRQoL comparing the results obtained by different instruments.

For this cross-sectional study was conducted with all adults aged between 35 and 59 years living in households registered in the Agents Community Health Program (ACHP) in the urban area of Salvador, Bahia (Brazil). The minimum sample size calculated in the application Epi-Info, version 6.04, was defined as being of 498 adults. All those who showed no physical or mental disability preventing the performance of examinations and interview and who agreed to participate in the study and signed an Informed Consent and Informed were included in the study.

Existing information on the instrument developed for data collection were addressed include: identification, socioeconomic status, demographic, utilization of dental services, a condition that general health and clinical conditions of oral health. For the assessment of quality of life and OHRQoL, we used the WHOQOL-Bref and GOHAI and OIDP respectively. The data was collected through the questionnaire, previously tested by interview and clinical examination of the mouth, with a unique opportunity for each individual. The oral health status was assessed by the examiner after brushing the teeth, observing the biosecurity standards recommended by WHO.

The characterization of the study population according to variables and indices used was made from the mean, standard deviation and relative frequencies. By Kolmogorov-Smirnov test, the scores of GOHAI OIDP and WHOQOL-Bref showed asymmetric distribution. The differences between the categories of variables were tested by chi-square (χ^2) Pearson, Student t test, Mann-Whitney U-test and Kruskal-Wallis test with a significance level of 5%. To identify potential risk factors related to tooth loss and periodontal attachment loss were estimated odds ratios (OR) by unconditional logistic regression backward and statistical inference was based on confidence intervals at 95%, calculated by the method Mantel-Haenszel. Multiple linear regression was performed to evaluate the association between tooth loss and indices GOHAI and WHOQOL-Bref, adjusted for covariates were statistically significant in bivariate analysis. The sex and age were kept in all models regardless of statistical significance.

It was observed that 51.1% of adults had <20 functional teeth present and 17.7% had periodontal attachment loss ≥ 6 mm. The average scores and GOHAI OIDP were 29.4 ± 4.7 and 12.1 ± 6.3 respectively. The mean scores of WHOQOL-Bref were: 58.5 ± 19.8 and 59.0 ± 27.3 for the general issues of quality of life and satisfaction with health, respectively, with higher quality of life in the social relationships domain (69.3 ± 18.4) and lowest in the environment domain (49.8 ± 14.5).

When adjusted for age and sex, lack of individual monthly income (OR = 2.72, CI 95%: 1,07-2,87, $p < 0.0001$) and low level of education with regular attendance to the dentist (OR = 3.95, 95% CI: 1,87-8,34) were associated with tooth loss, only low educational level (OR = 3.18, CI 95%: 1,62-6,25, $p = 0.001$) was associated with periodontal attachment loss.

Tooth loss was not associated with OIDP. In the final model, $R^2 = 0.067$, tooth loss remained associated GOHAI ($\beta = -1.03$, $p = 0.026$), controlled for gender ($p = 0.009$), age ($p = 0.041$) and periodontal attachment loss ($p = 0.004$). There was no association between the domain scores of WHOQOL-Bref and tooth loss. In the final models controlled for socioeconomic and demographic variables, general health and oral and Index of OHRQoL, loss of upper and lower anterior teeth lost the association with overall quality of life ($\beta = -1.41$, $p = 0.450$) and perception health ($\beta = -4.67$, $p = 0.066$).

Found a poor oral health status of adults and an association between socioeconomic conditions worse and worse oral health status of this population. The perception of health in the adult population was of great importance for the subjective assessment of quality of life and satisfaction with health, while not interfering in all dimensions considered by the WHOQOL-Bref. Despite the importance that adults have the perception of health in their

lives, this was not the only aspect that affected the quality of life. Thus, to assess the oral health-related quality of life and provide a more complex understanding of oral health and to add a subjective perspective to clinical evaluation, take measures to enable improved quality of life of adults. Despite the perception of the impact of oral health on quality of life, no understanding of oral health as part of overall health. Thus, the prospect of an integrated model of health, the contributions of the construct quality of life will be ever greater and more important, both from the standpoint of the individual and collective attention.

Key words: oral health; quality of life; tooth loss.

Apresentação

A produção de conhecimento acerca das condições de saúde bucal no campo da Saúde Coletiva vem se tornando crescente no Brasil, tendo em vista o reconhecimento de que a saúde da cavidade oral é parte importante da saúde integral do indivíduo. Além disso, o processo de envelhecimento da sua população vem exigindo atenção especial e uma nova e clara prioridade em termos epidemiológicos para a área da saúde bucal. Todavia, só muito recentemente, a saúde bucal da população brasileira passou a fazer parte da agenda do governo federal.

A histórica utilização, quase que exclusiva, de indicadores clínicos para analisar a condição de saúde bucal de grupos populacionais e para o planejamento e avaliação de serviços de saúde é um aspecto em constante discussão no meio odontológico. Esta abordagem não é suficiente para abranger a amplitude do processo saúde-doença, pois desconsidera as dimensões socioeconômicas, culturais e ambientais deste processo. Intervenções na saúde bucal objetivam não só a melhoria da condição clínica e de sua manutenção como principalmente a garantia da autonomia do indivíduo, de sua independência, da possibilidade de realizar atividades diárias e de suas relações sociais, principalmente na população adulta.

Por sua vez, a ênfase dada à qualidade de vida no campo da saúde é condizente com a definição de saúde entendida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença. Assim sendo, a condição de saúde bucal dentro deste contexto poderia interferir na qualidade de vida dos indivíduos sobre aspectos da alimentação, fala, convívio social e auto-estima. Contudo, considerando a diversidade de instrumentos para a avaliação quantitativa da qualidade de vida e SBRQV, e dos resultados controversos encontrados, a relação entre condição de saúde bucal e saúde bucal auto-percebida relacionada à qualidade de vida precisa ser mais estudada.

Tais elementos influenciaram na decisão de escolha do tema desta Tese “Condições de Saúde Bucal e Qualidade de Vida de adultos”, esperando produzir conhecimentos para ampliar o conjunto de evidências que possam vir a contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal da população adulta, oferecendo uma perspectiva mais compreensiva acerca da saúde bucal, da necessidade de tratamento e da conseqüente melhoria na qualidade de vida desses adultos.

Nesta direção, desenvolveu-se um estudo que, para compor esta Tese, apresenta três artigos. O Artigo 1, intitulado “Fatores associados à condição de saúde bucal de adultos” tem

como objetivo identificar potenciais fatores associados às condições de saúde bucal dessa população de adultos. Com o objetivo de avaliar a percepção da influência dessas condições, especificamente, na qualidade de vida desses indivíduos, analisando os fatores socioeconômico-demográficos e as medidas clínicas de saúde bucal que interferem nessa percepção, desenvolveu-se o Artigo 2 “Fatores associados à percepção da saúde bucal relacionada à qualidade de vida de adultos” que utilizou e comparou os resultados dos dois instrumentos de SBRQV, o GOHAI e o OIDP. Já o Artigo 3 “Fatores associados à qualidade de vida de adultos” teve como objetivo avaliar a associação entre a perda dentária e a qualidade de vida geral desses adultos, através do WHOQoL-Bref, analisando os fatores socioeconômico-demográficos, de condição de saúde geral e bucal e os índices de SBRQV que interferem nessa associação.

Assim, esperamos contribuir de alguma forma para o desenvolvimento do conhecimento na área da saúde bucal e qualidade de vida, focalizando especificamente a população adulta.

Artigo 1

Fatores associados à condição de saúde bucal de adultos.

Factors associated with oral health status of adults.

Abstract

Cross-sectional study identified risk factors related to oral health in 501 adults, 35-59 years, living in households registered in the PACS, Salvador/Bahia/Brazil. It was obtained information on socioeconomic and demographic characteristics, dental attendance and oral health, using indexes and criteria according Examiner's Manual SB Brazil project. Tooth loss and loss of periodontal attachment, outcomes, were tested differences by Pearson's χ^2 and T Student / Kruskal-Wallis. Non-conditional logistic regression analysis determined adjusted and controlled OR for confounding. About 51.1% had <20 functional teeth present, and 17.7% had loss of periodontal attachment ≥ 6 mm. Adjusted by sex and age, no monthly individual income (OR = 2.72, CI 95%: 1.07-2.87, $p < 0.0001$) low educational level with attends dentist regularly (OR = 3.95, 95% CI: 1.87-8.34) were associated with tooth loss, low educational level (OR = 3.18, CI 95%: 1.62-6.25, $p = 0.001$) was associated with loss of periodontal attachment. Socioeconomic status influencing oral health conditions.

Key words: oral health; attachment loss; tooth loss; socioeconomic status.

Resumo

Estudo transversal identificou fatores de risco relacionados à saúde bucal em 501 adultos, 35-59 anos, cadastrados no PACS, Salvador/Bahia/Brasil. Obteve-se características socioeconômico-demográficas, utilização dos serviços odontológicos e exame bucal utilizando índices e critérios segundo Manual do Examinador do Projeto SB Brasil. Perda dentária e de inserção periodontal, variáveis dependentes, tiveram diferenças testadas pelo χ^2 de Pearson e T de Student/Kruskal-Wallis. Regressão logística não-condicional determinou OR ajustadas para variáveis de confusão e controladas para modificadoras de efeito. Cerca de 51,1% tinham <20 dentes funcionais presentes e 17,7% perda de inserção periodontal \geq 6 mm. Ajustados por sexo e idade, a ausência de renda individual mensal (OR=2,72; IC 95%: 1,07-2,87, $p<0,0001$) e o baixo grau de instrução, controlado pela frequência regular ao dentista (OR=3,95; IC 95%: 1,87-8,34) foram associados à perda dentária; enquanto que apenas o baixo grau de instrução foi associado à perda de inserção periodontal (OR=3,18; IC 95%: 1,62-6,25, $p=0,001$). Observou-se que as condições socioeconômicas influenciam as condições de saúde bucal.

Palavras-chave: saúde bucal; perda de inserção periodontal; perda dentária; condições socioeconômicas.

Introdução

Pesquisa recente demonstrou que, de acordo com as temáticas dos artigos publicados no campo da epidemiologia neste país, houve uma significativa mudança no cenário, quando comparados os períodos de 1985-1989 com 2000-2004. Foi observado, neste último, que apenas 40% das publicações se referiam a doenças infecciosas e saúde materno-infantil e dos 60% dedicados a outros temas epidemiológicos, houve um importante aumento no campo da saúde bucal e da violência.¹ Aliado a isto, entende-se que o conhecimento sobre a situação epidemiológica de uma população é fundamental para a identificação de problemas prioritários, de grupos mais vulneráveis e de fatores de risco e proteção que lhes são associados, de modo a orientar decisões, tanto para o nível de planejamento, quanto para o de execução de serviços.^{2,3,4}

Quanto aos padrões das doenças bucais, nas últimas décadas, inquéritos epidemiológicos demonstram que a distribuição e a gravidade da cárie dentária e da doença periodontal variam nas diferentes partes do mundo e dentro do mesmo país ou região, em função dos distintos perfis de risco entre populações (condições de vida, estilos de vida e fatores sócio-ambientais) e dos resultados das ações de políticas públicas de prevenção das doenças bucais.⁵⁻¹²

A cárie dentária é a doença bucal mais prevalente em vários países asiáticos e latino-americanos e ainda se apresenta como um grave problema de saúde bucal coletiva na maioria dos países industrializados, afetando 60% a 90% dos escolares e a grande maioria dos adultos. Porém em grande parte dos países africanos, parece ser menos comum e menos grave.^{9,11,13} No entanto, é esperado que a incidência de cárie dentária aumente nesses países, principalmente naqueles que estão em processo de desenvolvimento, como resultado do crescente consumo de açúcares e da inadequada exposição ao flúor.^{9,13}

Outro importante problema de saúde bucal é a perda dentária. Em países industrializados, apesar de a proporção de idosos desdentados ainda ser elevada, observa-se uma tendência positiva de redução da perda de dentes entre adultos e manutenção da dentição funcional nos últimos anos.^{10,13} Entretanto, em muitos países em desenvolvimento a perda dentária apresenta-se como um crescente problema de saúde pública. O limitado acesso aos serviços de saúde bucal faz com que os adultos fiquem frequentemente sem tratamento dentário ou tenham seus dentes extraídos por causa da dor ou desconforto.¹³ Outro motivo para a perda do dente em adultos é a doença periodontal. Nos países em desenvolvimento 5-15% da população possui periodontite severa que pode resultar em perda dental.^{7-9,11}

A saúde bucal da população brasileira só muito recentemente passou a fazer parte da agenda do governo federal. Em março de 2004, pela primeira vez, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu uma Política Nacional de Saúde Bucal, através do programa Brasil Sorridente, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira.¹⁴ Visto que a saúde do adulto e o processo de envelhecimento são aspectos que vêm exigindo atenção a nível internacional e nacional, é factível considerar que a produção de conhecimento sobre a condição de saúde bucal dessa faixa etária faz-se necessária.

Existem no Brasil cinco estudos epidemiológicos das condições de saúde bucal de adultos, sendo dois restritos ao Estado de São Paulo¹⁵⁻¹⁹. Dos três de abrangência nacional, um é específico da saúde bucal do trabalhador. Tais investigações revelam uma variação de prevalência para as condições avaliadas, destacando-se a cárie que apresenta um valor (médio) de CPO-D variando de 18,52 a 27,20 e o percentual de dentes extraídos neste índice variando de 40,39 a 85,96%.¹⁵⁻¹⁹ Apesar de estar ocorrendo um declínio na prevalência da cárie dentária na faixa etária escolar brasileira, principalmente aos 12 anos de idade, não se observa o mesmo em adultos. Para este grupo etário, a cárie e a perda dentária persistem como grandes problemas de saúde pública.¹⁵⁻¹⁹ Desta forma, a população adulta apresenta-se como prioridade em termos epidemiológicos para a área da saúde bucal.

No último levantamento nacional finalizado em 2003¹⁷, conhecido como SB Brasil, observou-se uma precária condição de saúde bucal dos adultos. O percentual de indivíduos com 20 ou mais dentes permanentes na boca foi de 53,96%, havendo diferenças entre regiões. No Nordeste, esta proporção foi de 49,97%. Tais percentuais são inferiores à meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que seria de 75% (como meta preconizada para o Brasil) no ano 2000.^{16,20} As condições de desigualdade socioeconômica têm sido imputadas como importantes determinantes das condições de saúde,^{2,5-13,21-25} de modo que é de fundamental importância a incorporação de fatores relacionados ao estilo de vida, realidade socioeconômica e demográfica e de acesso aos serviços de saúde na explicação do fenômeno saúde-doença.

Vêm se observando que as doenças bucais se manifestam com frequências distintas segundo condições sócio-econômicas²⁶⁻²⁸ diferentes, visto que os maiores índices de cárie e doença periodontal ocorrem entre os adultos de menor renda e grau de escolaridade.²⁹⁻³¹

Neste sentido, este estudo tem como objetivo identificar fatores associados às condições de saúde bucal em uma população de adultos residentes em áreas cobertas pelo

Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (PACS/ESF), em Salvador, Bahia, Brasil.

Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal envolvendo todos os adultos, de ambos os sexos, com idade entre 35 e 59 anos, residentes em domicílios cadastrados no PACS/ESF dos distritos sanitários de Salvador-BA (Brasil).

O tamanho mínimo da amostra foi calculado no aplicativo Epi-Info, versão 6.04, para a população finita definida pelo total de adultos entre 40 a 59 anos³², residentes em área urbana, coberta pelo PACS/ESF, com prevalência de 25,18% para edentulismo na arcada superior, em adultos entre 35 a 44 anos,¹⁶ precisão de 5%, nível de confiança de 95%. Considerando um efeito do desenho de 1,5 e possíveis não respostas e perdas de 10%, o tamanho final da amostra foi de 479 adultos.

O desenho da amostra teve as seguintes etapas: a partir do Índice Geral de Condição Sociodemográfica (IGCS),³³ os doze Distritos Sanitários do município de Salvador foram agrupados em quatro conglomerados homogêneos segundo condição de vida e aspectos sócio-demográficos. Em seguida, foi sorteado, de cada conglomerado, um Distrito Sanitário e deste sorteou-se uma Unidade de Saúde da Família (USF). O número de adultos a ser examinado em cada conglomerado foi calculado por partilha proporcional à distribuição da população cadastrada, de modo a garantir a representatividade.

Para a identificação dos domicílios e dos indivíduos utilizaram-se os mapas de territorialização e dados do cadastro das Equipes da Estratégia de Saúde da Família. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que não apresentaram qualquer deficiência física ou mental que impedisse a realização dos exames e entrevista e que aceitaram participar da pesquisa assinando o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.

Das informações existentes no instrumento elaborado para a coleta de dados, foram contempladas as seguintes variáveis: sexfrequência de visita ao dentista, perda dentária, Índice CPO-D, Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) e necessidade de prótese. Os critérios para diagnóstico das condições de saúde bucal foram aqueles descritos no Manual do Examinador do Projeto SB Brasil.³⁴

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2007, mediante aplicação de questionário pré-testado, por meio de entrevista e exame clínico bucal, em uma única oportunidade para cada indivíduo, agendada previamente pelo agente comunitário de

saúde (ACS) responsável pela micro-área. A visita domiciliar foi realizada por onze duplas de alunos do Curso de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, compostas por um examinador e um anotador, previamente treinados e calibrados, segundo protocolo recomendado por Peres et al.³⁵ O percentual geral de concordância de diagnóstico para as condições avaliadas foi de 89,5% e o cálculo do Kappa para a concordância 2 a 2, variou entre 0,75 e 0,99. A condição de saúde bucal foi avaliada pelo examinador após escovação dos dentes, estando o adulto sentado próximo a uma fonte de luz natural, com o auxílio de gaze, espátula descartável de madeira e/ou espelho bucal plano e sonda periodontal da OMS, observando-se os padrões de biossegurança recomendados.³⁶ Foi realizado o reexame de 10% da amostra, obtendo-se um percentual geral de concordância de 98,2% e o Kappa para a concordância 2 a 2, variou entre 0,88 e 1.

A caracterização da população de estudo e a descrição da condição de saúde bucal foram realizadas a partir das médias, desvio padrão e frequências relativas das variáveis de interesse. Para identificar fatores associados à perda dentária e à perda de inserção periodontal, dividiu-se a amostra segundo duas categorias de efeito de acordo com cada condição: perda dentária – sim (menos que 20 dentes funcionais presentes); perda de inserção periodontal – sim (perda de inserção periodontal de 6 mm ou mais). A prevalência da condição de saúde bucal (perda dentária, perda de inserção periodontal e necessidade de prótese) e as médias e desvio padrões do CPO-D e da perda dentária, dessa população, foram calculados de acordo com as condições sócioeconômico-demográficas e de frequência de utilização dos serviços odontológicos, utilizando-se, respectivamente, o teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson e os testes T de Student/Kruskal-Wallis para testar a diferença entre os grupos, com um nível de significância de 5%.

A seleção das variáveis para modelagem, visando identificar os fatores associados à condição de saúde bucal baseou-se na literatura e nos resultados da análise bivariada através do teste do qui-quadrado com um nível de significância de 5%. *Odds ratios* (OR) foram estimados por meio de regressão logística não-condicional backward e a inferência estatística baseou-se em intervalos de confiança a 95%, calculados pelo método de Mantel Haenszel, sendo o critério de permanência no modelo final a existência de um nível de significância de 5%.³⁷ Sexo e idade foram consideradas como variáveis de confusão e permaneceram em todos os modelos logísticos multivariados. Para a construção do banco de dados, utilizou-se o programa Epi-info, versão 6.04 e a análise estatística foi realizada no programa Stata versão 10.0, levando em consideração os possíveis efeitos de conglomerado na obtenção da amostra.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 17 de janeiro de 2007 (Registro CEP: 056-06/CEP-ISC).

Este estudo faz parte do projeto “Condições de saúde bucal de crianças na primeira infância, adultos e idosos de Salvador-BA: uma abordagem do contexto familiar e da qualidade de vida” desenvolvido pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia-FAPESB, projeto nº 239-9766400 do Edital PPSUS/2006.

Resultados

Foram examinados 501 adultos, com média de idade 45,5 anos ($\pm 7,0$), dos quais 399 (79,6%) eram do sexo feminino, 48,3% tinham baixo grau de instrução (analfabetos e alfabetizados) e 42,1% não tinham rendimento individual mensal. A tabela 1 apresenta as características sócioeconômico-demográficas, as condições de saúde bucal e a frequência de utilização dos serviços odontológicos desta população. Em relação à condição de saúde bucal, as médias do índice CPO-D e da perda dentária foram 16,8 dentes ($\pm 7,7$) e 11,7 dentes ($\pm 8,8$) respectivamente. Para a doença periodontal, observaram-se 17,7% de adultos com perda de inserção periodontal igual ou maior a 6 mm em pelo menos um sextante.

As mulheres apresentaram maior média do índice CPO-D ($17,5 \pm 7,6$, $p < 0,0001$) e de seu componente perdido ($11,4 \pm 8,8$, $p = 0,003$) quando comparadas com os homens, com diferenças estatisticamente significantes (Tabela 2).

A tabela 3 descreve a análise bivariada entre as condições de saúde bucal e as características sócioeconômico-demográficas e de frequência de utilização dos serviços odontológicos. A prevalência de perda dentária (menos que 20 dentes funcionais presentes) apresenta um gradiente, que foi estatisticamente significante, de acordo com o grau de instrução, visto que indivíduos com maior grau de instrução apresentaram menor perda dentária (35,4%, $p < 0,001$). Comportamento similar foi observado em relação à renda individual mensal. Os adultos que visitaram o dentista regularmente apresentaram menor prevalência de perda dentária quando comparados com os que iam ao dentista por sentirem necessidade, com diferença estatisticamente significante (37,9%, $p < 0,0001$). Adultos entre 45 e 59 anos (24,3%, $p = 0,0001$), homens (32,2%, $p < 0,0001$) e com baixo grau de instrução (23,0%, $p = 0,001$) mostraram uma prevalência maior de perda de inserção periodontal estatisticamente significante.

Menor rendimento individual mensal mostrou-se associado a perda dentária (OR=2,72; IC 95%: 1,07-2,87, $p<0,0001$) e adultos com baixo grau de instrução e que frequentam o dentista regularmente tem maior chance (OR=3,95; IC 95%: 1,87-8,34) de perda dentária (tabela 4).

Não foi observada associação entre perda de inserção periodontal e renda individual mensal (OR=1,14; IC 95%: 0,60-2,16). Entretanto, existiu uma associação estatisticamente significativa entre a perda de inserção periodontal e o grau de instrução. Ou seja, adultos com baixo grau de instrução apresentaram maior a perda de inserção periodontal (OR=3,18; IC 95%: 1,62-6,25, $p=0,001$) do que os com alto grau de instrução (tabela 5).

Discussão

Os resultados encontrados na presente investigação indicam que, na população estudada, baixas condições socioeconômicas, representadas pela ausência de renda individual mensal e baixo grau de instrução, estão associadas à pior condição de saúde bucal, avaliada através da perda dentária. Além disso, o baixo grau de instrução mostrou-se associado à maior perda de inserção periodontal. Estes achados corroboram um expressivo número de investigações que também evidenciaram a relação entre piores condições socioeconômicas e precárias condições de saúde bucal.^{5,6,9-12,16,17,24,27,29-31}

Tais achados não surpreendem por se referirem a uma população de muito baixo nível sócio-econômico. Considerando que as características socioeconômicas influenciam todo o desencadeamento do processo saúde-doença, condicionando os demais fatores determinantes^{25,38,39}, a relação inversa entre CPO-D e renda^{17,19} e a inversão observada nos componentes desse índice, com a maior frequência de “dentes perdidos” nas faixas de renda menores e de “dentes obturados” nas faixas de renda maiores, está coerente com o fato de que uma pior condição social relaciona-se com um menor acesso a serviços de atenção à saúde e, conseqüentemente, a medidas de controle, prevenção e tratamento das doenças bucais. Ademais, o baixo nível social e econômico em geral também está relacionado a características culturais que determinam menor capacidade de percepção dos agravos e das limitações impostas por eles, resultando em piores condições de saúde bucal⁴⁰.

Salienta-se que apesar de a relação entre baixo grau de instrução e maior perda dentária também ter sido encontrada em outros estudos^{5,6}, quando controlada pela frequência de visita ao dentista, esta associação teve sua magnitude aumentada para os adultos de baixo grau de instrução que visitavam regularmente o dentista e, para os que visitavam somente

quando havia necessidade, o risco se manteve com menor força, e sem significância estatística. Deste modo, fica evidenciado que adultos de baixo grau de instrução que visitam regularmente o dentista possuem um maior risco para a perda dentária. Isto pode ser explicado pela impossibilidade de acesso a medidas de controle e prevenção das doenças bucais bem como aos tratamentos curativos, expondo esses indivíduos a uma maior prática odontológica mutiladora, visto que a extração dentária ainda é muito usada como medida terapêutica para a cárie em indivíduos de baixo nível socioeconômico.^{13,28} Ao contrário, entre adultos de maior grau de instrução, a perda dentária pode ser revertida pelo tratamento restaurador ou protético, conforme demonstrado por Petry *et al.* (2000),⁴¹ em estudo envolvendo adultos jovens, em Santa Catarina, no qual se constatou que a visita regular ao dentista tornava maior a chance de cáries ou restaurações em cerca de 67%. Apesar de os autores considerarem a hipótese de causalidade reversa como uma possível explicação, ou seja, o fato de possuir cáries levaria o indivíduo a procurar mais o dentista, eles também não descartaram a hipótese de que recebem mais tratamento indivíduos que consultam o dentista com maior frequência. Esta segunda hipótese corrobora os achados do nosso estudo.

Outros estudos também demonstraram que adultos da classe social baixa apresentaram maior prevalência de cárie como fatores associados à perda dental quando comparados a adultos de classe social média e alta.^{24,29} Uma hipótese que pode justificar esses achados é o alto percentual de adultos que vai ao dentista apenas quando sente necessidade, geralmente pela presença de dor, situação que dificulta a possibilidade de tratamento restaurador, devido à maior gravidade da doença, determinando um tratamento mutilador,^{7-9,11,16,19} fato que também explicaria a maior média de perda dentária²⁶ e o maior percentual de adultos com menos de vinte dentes funcionais presentes, em indivíduos que frequentam o dentista apenas quando sentem necessidade.

Avaliando a condição de saúde bucal dessa população o índice CPO-D encontrado (16,8) foi semelhante ao observado por Cimões *et al.* (2007),²⁴ entretanto, inferior aos encontrados em outros estudos,^{16,17,19,31,38,42} sendo que as mulheres apresentaram maior experiência de cárie (17,5), também observado por Hong-Ying *et al.* (2002)¹¹, com maior percentual do componente perdido (65%) e menor média de dentes hígidos (13,1), o que pode ser explicado pelo fato de as mulheres frequentarem mais o dentista e por isso receberem mais tratamento.

A média de dentes extraídos foi similar à média encontrada para adultos de 35 a 44 anos no levantamento epidemiológico realizado no ano de 2002 em São Paulo¹⁹, porém apresentou-se inferior ao encontrado no levantamento SB Brasil (2004), tanto a nível nacional

quanto para a região Nordeste,¹⁶ e superior ao encontrado no levantamento realizado por Pinto.(2006), para trabalhadores brasileiros.¹⁷

O percentual de dentes perdidos entre aqueles atacados pela cárie do índice CPO-D na população do estudo (64,5%) foi inferior ao índice encontrado no Nordeste (71,87%), e semelhante ao encontrado no Brasil (65,72%).¹⁶ O aumento da perda dentária com o aumento da idade, menor grau de instrução e da renda individual mensal confirma a grande necessidade de tratamento reabilitador (84,2%), para a população adulta^{16,17,19,38} e de baixa renda¹⁷, apontada em outros estudos.

A prevalência encontrada para perda de inserção periodontal (17,7%) foi mais elevada do que a prevalência da região Nordeste (6,2%), observada entre trabalhadores brasileiros¹⁷, porém inferior à constatada por Lacerda *et al.*(2008),³⁸ em adultos com idade entre 40 e 44 anos em Chapecó, Santa Catarina (30,6%).

Avaliando a condição socioeconômica de um modo geral, Abegg (1997)²⁷ observou, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que adultos com maior condição socioeconômica apresentavam menos sangramento gengival. Quando avaliada a condição periodontal comparando indivíduos da área urbana e rural em Burkina Faso, na África, adultos residentes na área rural apresentaram pior condição periodontal.⁹ A associação entre baixo grau de instrução e perda de inserção periodontal encontrada na presente pesquisa também foi demonstrada no estudo realizado com trabalhadores da construção civil de um município da região centro-oeste do Estado de São Paulo, Brasil,³¹ assim como em indivíduos de 35 anos, na cidade de Varmland, Suécia,⁶ e em estudos realizados nos Estados Unidos⁴³ e Canadá.⁴⁴

Em síntese, é precária a condição de saúde bucal dos adultos analisados neste estudo, tendo em vista que 48,9% apresentavam 20 ou mais dentes presentes na boca não atendendo a meta da OMS para o ano 2000, que sugere um percentual de 75%. Situação semelhante foi encontrada nos levantamentos SB Brasil¹⁶ e de São Paulo.¹⁹ Como os resultados aqui apresentados refletem apenas a realidade epidemiológica de saúde bucal dos adultos residentes nas áreas de cobertura do ESF, estas informações podem subsidiar o planejamento e programação das ações e intervenções a serem desenvolvidas nas USF do município de Salvador. Entretanto, deve-se ressaltar que alguns desses resultados devem ser interpretados com cautela, devido a certas limitações que o estudo apresenta. Uma delas se refere ao delineamento seccional, cujos limites são conhecidos para os testes de hipóteses causais. Outra limitação diz respeito à questão metodológica advinda do processo de amostragem, que só permitiu estimativas para a população de Salvador, coberta pelo ESF, nessa faixa etária.

Contudo, as comparações com outros estudos possibilitaram perceber semelhanças e diferenças desta população com outras regiões inclusive Nordeste. Por sua vez, a coleta dos dados realizada em domicílio durante a semana pode ter influenciado um aumento na proporção de adultos do sexo feminino. Enquanto o Censo Brasileiro de 2007⁴⁵ mostra que nas faixas etária de 35-44 anos a proporção de mulheres na Bahia é igual a 50,1%, neste estudo observou-se a participação de 79,6% de mulheres. Porém, outros estudos também encontraram maior percentual de mulheres, variando de 54,1% a 68,1%.^{16,19,24,38,42,46} Apesar destas limitações, este é o primeiro trabalho que produziu informações sobre a condição de saúde bucal e fatores associados da população adulta no município de Salvador.

Observa-se um gradiente da associação entre perda dental em pessoas sem rendimento quando comparadas com as que possuem até um salário mínimo ou mais, apesar da relativa homogeneidade da condição socioeconômica desta população. Tal achado aponta os programas sociais de combate à pobreza, como fatores que contribuem para a redução da desigualdade em saúde, através da melhoria na distribuição de renda.

Conclusão

Os achados deste estudo sugerem que existe associação entre piores condições socioeconômica, representada pela ausência de renda individual mensal e baixo grau de instrução, e piores condições de saúde bucal, avaliada através da perda dentária e perda de inserção periodontal e revelaram a precária condição de saúde bucal nos adultos estudados. Nesse sentido, a melhoria e manutenção das condições de saúde bucal dos adultos estão, fundamentalmente, ligadas à luta pela melhoria dos determinantes sociais e econômicos.

Referências Bibliográficas

1. Barreto ML. Growth and trends in scientific production in epidemiology in Brazil. *Rev. Saúde Pública*. 2006; 40 (N Esp): 1-6.
2. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 98). *Rev C S Col*. 2002; 7: 285-96.
3. Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ªed. São Paulo: Santos, 2000.

4. Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.de S. (org.) Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.
5. Eklund SA, Burt BA. Risk factors for total tooth loss in the United States; longitudinal analysis of national data. *Journal of Public Health Dentistry*. 1994; 54: 5-14.
6. Paulander J, Axelsson P, Lindhe J. Association between level of education and oral health status in 35-, 50-, 65- and 75-year-olds. *J Clin Periodontol*. 2003; 30: 697-704.
7. WHO – World Health Organization. *The World Oral Health Report 2003*.: WHO, Geneva, 2003.
8. Petersen P E. *The World Oral Health Report 2003 – continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2003; 31(Suppl.1): 3-24.
9. Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health status of children and adults in urban and rural areas of Burkina Faso, Africa. *International Dental Journal*. 2004; 54: 83-89.
10. Hescot P, Bourgeois D, Doury J. Oral Health in 35-44 years old adults in France. *Int Dent J*. 1997; 47: 94-9.
11. Hong-Ying W, Petersen PE, Jin-You B, Bo-Xue Z. The second national survey of oral health status of children and adults in China. *International Dental Journal*. 2002; 52: 283-290.
12. Watt R, Sheiham A. Inequalities in oral health: a review of the evidence and recommendations for action. *British Dental Journal*. 1999; 187: 6-12.
13. Petersen P E. Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Health Programme. *Community Dental Health*. 2005; 22: 71-4.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal: Brasil Sorridente a saúde bucal levada a sério. (online) [acesso em: 05 de janeiro de 2010] Disponível em : http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19578
15. Brasil. Ministério da Saúde. Levantamento epidemiológico de saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, DF; 1988.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais. Brasília, DF; 2004.
17. Pinto VG Estudos epidemiológico de saúde bucal em trabalhadores da indústria: Brasil 2002-2003. Brasília, DF, SESI/DN; 2006.

18. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Estado de São Paulo, 1998: Relatório. São Paulo: FSP-USP; 1999.

19. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002: Relatório final. São Paulo: FSP-USP; 2002.

20. Federation Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J.* 1982; 32: 74-7.

21. Peres KGA, Bastos JRM, Latorre MRDO. Severidade da cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34: 402-8.

22. Peres, MA, Latorre MRD, Sheiham A, Peres KG, Barros FC, Hernandez PG, Mass AMN, Romano AR, Victora CG. Determinantes sociais e biológicos da cárie dentária em crianças de seis anos de idade: um estudo transversal aninhado numa coorte de nascidos vivos no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2003; 6: 293-306.

23. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública.* 2002; 18: 755-63.

24. Cimões R, Júnior AFC, Souza EHA, Gusmão ES. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. *Rev C S Col.* 2007; 12: 1691-6.

25. Castellanos PL. (org.). Pobreza y desigualdades em perfis de mortalidad. Comportamiento de algunos indicadores de mortalidad em grupos de población com diferentes condiciones de vida, em la década perdida, em países seleccionados de la América Latina y del Caribe. (Preparado por Programa de Análisis de Situación de Salud y sus Tendências – HSTA). Enero; 1992.

26. Loretto NRM, Seixas ZA, Jardim MC, Brito RL. Cárie dentária no Brasil: alguns aspectos sociais, políticos e econômicos. *Revista da ABO Nacional.* 2000; 8: 45-9.

27. Abegg C. Hábitos de higiene bucal de adultos porto-alegrenses. *Rev Saúde Pública.* 1997; 31: 586-93.

28. Marcenes W, Bönecker MJS. Aspectos epidemiológicos e sociais das doenças bucais. In: Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo, Artes médicas/EAP-APCD; 2000.

29. Guimarães MM, Marcos B. Perda de dente relacionada a razões clínicas segundo a classe social. *Rev CROMG.* 1995; 1: 54-61.

30. Tomita NE, Cordeiro R, Mendonça J, Senger V, Lopes ES. Saúde bucal dos trabalhadores de uma indústria alimentícia do centro-oeste paulista. *Rev FOB.* 1999; 7: 67-91.

31. Tomita NE, Chinellato EM, Lauris JRP, Kussano CM, Mendes HJ, Cardoso MTV. Oral Health of building construction workers: na epidemiological approach. *J Appl Oral Sci.* 2005; 13: 24-7.
32. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. (online) [acesso em: 22 de março de 2007] Disponível em : <http://WWW.ibge.gov.br>.
33. Oliveira AGRC. Impacto do Programa Saúde da Família no perfil de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste com mais de 100 mil habitantes: Relatório Final. *Instituição Executora:* Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília, DF; 2001.
35. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saúde Pública.* 2001; 17: 153-9.
36. OMS (Organização Mundial da Saúde). Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 4ª ed. São Paulo: Santos, 1999.
37. Rothman KJ. *Modern Epidemiology.* Boston: Little Brown and Company, 1998.
38. Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24: 1846-58.
39. Dahlgren GE, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1992.
40. McGrath CM, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc.* 2000; 46: 87-91.
41. Petry PC, Victoria CG, Santos IS. Adultos livres de cárie: estudo de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16: 145-53.
42. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20:626-31.
43. Oliver RC, Brown LJ, Loe H. Periodontal diseases in the United States Population. *Journal of Periodontology.* 1998; 69: 269-78.
44. Locker D, Leake JL. Risk indicators and risk markers for periodontal disease experience in older adults living independently in Ontario, Canada. *Journal of Dental Research.* 1993; 72: 9-17.
45. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da população 2007, Tabelas de resultados. (online) [acesso em: 05 de janeiro de 2010] Disponível em :

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tab
ela1_2_16.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem_final/tab%20ela1_2_16.pdf)

46. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. Cad. Saúde Pública. 2006; 22: 1699-1707.

Tabela 1. Características sócioeconômico-demográficas, das condições de saúde bucal (perda dentária, CPOD, necessidade de prótese e perda de inserção periodontal), e da utilização dos serviços odontológicos entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	n (501)	%
Sexo		
Masculino	102	20,4
Feminino	399	79,6
Idade		
35 a 44 anos	242	48,3
45 a 59 anos	259	51,7
Grau de Instrução		
2º Grau completo +	164	32,7
1º Grau completo	95	19,0
Analfabeto e Alfabetizado	242	48,3
Renda Individual Mensal		
1 salário mínimo ou+	147	29,3
Até 1 salário mínimo	143	28,5
Sem rendimento	211	42,1
Frequência de visita ao dentista (n=483) *		
Visita regularmente	190	39,3
Quando há necessidade	293	60,7
Perda dentária		
≥ 20 dentes funcionais presentes	241	48,1
< 20 dentes funcionais presentes	260	51,9
Necessidade de prótese		
Não necessita	79	15,8
Necessita combinação	411	82,0
Prótese total	11	2,2
Perda de inserção periodontal (n=458) **		
< 6mm	377	82,3
≥ 6 mm	81	17,7
Perda dentária (média ± desvio padrão)		11,7 ± 8,8
CPOD (média ± desvio padrão)		16,8 ± 7,7

* excluído os que nunca foram ao dentista

** excluído os que nunca foram ao dentista e os que possuíam todos os sextantes excluídos

Tabela 2 - Média e desvio padrão da experiência de cárie através do índice CPO-D e seus componentes, segundo sexo, entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-Bahia, 2007 (n=501).

Variáveis	Total n (501)		Sexo				p
			Masculino n (102)		Feminino n (399)		
	Média (%)	Desvio Padrão	Média (%)	Desvio Padrão	Média (%)	Desvio Padrão	
CPO-D	16,8 (100)	7,7	14,1 (100)	7,7	17,5 (100)	7,6	<0,001*
Cariado	2,0 (11,7)	2,9	2,1 (15,0)	2,9	1,9 (11,0)	2,9	0,561
Perdido	10,8 (64,5)	8,6	8,8 (62,0)	7,6	11,4 (65,0)	8,8	0,003*
Obturado	4,0 (23,8)	4,7	3,2 (23,0)	4,4	4,2 (24,0)	4,7	0,067
Hígido	13,7	7,3	16,1	7,5	13,1	7,2	<0,001*

*Significância estatística entre as categorias – T-Test (p<0,05)

Tabela 3 - Medidas das condições de saúde bucal segundo as variáveis socioeconômico-demográficas e de utilização dos serviços odontológicos entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	n (483)	CPOD	p	Perda dentária	p	< 20 dentes funcionais presentes %	p	Necessidade de Prótese %	p	n (458)	PIP ^a ≥6mm %	p
		Média (DP ^b)		Média (DP ^b)							PIP ^a ≥6mm %	
Sexo												
Masculino	94	14,7 (7,2)	0,002 [*]	9,4 (7,5)	0,005 [*]	43,6	0,104	89,4	0,160	90	32,2	<0,001 [#]
Feminino	389	17,4 (7,5)		12,0 (8,7)		53,0		83,6		368	14,1	
Idade												
35 a 44 anos	236	14,8 (6,7)	<0,001 [*]	7,8 (6,7)	<0,001 [*]	34,3	<0,001 [#]	84,8	0,968	232	11,2	<0,001 [#]
45 a 59 anos	247	18,8 (7,7)		15,0 (8,6)		67,2		84,6		226	24,3	
Grau de Instrução ^{###}												
2º Grau completo +	161	16,2 (6,7)	0,016 ^{**}	9,0 (7,6)	<0,001 ^{**}	35,4	<0,001 [#]	81,4	0,319	157	8,3	0,001 [#]
1º Grau completo	92	15,5 (7,9)		11,1 (8,5)		48,9		84,8		88	21,6	
Analfabeto	230	17,9 (7,8)		13,4 (8,7)		63,0		87,0		213	23,0	
Renda Individual Mensal ^{###}												
1 salário mínimo ou+	140	15,2 (7,4)	0,007 ^{**}	8,9 (7,8)	<0,001 ^{**}	35,0	<0,001 [#]	81,4	0,409	135	20,0	0,656
Até 1 salário mínimo	140	17,1 (7,4)		11,8 (8,0)		57,1		85,0		136	17,6	
Sem rendimento	203	17,8 (7,5)		13,0 (9,0)		58,1		86,7		187	16,0	
Frequência de visita ao dentista												
Visita regularmente	190	16,6 (6,7)	0,530	9,6 (7,8)	<0,001 [*]	37,9	<0,001 [#]	84,7	0,977	182	14,8	0,194
Quando há necessidade	293	17,0 (8,0)		12,7 (8,8)		59,7		84,6		276	19,6	

^a Perda de Inserção Periodontal

^b Desvio Padrão

^{*} Significância estatística entre as categorias – T-Test (p<0,05)

^{###} Média e desvio padrão – One way ANOVA

^{**} Significância estatística – Kruskal-Wallis Test (p<0,05)

[#] Significância estatística entre as categorias – Pearson χ^2 (p<0,05)

Tabela 4 - Odds Ratio (bruta e ajustada) obtida mediante Regressão Logística para a associação entre perda dentária e renda individual mensal e grau de instrução, segundo utilização dos serviços odontológicos em adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	OR Bruta	IC 95%	p	OR*	IC95%	p	Frequência de visita ao dentista					
							Visita regularmente		p	Quando há necessidade		p
							OR*	IC95%		OR*	IC95%	
Renda Individual Mensal			<0,0001 [#]			<0,0001 [#]						
1 salário mínimo ou+	1	-	-	1	-	-						
Até 1 salário mínimo	2,48	1,53 – 4,01	<0,0001 [#]	2,41	0,96 – 2,71	0,0001 [#]						
Sem rendimento	2,58	1,65 – 4,02	<0,0001 [#]	2,72	1,07 – 2,87	<0,0001 [#]						
Grau de instrução			<0,001 [#]			<0,001 [#]			<0,001 [#]			<0,284
2º Grau completo +	1	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-
1º Grau completo	1,75	1,04 – 2,94	0,036 [#]	1,72	0,99 – 2,98	0,053	2,31	0,91 – 5,86	0,078	0,98	0,47 – 2,10	0,994
Analfabeto e Alfabetizado	3,11	2,05 – 4,74	<0,001 [#]	2,67	1,72 – 4,15	<0,001 [#]	3,95	1,87 – 8,34	<0,001 [#]	1,34	0,73 – 2,46	0,341

[#] Significância estatística entre as categorias – Pearson χ^2 (p<0,05)

* OR ajustado por sexo e idade

Tabela 5 – Odds Ratio (bruta e ajustada) obtida mediante Regressão Logística para a associação entre perda de inserção periodontal e renda individual mensal e grau de instrução em adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	OR Bruta	IC 95%	p	OR*	IC 95%	P
Renda Individual Mensal			0,362			0,691
1 salário mínimo ou+	1	-	-	1	-	-
Até 1 salário mínimo	0,86	0,47 – 1,58	0,620	1,01	0,53 – 1,95	0,967
Sem rendimento	0,76	0,43 – 1,36	0,359	1,14	0,60 – 2,16	0,700
Grau de instrução			<0,001 [#]			0,001 [#]
2º Grau completo +	1	-	-	1	-	-
1º Grau completo	3,05	1,42 – 6,53	0,004 [#]	3,02	1,38 – 6,62	0,006 [#]
Analfabeto e Alfabetizado	3,31	1,73 – 6,35	<0,001 [#]	3,18	1,62 – 6,25	0,001 [#]

* OR ajustado por sexo e idade

[#] Significância estatística entre categorias – Pearson χ^2 (p<0,05)

Artigo 2

Fatores associados à percepção da saúde bucal relacionada à
qualidade de vida de adultos.

Factors associated with perceived oral health-related
quality of life of adults.

Abstract

Factors associated with perceived oral health-related quality of life/OHRQoL were evaluated by GOHAI and OIDP in a cross-sectional study with 501 adults 35-59 years randomly selected, residents of households registered in the Agents Community Health Program, Salvador, Bahia, Brazil. Information on socioeconomic, demographic, and oral health were obtained using indexes and criteria according Examiner's Manual SB Brazil project and indexes GOHAI and OIDP, whose scores were the outcomes. Differences in scores were tested by Pearson's χ^2 and Mann-Whitney U-test/Kruskal-Wallis. By Multiple Linear Regression association between tooth loss and GOHAI was evaluated adjusted for sex, age and other covariates. The average scores GOHAI and OIDP were 29.4 ± 4.7 and 12.1 ± 6.3 , respectively. Tooth loss was not associated with OIDP. In the final model, tooth loss remained associated with GOHAI ($\beta = -1.03$, $p = 0.026$), controlled for gender, age and loss of periodontal attachment. Worse oral health have increased the perceived impact of this condition on quality of life.

Key words: oral health; quality of life; tooth loss.

Resumo

Fatores associados à percepção da saúde bucal relacionada à qualidade de vida/SBRQV foram avaliados pelos GOHAI e OIDP em estudo transversal, com 501 adultos de 35-59 anos, selecionados aleatoriamente de domicílios cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Salvador, Bahia, Brasil. Obteve-se informações socioeconômico-demográficas e de saúde bucal utilizando índices e critérios do Manual do Examinador do Projeto SB Brasil e índices GOHAI e OIDP, cujos escores foram as variáveis dependentes. Diferenças nos escores foram testadas pelo χ^2 de Pearson e Mann-Whitney U-test/Kruskal-Wallis. Pela Regressão Linear Múltipla avaliou-se associação entre GOHAI e perda dentária, ajustada por sexo, idade e outras covariáveis. Os escores médios do GOHAI e OIDP foram $29,4 \pm 4,7$ e $12,1 \pm 6,3$ respectivamente. Perda dentária não se associou ao OIDP. No modelo final, perda dentária permaneceu associada ao GOHAI ($\beta = -1,03$; $p=0,026$), ajustada por sexo, idade e perda de inserção periodontal. Piores condições de saúde bucal aumentaram a percepção do impacto desta condição na qualidade de vida.

Palavras-chave: saúde bucal; qualidade de vida; perda dentária.

Introdução

A partir da década de 90, tem sido crescente o desenvolvimento de estudos epidemiológicos que evidenciam o impacto negativo de problemas de saúde sobre a qualidade de vida de indivíduos e populações. Entretanto, enquanto no campo da medicina as pesquisas que avaliam a qualidade de vida, tanto como resultado de ações assistenciais quanto de políticas públicas de promoção da saúde e prevenção de doenças, tem sido uma prática amplamente realizada¹, na odontologia, recentes paradigmas sobre o conceito de saúde, qualidade de vida e avaliação do estado de saúde bucal tiveram um impacto relativamente tardio².

No que se refere à contribuição dos aspectos psicossociais no processo saúde-doença, apesar da sua relevância, tais elementos têm sido pouco considerados nos estudos sobre a determinação da condição de saúde bucal³, nos quais ainda é quase que exclusivo o uso de características clínicas. Os índices recomendados pela OMS para avaliar as condições clínicas⁴, além de outros limites⁵, refletem apenas a visão do profissional que nem sempre é relevante para o paciente, pois não consideram a percepção da interferência das doenças bucais no cotidiano e bem-estar desses indivíduos².

A ênfase dada à qualidade de vida no campo da saúde é condizente com o conceito desta última como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença⁶. Deste modo, a qualidade de vida dos indivíduos estaria influenciada pela condição de saúde bucal, visto que esta pode interferir diretamente sobre aspectos da alimentação, fala, convívio social e auto-estima^{2,7}. Nesta perspectiva, a saúde bucal poderia ser definida como “uma dentição confortável e funcional que permita aos indivíduos exercerem seu papel social e atividades diárias sem transtornos”⁸.

O acúmulo das doenças bucais ao longo do tempo pode afetar a qualidade de vida e suas seqüelas podem conduzir a outros problemas bucais, como a perda dentária, que também interfere nas atividades diárias do indivíduo. Isto pode ocorrer como consequência direta da alteração de função resultante desta perda. Entretanto, a perda dentária pode não afetar a qualidade de vida quando influenciada pela percepção e valores, que sofrem mudanças, como ocorre por exemplo com o aumento da idade. Logo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida é um resultado dependente da natureza e gravidade da doença, porém modificado por padrões sócio-culturais, econômicos e aspectos psicológicos, que determinam no indivíduo a condição para lidar com a doença, suas seqüelas e suas deficiências, que influenciam o grau de desvantagem psicossocial vivenciada.

Devido à importância da auto-percepção da condição de saúde bucal nas dimensões de bem-estar físico, social e psíquico, alguns instrumentos foram desenvolvidos com o intuito de avaliar esta condição articulada à qualidade de vida e, desta forma, complementar a avaliação clínica convencional nos estudos epidemiológicos de saúde bucal⁹⁻¹². Esses instrumentos são similares, na medida em que, sua concepção se baseia na auto-percepção. Ou seja, mensuram o impacto da saúde bucal na vida do indivíduo, levando em consideração a visão deste, que de forma subjetiva avalia sua condição de saúde bucal relacionada com as diferentes dimensões: físicas, psíquicas e sociais. Eles se diferenciam em termos de extensão (número de perguntas), conteúdo, estrutura (sub-escalas) e formato de respostas, além dos métodos para obtenção do escore global. Dentre estes, pode-se citar: Índice de Impacto Oral nas Atividades Diárias (OIDP - Oral Impacts on Daily Performances)^{9,12} e Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI - The Geriatric Oral Health Assessment Index)¹⁰⁻¹², ambos, simples e de fácil aplicação. Todavia, nenhum desses instrumentos pode ser considerado como o padrão-ouro. O fato de não existir uma medida única que avalie a condição clínica de saúde bucal e de que diferentes populações exigirem diferentes medidas de avaliação, dificultam a existência de um instrumento padrão-ouro para tal finalidade¹².

O OIDP⁹ avalia o impacto que as condições de saúde bucal causam sobre as atividades diárias dos indivíduos. Fundamentado no quadro teórico conceitual da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization - WHO) Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICDH)¹³, que modificado por Locker derivou um modelo multidimensional para a saúde bucal usado no campo da odontologia^{2,14}. Este instrumento avalia a capacidade de executar atividades diárias influenciadas pela condição de saúde bucal, concentrando-se apenas no terceiro nível de mensuração do quadro teórico conceitual da WHO (deficiência e incapacidade)^{2,13}. Deste modo, demonstra coerência teórica e reduz a possibilidade de duplo registro do mesmo impacto da condição de saúde bucal em diferentes níveis⁷. Consiste em nove perguntas que avaliam as dimensões física, psicológica e social do dia-a-dia^{9,15}. Originalmente o escore final desse índice é calculado mediante multiplicação dos valores que avaliam a frequência e a severidade do impacto que afeta cada desempenho diário, gerando um escore para cada item do OIDP. A avaliação da severidade dá um peso à importância relativa do impacto da condição de saúde bucal, dentro dos diferentes desempenhos, percebidos pelo entrevistado. Entretanto, comparando o uso apenas do escore da frequência ou da severidade com o uso dos dois, não houve benefício relevante aos

resultados deste instrumento. Assim, sugere-se o uso de apenas um escore, frequência ou severidade, por razões de maior simplicidade e eficiência⁹.

O GOHAI, desenvolvido por Atchison e Dolan (1990)¹⁰, embora inicialmente pensado para idosos, vem sendo usado amplamente em outros grupos etários¹⁶⁻¹⁸. Atualmente foi adaptado para a população em geral, principalmente adultos¹⁹⁻²¹ e trabalhadores²², sendo renomeado para Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geral (GOHAI-The General Oral Health Assessment Index). Muito utilizado para avaliar a auto-percepção da condição de saúde bucal, também pode ser empregado para mensurar o impacto auto-referido da saúde bucal na qualidade de vida^{20,23,24}, na medida em que é constituído por doze perguntas que avaliam com que frequência o indivíduo percebe que algum problema bucal interfere em algumas atividades cotidianas. O indicador também contempla a dor e o desconforto, além das dimensões física, psíquica e social¹⁰⁻¹².

A utilização desses indicadores em estudos epidemiológicos tem aumentado. Entretanto, a diversidade de instrumentos e a falta de uniformidade e clareza na aplicação destes ainda se apresentam como um obstáculo. Portanto, é necessário que estudos de comparação entre as diferentes medidas de impacto sejam realizados para subsidiarem o aprimoramento destes instrumentos.

Vários estudos têm demonstrado algumas associações estatisticamente significantes entre as medidas clínicas e os índices de saúde bucal relacionados a qualidade de vida, corroborando a idéia de que a condição de saúde bucal impacta de forma significativa no cotidiano dos indivíduos. Esses achados referem-se, especialmente, aos aspectos clínicos que se relacionam com os domínios do bem-estar funcional, social e psicológico (dor, função e estética), como por exemplo, o número de dentes^{3,7,24-30}. No entanto, nem sempre indivíduos com piores condições de saúde bucal relatam ter baixa qualidade de vida^{14,31,32}. Em vista desses resultados controversos, a associação entre aspectos clínicos da saúde bucal e saúde bucal relacionada à qualidade de vida precisa ser mais estudada, principalmente para avaliar se a natureza da condição clínica utilizada determina diferentes comportamentos da associação²⁴.

Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção de adultos sobre a influência da condição de saúde bucal na qualidade de vida, mediante aplicação e comparação de dois instrumentos que avaliam o impacto desta condição nas atividades diárias (GOHAI e OIDP), e analisar fatores socioeconômico-demográficos e medidas clínicas de saúde bucal que interferem nessa percepção.

Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal envolvendo todos os adultos, de ambos os sexos, com idade entre 35 e 59 anos, residentes em domicílios cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Estratégia Saúde da Família (PACS/ESF) da área urbana de Salvador-Ba (Brasil), que representam 31% da população dessa faixa etária residente no referido município³³.

O tamanho mínimo da amostra foi calculado no aplicativo Epi-Info, versão 6.04, considerando a população finita definida pelo total de adultos entre 40 a 59 anos, residentes em área urbana, coberta pelo PACS/ESF, 8,7% de impacto entre os indivíduos com mais de 20 dentes funcionais presentes e $OR=2,02$ para associação entre perda dentária e OIDP²⁴, nível de confiança de 95% e um poder de 80%. O tamanho final da amostra foi de 498 adultos.

O desenho amostral teve as seguintes etapas: a partir do Índice Geral de Condição Sociodemográfica (IGCS)³⁴, os doze Distritos Sanitários do município de Salvador foram agrupados em quatro conglomerados homogêneos segundo condição de vida e aspectos sócio-demográficos. Em seguida, foi sorteado, de cada conglomerado, um Distrito Sanitário e deste sorteou-se uma Unidade de Saúde da Família (USF). O número de adultos a ser examinado em cada conglomerado foi calculado por partilha proporcional à distribuição da população cadastrada, de modo a garantir a representatividade.

Foram utilizados os mapas de territorialização e dados do cadastro das Equipes da Estratégia Saúde da Família para a identificação dos domicílios e dos indivíduos. Todos aqueles que não apresentaram qualquer deficiência física ou mental que impedisse a realização dos exames e entrevista e que aceitaram participar da pesquisa assinando o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* foram incluídos no estudo.

Para este estudo, contemplaram-se as seguintes informações contidas no instrumento elaborado para a coleta de dados - identificação, condição socioeconômico-demográfica, condições clínicas de saúde bucal (perda dentária, Índice CPO-D, condição periodontal mensurada pelos Índices de Perda de Inserção Periodontal (PIP) e Periodontal Comunitário (IPC), lesão de mucosa e necessidade de prótese) - e Índices de avaliação auto-referida do impacto da saúde bucal na qualidade de vida (GOHAI e OIDP). Os critérios para diagnóstico das condições de saúde bucal foram aqueles descritos no Manual do Examinador do Projeto SB Brasil³⁵.

O índice GOHAI utilizado já foi traduzido e validado para idosos¹⁷ e testado para adultos²² no Brasil. É composto de doze perguntas que investigam, nos últimos três meses, a frequência com que as condições de saúde bucal, segundo a percepção do indivíduo, afetaram a qualidade de vida nas seguintes dimensões: física/funcional, psicossocial e dor/desconforto. As respostas são registradas numa escala tipo Likert com três possíveis opções: sempre (1), algumas vezes (2) e nunca (3). A determinação do escore global do índice é feito através da soma da resposta de cada questão, sendo que três questões são somadas de forma invertida, onde (1) representa nunca e (3) sempre, obtendo-se um escore para o indivíduo que varia de 12 a 36, da pior para a melhor percepção da saúde bucal na qualidade de vida^{10,19}, classificados como alto (34 a 36), moderado (31 a 33) e baixo (menor ou igual a 30) sendo esses escores proporcionais aos da categorização original¹⁰.

O OIDP usado foi o desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997)⁹ e validado/aplicado na população brasileira^{36,37}. Composto por nove questões tem como objetivo estimar, nos últimos seis meses, de acordo com a percepção do indivíduo, a frequência do impacto que as condições bucais causaram nas suas atividades e comportamentos cotidianos (comer, falar, limpar os dentes, dormir, sorrir, relaxar, desempenhar atividades sociais do dia-a-dia, atividade física e contato social), considerando os domínios físico, social e psicológico^{9,15}. As respostas foram registradas através da escala tipo Likert com cinco opções: 1 (menos de uma vez ao mês ou nunca) considerado sem impacto, 2 (uma ou duas vezes ao mês), 3 (uma ou duas vezes por semana), 4 (três ou quatro vezes por semana) e 5 (quase todos os dias ou sempre) considerado maior impacto. Por razões culturais, características específicas desta população e efeitos práticos, foi utilizada uma escala com cinco respostas em vez da original com seis^{25,26}. A frequência do impacto para cada indivíduo foi calculada a partir do somatório das nove perguntas, obtendo-se um escore global que varia de 9 a 45, do menor ao maior impacto auto percebido. Objetivando comparação com o GOHAI, a escolha do ponto de corte para a categorização do OIDP foi baseada em critérios conceituais e na distribuição do escore deste índice. O critério conceitual classificou os indivíduos, segundo o escore total, entre os que tiveram ou não percepção de algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida: sem impacto (OIDP=9) e com impacto (OIDP≥10). Em seguida, os indivíduos classificados no grupo com impacto (OIDP≥10) foram divididos em dois grupos: médio impacto (10≥OIDP≤13) e alto impacto (OIDP≥14), considerando a mediana dessa distribuição.

As questões que avaliaram as condições socioeconômico-demográficas foram relativas ao sexo (masculino e feminino), idade (35-44 e 45-59 anos), grau de instrução (2º grau

completo ou mais, 1º grau completo e analfabeto/alfabetizado) e a renda individual mensal (1 salário mínimo ou mais, até 1 salário mínimo e sem rendimento). A avaliação clínica da condição de saúde bucal foi feita através da perda de inserção periodontal (< 6 mm e ≥ 6 mm), condição do periodonto (saudável/cálculo e presença de sangramento/bolsa periodontal), lesão de mucosa (ausente e presente), necessidade de prótese (sim e não), perda dos dentes anteriores superiores e inferiores (presente e ausente) e número de dentes funcionais presentes (≥ 20 e < 20).

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2007, mediante entrevista por meio de aplicação de questionário pré-testado, e exame clínico bucal, em uma única oportunidade para cada indivíduo, agendada previamente pelo agente comunitário de saúde (ACS) responsável pela micro-área. A visita domiciliar foi realizada por onze duplas de alunos do Curso de Odontologia da UFBA, compostas por um examinador e um anotador, previamente treinados e calibrados, segundo protocolo recomendado por Peres et al.³⁸. O percentual geral de concordância de diagnóstico para as condições avaliadas foi de 89,5% e o cálculo do Kappa para a concordância 2 a 2, variou entre 0,75 e 0,99. A condição de saúde bucal foi avaliada pelo examinador após escovação dos dentes, estando o adulto sentado próximo a uma fonte de luz natural, com o auxílio de gaze, espátula descartável de madeira e/ou espelho bucal plano e sonda periodontal da OMS, observando-se os padrões de biossegurança recomendados por esta⁴. Foi realizado o reexame de 10% da amostra, obtendo-se um percentual geral de concordância de 98,2% e o Kappa para a concordância 2 a 2, variou entre 0,88 e 1.

A caracterização da população de estudo segundo condição socioeconômico-demográfica, condições clínicas de saúde bucal e índices de saúde bucal relacionado à qualidade de vida (ISBRQV) (GOHAI e OIDP) foram realizadas a partir das médias, desvio padrão e frequências relativas.

Pelo Kolmogorov-Smirnov test, os escores do GOHAI e do OIDP apresentaram distribuição assimétrica. Desta forma, para determinar se os índices eram capazes de identificar grupos com diferentes níveis de impacto, nessa população, as prevalências da percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida do GOHAI (GOHAI baixo) e do OIDP (OIDP alto) e as médias e desvio padrão dos escores desses índices, foram calculadas de acordo com as categorias das condições socioeconômico-demográficas e clínicas de saúde bucal, utilizando-se, respectivamente, o teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson e os testes de Mann-Whitney U-test/Kruskal-Wallis Test para testar a diferença entre os grupos, com um nível de significância de 5%.

Um modelo de regressão linear múltipla foi construído para avaliar a associação entre o escore do GOHAI e a perda dentária, ajustado pelas covariáveis que foram estatisticamente significantes na análise bivariada, sendo que as variáveis sexo e idade, esta última empregada na sua forma contínua, foram consideradas como variáveis de confusão e permaneceram no modelo. A análise foi realizada em duas etapas com as variáveis independentes entrando em bloco na seguinte ordem: variáveis socioeconômico-demográficas e variáveis clínicas. A regressão linear múltipla foi realizada utilizando T-Test e Estatística F para avaliar o coeficiente padrão de regressão (β) e a adequação do modelo (R^2), respectivamente.

Para a construção do banco de dados, utilizou-se o programa Epi-info, versão 6.04 e a análise estatística foi realizada no programa Stata versão 10.0.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 17 de janeiro de 2007 (Registro CEP: 056-06/CEP-ISC). Este estudo faz parte do projeto “Condições de saúde bucal de crianças na primeira infância, adultos e idosos de Salvador-BA: uma abordagem do contexto familiar e da qualidade de vida” desenvolvido pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia-FAPESB, projeto nº 239-9766400 do Edital PPSUS/2006.

Resultados

Foram examinados 501 adultos, com média de idade 45,5 anos ($\pm 7,0$), dos quais 399 (79,6%) eram do sexo feminino, 48,3% tinham baixo grau de instrução (analfabetos e alfabetizados) e 42,1% não tinham rendimento individual mensal. A tabela 1 apresenta as características socioeconômico-demográficas, as condições de saúde bucal e a avaliação auto-referida do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Em relação às condições de saúde bucal, as médias do índice CPO-D e da perda dentária foram 16,8 dentes ($\pm 7,7$) e 11,7 dentes ($\pm 8,8$) respectivamente e 12,2% apresentaram lesão de mucosa. Para a doença periodontal, observaram-se 17,7% de adultos com perda de inserção periodontal igual ou superior a 6 mm e 31,2% com presença de sangramento/bolsa periodontal. Quanto à perda dentária, 51,1% apresentavam menos de 20 dentes funcionais presentes, 54,7% não tinham os dentes anteriores superiores e inferiores presentes e 84,2% necessitavam prótese. Os escores médios do GOHAI e OIDP foram $29,4 \pm 4,7$ e $12,1 \pm 6,3$ respectivamente.

Os escores dos ISBRQV e a distribuição do impacto auto percebido que as condições bucais causaram em cada atividade e comportamento cotidiano foram descritos na tabela 2.

Do total dos adultos estudados, 94,8% e 39,7% relataram ter pelo menos uma atividade diária afetada pela condição de saúde bucal de acordo com o GOHAI e OIDP, respectivamente. A condição bucal subjetiva relacionada à qualidade de vida foi avaliada como baixa por 50,7% das pessoas avaliados pelo GOHAI e com alto impacto na qualidade de vida por 18,4% pelo OIDP. Segundo a distribuição das frequências de cada item do GOHAI, 64,9% dos adultos algumas vezes ou sempre se preocuparam/aborreceram com problemas nos dentes e gengivas/prótese, 53,7% sentiram-se insatisfeitos/infelizes com a aparência dos dentes e gengivas/prótese e 40,3% sentiram desconforto ao comer qualquer coisa, sendo que apenas 13,8% limitaram contato com as pessoas por causa da condição dos dentes/próteses. De acordo com o OIDP, a atividade diária que teve a maior prevalência de impacto foi comer (20,6%), seguida de sorrir (16,4%), limpar os dentes (14,8%), relaxar (14,6%). Realizar tarefas do dia-a-dia, contato social e atividade física foram as atividades com menor prevalência de impacto, referida por 9,0%, 8,8% e 5,8% dos adultos respectivamente (Tabela2).

Na análise bivariada, o GOHAI e o OIDP mostraram-se associados às variáveis socioeconômico-demográficas e clínicas de saúde bucal na direção esperada, porém significância estatística foi observada para o índice GOHAI (Tabela 3). Indivíduos do sexo feminino e sem renda individual mensal apresentaram maior percepção da condição de saúde bucal interferindo na qualidade de vida. Para as variáveis clínicas de saúde bucal, indivíduos com piores condições de saúde bucal (presença de lesão de mucosa, menos de vinte dentes funcionais presentes na boca e presença de doença periodontal avaliada pela perda de inserção, presença de bolsa e sangramento) apresentaram maior percepção das condições de saúde bucal interferindo na qualidade de vida.

Adultos com menos de 20 dentes funcionais presentes perceberam mais o impacto da saúde bucal na qualidade de vida ($\beta=-1,29$; $p=0,003$) com uma variância residual (R^2) de 0,019. Na primeira etapa da análise de regressão linear múltipla observou-se que as variáveis socioeconômico-demográficas apresentaram uma variância residual (R^2) de 0,039, ou seja, essas variáveis explicaram 51,3% da variação da auto-percepção e apenas o sexo foi significativo nessa etapa ($p=0,027$). Na última etapa, quando as variáveis clínicas foram adicionadas, o R^2 passou a 0,067, sendo que foram significantes o sexo ($p=0,009$), a idade ($p=0,041$) e a perda de inserção periodontal ($p=0,004$). As variáveis clínicas explicaram 41,8% da variação da auto-percepção. O modelo total final explicou mais ($R^2=0,067$) do que a associação bruta ($R^2=0,019$) e após controle pelo efeito de todas as covariáveis, apesar da

pequena atenuação sofrida pelo coeficiente de regressão, o escore do GOHAI permaneceu com associação estatística significativa com a perda dentária ($\beta = -1,03$; $p=0,026$) (Tabela 4).

Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciaram que a perda dentária, aqui representada pela ausência de vinte ou mais dentes funcionais, foi o fator que se mostrou mais fortemente associado à percepção do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida medido pelo GOHAI.

Estes achados são consistentes com os de outros autores que também evidenciaram a relação entre número de dentes presentes e auto-percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, medidas por índices de saúde bucal relacionada à qualidade de vida^{10,24,27-30}. No estudo desenvolvido por Äström et al (2005)²⁶, além da perda dentária se comportar, com significância estatística, como uma variável preditora do OIDP, também foi possível observar um gradiente entre estas variáveis, pois quando comparados aos indivíduos que tinham 32 dentes naturais, os ORs foram de 1,4; 1,6 e 3,4 para os que tinham perdido 1-4 dentes, 5-10 dentes e 10 dentes ou mais, respectivamente. Logo, nesse estudo quanto maior o número de dentes perdidos, maior a auto-percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, mensurado pelo OIDP. Por sua vez, Locker (1992)³⁹ observou que tanto o número de dentes ausentes como a perda de inserção periodontal comportaram-se como variáveis preditoras significantes, do impacto da saúde bucal na qualidade de vida avaliada subjetivamente.

Também ser do sexo feminino, mais jovem e apresentar maior perda de inserção periodontal mostraram-se associados ao GOHAI, na nossa investigação. A relação entre sexo e GOHAI corrobora resultados de outros estudos que, igualmente, encontraram que mulheres sofrem e percebem mais os impactos causados pela saúde bucal na qualidade de vida do que os homens^{3,7,40}. Aspectos sócio-culturais têm permeado a explicação para essa diferença inferindo maior capacidade de percepção às mulheres, seja por padrões estéticos ou por transformações biológicas inerentes a elas. Já a redução da auto percepção da saúde bucal na qualidade de vida, avaliado pelo GOHAI, observada com o aumento da idade ainda representa um achado controverso visto que embora esteja em consonância com os de alguns autores^{27,29}, difere daqueles que não encontraram a referida associação^{7,25}.

Ressalta-se que apesar da relativa homogeneidade da condição econômica desta população de estudo, houve um gradiente, estatisticamente significativo, entre renda individual

mensal e GOHAI, na medida em que quanto menor o nível econômico, mais baixa era a percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Outros estudos também demonstraram que adultos da classe socioeconômica baixa apresentaram maior percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida quando comparados a adultos das classes socioeconômicas média e alta^{3,7,24,30}. Uma hipótese que pode justificar esses achados é o fato de que indivíduos com menor renda têm piores condições sociais (moradia, trabalho, educação) e um menor acesso a serviços de atenção à saúde. Desta maneira, a baixa renda determina uma série de condições que interferem negativamente em diferentes dimensões da qualidade de vida. Tal achado aponta os programas sociais de combate à pobreza, como fatores que contribuem para a redução da desigualdade em saúde e conseqüente melhora na qualidade de vida, através da melhoria na distribuição de renda.

Este estudo mostrou que a auto-percepção da saúde bucal na qualidade de vida na população adulta é de grande importância para a avaliação da saúde. Metade da população (50,7%) apresentou baixo GOHAI e aproximadamente 40% apresentaram impacto avaliado pelo OIDP, indicando que sua qualidade de vida está sendo afetada pelas condições de saúde bucal. O valor médio do índice GOHAI encontrado (29,4) foi semelhante aos encontrados em outros estudos^{16-19,21,22}, entretanto, foi inferior ao observado por Bonan et al.(2008)²³. O padrão encontrado para as respostas do GOHAI diferiu do estudo realizado por Silva et al.(2006)²¹, pois observou-se que aspectos da dimensão psicológica, tais como preocupação/aborrecimento (64,9%) e insatisfação com aparência (53,7%), e da dimensão de dor (53,1%) apresentaram maior impacto na qualidade de vida. A prevalência de impacto em pelo menos uma atividade diária, segundo OIDP (39,7%), foi maior do que o apresentado em alguns estudos^{7,26}, e inferior ao de outros^{3,15,25,40}. Entretanto, quanto a atividade diária mais afetada, comer (20,6%), referente à dimensão física, foi semelhante aos estudos^{3,15,25,26}, seguida da dimensão psicológica sorrir (16,4%).

Ambos os índices mostraram que problemas relacionados à saúde bucal afetaram a qualidade de vida na dimensão psicológica com maior frequência, destacando a importância da saúde oral na vida das pessoas de forma mais subjetiva, visto que as prevalências dos impactos funcionais apareceram em segundo plano. No entanto, o impacto no domínio social, tal como limitar o contato com as pessoas, foi menos percebido, em acordo com o achado de Tsakos et al (2009)²⁴. Podem-se compreender tais resultados tendo em vista que a insatisfação pessoal com a saúde bucal e a limitação na função estão mais relacionadas com a falta de dente^{41,42}, e que, na nossa sociedade, é cultural a aceitação da perda dentária como algo normal e natural do processo de envelhecimento^{43,44}. Desta forma, as funções sociais não são

muito afetadas por esta condição de saúde bucal. Ademais, o baixo nível socioeconômico, característico dessa população, além de limitar o acesso a medidas de controle, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde bucal, expondo esses indivíduos a uma maior prática odontológica mutiladora⁴¹⁻⁴³, também está relacionado a questões culturais que determinam menor capacidade de percepção da pior condição de saúde bucal limitando as relações sociais⁴⁵.

Portanto, nossos resultados indicam que a saúde bucal, desempenha um papel importante e multifacetado na vida dos adultos, não se relacionando apenas com a capacidade funcional, mas, principalmente, do ponto de vista psicológico, com aspectos subjetivos, como a auto-estima e satisfação pessoal, e que por questões culturais, específicas dessa população, a dimensão social, convívio com outras pessoas, não foi relevante. Logo, questões do domínio psicológico pareceram ser mais importantes do que as funcionais, tornando-se, para o indivíduo, o determinante principal da necessidade real de reabilitação dos dentes perdidos. Esta avaliação subjetiva, dos sentimentos pessoais em relação à perda dentária não é mensurada pelos índices recomendados pela OMS para avaliar as condições de saúde bucal⁴.

Esperava-se encontrar uma relação entre a perda dos dentes anteriores e os índices GOHAI e OIDP baseado na questão estética interferindo nas atividades de “sorrir” e “contato social”. Entretanto, neste estudo o número de perdas dentárias foi mais importante do que a posição de ocorrência da perda, ressaltando que tanto a estética como a função foram aspectos considerados importantes para a qualidade de vida nesta população.

Apesar de ter-se utilizado o índice OIDP avaliando apenas a frequência, tornando-o mais comparável com o GOHAI, eles apresentaram resultados diferentes na avaliação do impacto geral, nas atividades diárias com impacto mais frequente e na associação com as variáveis clínicas. Segundo o GOHAI, as condições clínicas de saúde bucal (perda dentária e de inserção periodontal) comportaram-se como preditoras do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, sugerindo que quanto pior a condição de saúde bucal, maior impacto nas atividades diárias, consistente com o estudo de Silva et al (2001)¹⁷ realizado com idosos residentes em Araraquara, São Paulo, onde as variáveis clínicas (doenças periodontais e dentárias) de sintomatologia dolorosa mostraram-se associadas à percepção da saúde bucal na qualidade de vida.

Não houve associação entre as condições clínicas e a auto-percepção de tais condições interferindo na qualidade de vida, avaliado pelo OIDP, corroborando com os resultados de outros estudos^{14,31,32}. Todavia, contradiz a maior parte de investigações sobre

esta temática^{3,7,25,26,28,29,40}. Assim, nem sempre indivíduos com piores condições clínicas de saúde bucal relatam terem baixa qualidade de vida¹⁴. Esta questão pode ser explicada pelo atual paradigma que permeia os conceitos de saúde e doença. Enquanto os indicadores clínicos avaliam a doença como um aspecto puramente biológico, o OIDP, índice que avalia saúde bucal relacionada à qualidade de vida, trabalha com um construto de caráter multidimensional e subjetivo, mais embasado conceitualmente nos aspectos psicossociais e de difícil mensuração quantitativa. Desta forma, pode-se entender que a doença nem sempre afeta negativamente a percepção do estado de bem-estar, e mesmo quando isso acontece, esta interferência é influenciada por expectativas, valores socioculturais e aspectos psicológicos individuais³⁹.

A diferença entre resultados encontrados pelos índices, em parte, pode ser devido ao próprio instrumento utilizado como também em razão da construção teórica de cada um deles. O OIDP, de acordo com seus aspectos conceituais e metodológicos, avalia individualmente a percepção da doença de forma diferente, quando comparado com as medidas clínicas e com o GOHAI. O GOHAI possui respostas mais simples, investiga um período mais curto (três meses) e além de avaliar as mesmas dimensões (física, psicológica e social) que o OIDP, também contempla a dor e desconforto. Visto que tanto as doenças bucais, na sua maioria, em grande parte do tempo, como a ausência dentária são assintomáticas, podem não interferir na percepção do impacto causado na qualidade de vida³⁰. Entretanto, problemas que causam dor e desconforto, são mais facilmente relatados e percebidos pelos indivíduos, interferindo em suas atividades diárias^{15,30,41,42}.

São poucas as informações epidemiológicas sobre saúde bucal e qualidade de vida em adultos no Brasil, por isso houve dificuldade em se comparar os resultados do presente inquérito com outros estudos nacionais. Daí, a importância de divulgar os resultados desse estudo realizado com a população de adultos residentes nas áreas de cobertura do PACS/ESF em Salvador, Bahia, o que pode contribuir não só para o delineamento de políticas de saúde bucal que reduzam as desigualdades e melhore a qualidade de vida da população adulta deste município, como também, para subsidiar discussões críticas acerca da realidade local, questão fundamental na formação da percepção da qualidade de vida de uma população.

Entretanto, deve-se ressaltar que alguns desses resultados devem ser interpretados com cautela, devido a certas limitações que o estudo apresenta. O desenho transversal de estudo não possibilita a avaliação do efeito da condição de saúde bucal e a auto-percepção desta na qualidade de vida ao longo do tempo. Outra limitação diz respeito à questão metodológica

advinda do processo de amostragem, que só permitiu estimativas para a população de Salvador, coberta pelo PACS/ESF, nessa faixa etária, limitando um pouco a diversidade de características socioeconômico-demográficas, culturais e de saúde bucal. Contudo, as comparações com outros estudos possibilitaram perceber semelhanças e diferenças desta população em relação a outras. Por sua vez, a coleta dos dados realizada em domicílio durante a semana pode ter influenciado um aumento na proporção de adultos do sexo feminino, o que pode ter refletido na maior percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Apesar destas limitações, este é o primeiro trabalho que produziu informações sobre saúde bucal e a auto-percepção da saúde bucal na qualidade de vida da população adulta no município de Salvador.

Considerações finais

Quando avaliado pelo GOHAI, nosso estudo confirma uma auto-percepção da saúde bucal interferindo na qualidade de vida, visto que houve uma significativa associação entre piores condições de saúde bucal e maior percepção desse impacto. Os resultados do OIDP sugerem que este indicador, baseado no quadro teórico conceitual modificado por Locker², foi insuficiente para mensurar a interferência da saúde bucal no cotidiano dos indivíduos. Faz-se importante a mensuração da percepção dos indivíduos sobre sua saúde e sobre os reflexos dela decorrentes, não apenas nas dimensões físicas e psicossociais, mas principalmente na percepção da dor, visto que o sofrimento e as limitações vivenciadas são, possivelmente, aspectos mais fiéis da condição de saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, medir qualidade de vida é uma tarefa cercada de complexidades, cuja interpretação requer constante aprofundamento conceitual e metodológico. Conceitualmente, as questões de qualidade de vida têm avançado em níveis consideráveis, sob o enfoque dos determinantes sociais de condição de vida e desenvolvimento, mas os aspectos analíticos de mensuração apresentam-se ainda como o grande desafio a ser superado, especificamente quando se usam diferentes ferramentas de avaliação, as quais trazem consigo vieses metodológicos inerentes e obstáculos típicos desse processo.

Avaliar e entender melhor a relação entre a auto-percepção das condições clínicas da saúde oral e suas conseqüências na qualidade de vida segundo as dimensões físicas, psicossociais e de dor e desconforto, não só promove uma compreensão mais complexa da saúde bucal, acrescentando uma perspectiva subjetiva à avaliação clínica, como também, fornece medidas adicionais a serem utilizadas para identificar as intervenções que

minimizariam estas conseqüências. Desta forma, esse conhecimento contribui para o bem-estar do paciente.

Recomenda-se a realização de estudos que avaliem o quanto os índices de saúde bucal relacionado à qualidade de vida são sensíveis as mudanças clínicas da condição de saúde bucal ao longo do tempo e a nível individual.

Referências Bibliográficas

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000; 5: 7-18.

2. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Community Dental Health* 1988; 5: 3-18.

3. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23: 1707-1714.

4. OMS (Organização Mundial da Saúde). Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 4ª ed. São Paulo: Santos, 1999.

5. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos, 2000.

6. WHO (World Health Organization) Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. Genebra, 1946.

7. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people: a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 195-203.

8. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Spec Care Dentist* 1993; 13: 35-9.

9. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina 1997. P.151-60.

10. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54: 680-87.

11. Atchison KA. The general oral health assessment index (The geriatric oral health assessment index). In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina 1997. P.71-80

12. Slade GD, Strauss RP, Atchinson KA, Kressin NR, Locker D, Reisine ST. Conference summary: assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. *Community Dent Health* 1998; 15: 3-7.
13. WHO – World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handcaps. Geneva: World Health Organization; 1980.
14. Locker D. Impact of dental conditions on patients's quality of life. *Community Dental Health* 1997; 5: 3-18.
15. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24: 385-9.
16. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condição de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21: 1251-59.
17. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 349-55.
18. Floriano FR, Costa MCN, Mota E. Condições de saúde bucal de idosos em Salinas das Margaridas – BA, 2002. *Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA* 2004; 29: 5-10.
19. Kressin NR, Atchinson KA, Miller DR. Comparing the impact of oral disease in two populations of older adults: application of the geriatric oral health assessment index. *J Public Health Dent* 1997; 57: 224-32.
20. Tubert-Jeannin S, Riordan PJ, Morel-Papernot A, Moulin R. Dental status and oral health quality of life in economically disadvantaged French adults. *Spec Care Dentist* 2004; 24: 264-68.
21. Silva SRC, Rosell FL, Júnior AV. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6: 405-10.
22. Silva DRAD. Percepção das condições de saúde bucal em adultos trabalhadores. [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
23. Bonan PRF, Borges SP, Haikal DS, Silveira MF, Martelli-Júnior H. Condições bucais e de reabilitação insatisfatórias dissociadas da percepção de qualidade de vida em idosos institucionalizados e não-institucionalizados. *Rev odonto ciênc* 2008; 23: 115-19.
24. Tsakos G, Sheiham A, Liffé S, Kharicha K, Harari Danielle, Swift CG, Gillman G, Stuck AE. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 286-92.

25. Massalu JR, Ästrom NA. Applicability of na abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:7-14.
26. Ästrøm NA, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. *Eur J Oral Sci* 2005;113: 289-296.
27. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 107-14.
28. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Relationship between clinical dental status and oral impacts in an elderly population. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2: 211-20.
29. Ästrøm NA, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors. *Eur J Oral Sci* 2006;114: 115-21.
30. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995; 74: 1408-13.
31. Robinson P, Nadanovsky P, Sheiham A. Can questionnaires replace clinical surveys to assess dental treatment needs of Adults? *J Public Health Dent* 1998; 58: 250-53.
32. Srisilapanan P, Sheiham A. assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs in dentate older people. *Gerodontology* 2001; 18: 25-34.
33. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. (online) [acesso em: 22 de março de 2007] Disponível em : <http://WWW.ibge.gov.br>.
34. Oliveira AGRC. Impacto do Programa Saúde da Família no perfil de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste com mais de 100 mil habitantes: Relatório Final. *Instituição Executora*: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília, DF; 2001.
36. Goes PSA. The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families [Doctoral Dissertation]. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London; 2001.
37. Cortes MI, Marcenes W, Sheiham A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14-year-old children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30:193-8.

38. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 153-9.
39. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dental Health* 1992; 9: 109-24.
40. Gomes AS, Abegg C, Fachel JMG. Relationship between oral clinical conditions and daily performances. *Braz Oral Res* 2009; 23: 76-81.
41. Vargas AMD & Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2005; 10: 1015-24.
42. Ferreira AAA, Piuvezam G, Werner CWA, Alves MSCF. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2006; 11: 211-8.
43. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2007; 12: 1051-6.
44. Rosa AGF, Fernandez RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de Saúde Bucal em Pessoas de 60 Anos ou Mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Públ* 1992; 26: 155-60.
45. McGrath CM, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc*. 2000; 46: 87-91.

Tabela 1. Características socioeconômico-demográficas, das condições de saúde bucal e da auto-percepção da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (GOHAI e OIDP) entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	n (501)	%
Socioeconômico-demográficas		
Sexo		
Masculino	102	20,4
Feminino	399	79,6
Idade		
35 a 44 anos	242	48,3
45 a 59 anos	259	51,7
Grau de Instrução		
2º Grau completo +	164	32,7
1º Grau completo	95	19,0
Analfabeto e Alfabetizado	242	48,3
Renda Individual Mensal		
1 salário mínimo ou+	147	29,3
Até 1 salário mínimo	143	28,5
Sem rendimento	211	42,1
Saúde bucal clínica		
Perda de inserção periodontal (n=458*)		
< 6mm	377	82,3
≥ 6 mm	81	17,7
Índice Periodontal Comunitário (n=458*)		
Saudável e cálculo	315	68,8
Sangramento e bolsa	143	31,2
Lesão de mucosa		
Ausente	440	87,8
Presente	61	12,2
Necessidade de prótese		
Não	79	15,8
Sim	422	84,2
Dentes funcionais presentes		
≥ 20	236	48,1
< 20	247	51,9
Dentes anteriores superiores e inferiores		
Presente	241	45,3
Ausente	260	54,7
Perda dentária	Média 11,7	Desvio-padrão 8,8
CPOD	16,8	7,7
Saúde bucal relacionada à qualidade de vida(SBRQV)		
GOHAI	29,4	4,7
OIDP	12,1	6,3

*excluído os que possuíam todos os sextantes excluídos

Tabela 2 – Número, percentual, média e desvio padrão dos escores gerais e de cada pergunta do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e do Oral Impacts Daily Performances (OIDP) entre adultos de 35 a 59 anos, Salvador-Bahia, 2007 (n=501).

Instrumentos	N (501)	%	Média ± DP*
GOHAI			
Categorizado			
Alto	107	21,4	
Moderado	140	27,9	
Baixo	254	50,7	
Perguntas			
		Algumas vezes/Sempre	(1-3)
1-Limitou tipo/quantidade de comida por causa de problemas com os dentes/próteses	144	28,7	2,6 ± 0,7
2-Aborrecimento mordendo/mastigando alimentos	173	34,5	2,5 ± 0,8
3-Deglutição desconfortável	173	34,5	2,4 ± 0,8
4-Dentes/próteses o impede de falar do jeito que você queria	117	23,4	2,6 ± 0,7
5-Sente desconforto ao comer qualquer coisa	202	40,3	2,4 ± 0,8
6-Limita contato com as pessoas por causa da condição dos dentes/próteses	69	13,8	2,8 ± 0,5
7-Insatisfeito/infeliz com a aparência de seus dentes e gengivas/próteses	269	53,7	2,1 ± 0,9
8-Usa medicação para aliviar dor/desconforto na boca	119	23,8	2,7 ± 0,6
9-Preocupado/aborrecido com problemas nos dentes e gengivas/próteses	325	64,9	1,9 ± 0,9
10-Nervoso/consciente com problemas nos dentes e gengivas/próteses	161	32,1	2,5 ± 0,7
11-Se sente desconfortável comendo na frente das pessoas por causa de problemas com os dentes e gengivas/próteses	115	23,0	2,6 ± 0,7
12-Dentes/gengivas sensíveis ao calor, frio ou doces	266	53,1	2,2 ± 0,8
GOHAI (escore total)	475	94,8	29,4 ± 4,7
OIDP			
Categorizado			
Sem impacto	302	60,3	
Médio impacto	107	21,3	
Alto impacto	92	18,4	
Atividades diárias			
		Impacto	(1-5)
1-Comer	103	20,6	1,5 ± 1,2
2-Falar	54	10,8	1,3 ± 1,0
3-Limpar os dentes	74	14,8	1,4 ± 1,1
4-Dormir	52	10,4	1,3 ± 0,9
5-Sorrir	82	16,4	1,5 ± 1,3
6-Relaxar	73	14,6	1,4 ± 1,0
7-Trabalhar/Estudar	45	9,0	1,2 ± 0,9
8-Atividade física	29	5,8	1,2 ± 0,7
9-Contato social	44	8,8	1,2 ± 0,9
OIDP (escore total)	199	39,7	12,1 ± 6,3

*DP- desvio padrão

Tabela 3 - Medidas dos instrumentos de auto-avaliação da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (GOHAI e OIDP) segundo variáveis socioeconômico-demográficas e de saúde bucal clínica de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	n (501)	GOHAI				OIDP			
		Média±DP [#]	p	Baixo %	p	Média±DP [#]	p	Alto impacto%	p
Socioeconômico-demográficas									
Sexo									
Masculino	102	30,8±3,4	0,005**	41,2	0,031*	10,7±3,2	0,037**	14,7	0,285
Feminino	399	29,1±4,9		53,1		12,4±6,8		19,3	
Idade									
35 a 44 anos	242	29,4±4,6	0,729	50,4	0,902	12,4±6,6	0,139	20,7	0,199
45 a 59 anos	259	29,4±4,8		51,0		11,8±6,0		16,2	
Grau de Instrução									
2º Grau completo +	164	29,8±4,2	0,602	47,6	0,612	11,8±5,9	0,788	18,3	0,989
1º Grau completo	95	29,3±4,4		51,6		11,6±5,4		17,9	
Analfabeto/Alfabetizado	242	29,1±5,2		52,5		12,4±6,8		18,6	
Renda Individual Mensal									
1 salário mínimo ou+	147	30,3±3,9 ^a	0,040***	44,2	0,034*	11,2±4,4	0,422	15,6	0,572
Até 1 salário mínimo	143	29,3±4,9		47,6		12,4±6,6		20,3	
Sem rendimento	211	28,8±5,0 ^a		57,4		12,4±7,1		19,0	
Saúde bucal clínica									
Perda de inserção periodontal ^{##}									
< 6mm	377	29,6±4,5	0,014**	47,9	0,084	12,0±6,3	0,136	16,4	0,024*
≥ 6 mm	81	28,1±5,3		56,6		12,8±6,6		27,2	
Índice Periodontal Comunitário ^{##}									
Saudável e cálculo	315	29,7±4,5	0,034**	48,8	0,088	11,8±6,1	0,077	15,2	0,011*
Sangramento e bolsa	143	28,6±5,0		59,3		12,8±6,8		25,2	
Lesão de mucosa									
Ausente	440	29,6±4,6	0,036**	49,1	0,053	11,9±6,0	0,543	17,3	0,090
Presente	61	28,1±5,3		62,3		13,4±7,9		26,2	
Necessidade de prótese									
Não	79	30,4±4,3	0,065	46,8	0,454	11,6±5,6	0,367	15,2	0,427
Sim	422	29,2±4,8		51,4		12,2±6,4		19,0	
Nº de Dentes funcionais presentes									
≥ 20	241	30,0±4,1	0,026**	43,6	0,002*	12,0±5,9	0,530	18,3	0,953
< 20	260	28,8±5,2		57,3		12,2±6,7		18,5	
Dentes anteriores superiores e inferiores									
Presente	227	30,0±3,9	0,117	44,9	0,019*	11,8±5,4	0,554	18,1	0,874
Ausente	274	29,00±5,2		55,5		12,3±6,9		18,6	

[#]DP – Desvio padrão^{##} excluídos os que possuem todos os sextantes excluídos*Significância estatística entre categorias – Pearson χ^2 (p<0,05)

**Média e desvio padrão – T-Test; Significância estatística entre categorias – Mann-Whitney Test (p<0,05)

***Média e desvio padrão – One way ANOVA; Significância estatística entre categorias – Kruskal-Wallis Test (p<0,05)

Tabela 4 – Coeficientes de regressão (β) obtidos pela Regressão Linear Múltipla para a associação entre o escore do GOHAI e perda dentária e variáveis socioeconômico-demográficas e de saúde bucal clínica dos adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007 (n=458).

Variáveis	GOHAI / Etapas					
	Bruta		Primeira		Segunda	
	β (IC [#] 95%)	p	β (IC [#] 95%)	p	β (IC [#] 95%)	p
< 20 dentes funcionais presentes	-1,29 (-2,14 -0,43)	0,003*	-1,32 (-2,24 -0,39)	0,005*	-1,14 (-2,06 -0,23)	0,014*
Socioeconômico-demográficas						
Sexo (feminino)			-1,26 (-2,39 -0,14)	0,027*	-1,51 (-2,64 -0,38)	0,009*
Idade			0,05 (-0,01 0,12)	0,121	0,07 (0,003 0,13)	0,041*
Renda Individual Mensal (até 1 salário mínimo)			-0,61 (-1,75 0,52)	0,291	-0,70 (-1,82 0,43)	0,224
Renda Individual Mensal (sem rendimento)			-1,01 (-2,10 0,08)	0,071	-1,05 (-2,13 0,03)	0,056
Saúde bucal clínica						
Perda de inserção periodontal (≥ 6 mm)					-1,70 (-2,84 -0,55)	0,004*
Índice Periodontal Comunitário (Sangramento e bolsa)					-0,82 (-1,74 0,10)	0,080
Lesão de mucosa (Presente)					-0,93 (-2,25 0,40)	0,169
R ²	0,019		0,039		0,067	

*Estatisticamente significativa (p<0,05)

IC – Intervalo de Confiança

Artigo 3

Fatores associados à qualidade de vida de adultos.

Factors associated with quality of life of adults.

Abstract

Cross-sectional study in a random sample of 501 adults 35-59 years of households registered in the Program of Community Health Workers in Salvador, Bahia, Brazil evaluated factors associated with tooth loss and quality of life by WHOQOL-Bref. Socioeconomic and demographic information on oral and general health, GOHAI, OIDP and WHOQOL-Bref were obtained. Scores of questions independent of each domain of WHOQOL-Bref were the dependent variables. Pearson χ^2 and Mann-Whitney U-test/Kruskal-Wallis χ tested differences. Multiple linear regressions evaluated the association adjusted for gender, age and other covariates. The mean scores of WHOQOL-Bref were 58.5 ± 19.8 and 59.0 ± 27.3 to general issues of quality of life and satisfaction with health, respectively, with higher quality of life in the social relationships domain (69.3 ± 18.4) and lowest in the environment (49.8 ± 14.5). No association between domain scores and tooth loss. In the final models, loss of upper and lower anterior teeth lost the association with quality of life ($\beta = -1.41$, $p = 0.450$) and health perception ($\beta = -4.67$, $p = 0.066$).

Key words: oral health; quality of life; tooth loss; WHOQoL-Bref.

Resumo

Estudo transversal em amostra aleatória de 501 adultos de 35-59 anos de domicílios cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em Salvador, Bahia, Brasil avaliou fatores associados à perda dentária e qualidade de vida, através do WHOQoL-Bref. Informações socioeconômico-demográficas, sobre saúde geral e bucal, GOHAI, OIDP e WHOQoL-Bref foram obtidas. Escores das perguntas independentes e de cada domínio do WHOQoL-Bref foram as variáveis dependentes. χ^2 de Pearson e Mann-Whitney U-test/Kruskal-Wallis testaram as diferenças. Regressão Linear Múltipla avaliou a associação ajustada por sexo, idade e outras covariáveis. Os escores médios do WHOQoL-Bref foram $58,5 \pm 19,8$ e $59,0 \pm 27,3$ para questões gerais de qualidade de vida e satisfação com saúde, respectivamente, com maior qualidade de vida no domínio relações sociais ($69,3 \pm 18,4$) e menor no do meio ambiente ($49,8 \pm 14,5$). Não houve associação entre escores dos domínios e perda dentária. Nos modelos finais, perda dos dentes anteriores superiores e inferiores perdeu a associação com qualidade de vida ($\beta = -1,41$; $p = 0,450$) e com percepção de saúde ($\beta = -4,67$; $p = 0,066$).

Palavras-chave: saúde bucal; qualidade de vida; perda dentária; WHOQoL-Bref.

Introdução

Nos dias atuais, o estudo sobre qualidade de vida tem despertado o interesse de profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, inclusive da saúde. Entretanto, o discurso sobre a relação entre saúde e qualidade de vida existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando investigações sistemáticas começaram a referendar esta tese e oferecer subsídios para políticas públicas e movimentos sociais¹. Porém, foi a partir da década de 90, que o número de estudos que avaliam esta relação passou a ser crescente². Também no campo da saúde bucal, as doenças mais frequentes e suas conseqüências têm sido associadas à má qualidade de vida³⁻⁶.

A expressão qualidade de vida surgiu atrelada às discussões sobre os custos dos tratamentos médicos em geral⁷ e aos indicadores de desenvolvimento social. Nos anos 1960, como resultado da valorização da auto-percepção dos indivíduos⁸, o construto “Qualidade de Vida” tornou-se uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também apresentando objetivos com referência na satisfação das necessidades básicas e daquelas criadas pelo grau de desenvolvimento social e econômico de determinada sociedade¹.

Devido ao crescimento do interesse por este tema, em 1994, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS (Grupo WHOQoL) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁹⁻¹¹. Nesse conceito, considera-se a subjetividade da percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, ou seja, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida, sendo elas a capacidade funcional (funções sociais, físicas, emocionais e intelectuais), a percepção de bem-estar (satisfação com a vida e condição de saúde) e os sintomas físicos (de doenças)^{10,11}.

Das discussões conceituais, surgiu então a expressão saúde relacionada à qualidade de vida (SRQV) como algo que interliga a saúde à qualidade de vida respeitando suas diferenças. De modo geral, SRQV pode ser definida como o valor atribuído à vida ponderado pelas percepções de saúde, limitações físicas, psicológicas, funções sociais e oportunidades influenciadas pela doença, tratamento e outros agravos¹². Deste modo, identificam-se, na literatura, duas tendências principais com relação à qualidade de vida: uma mais freqüente, abordando qualidade de vida relacionada à saúde, e outra abordando qualidade de vida como um conceito mais geral^{1,2}, de acordo com a definição proposta pela OMS.

No que diz respeito à avaliação quantitativa da qualidade de vida, diversos instrumentos foram desenvolvidos, usando como base definições de qualidade de vida geral ou relacionada à saúde que, apesar de aparecerem nos estudos como conceitos similares, são diferentes¹³. Além disso, devido ao caráter subjetivo explícito nessas definições, algumas questões conceituais interferem na construção desses instrumentos^{2,14}. Quanto ao campo de aplicação, esses instrumentos podem ser classificados como genéricos e específicos^{15,16}. Os genéricos têm como vantagem a possibilidade de avaliação simultânea de vários aspectos da qualidade de vida, podendo ser aplicados em qualquer população e para diferentes patologias. Todavia não conseguem mensurar alterações em determinadas situações^{1,17,18}. Os instrumentos específicos, por serem destinados a avaliar certas doenças relacionadas à qualidade de vida ou atividades cotidianas dos indivíduos ou populações, são clinicamente mais sensíveis, mas não permitem comparações entre patologias distintas e as atividades dos domínios são restritas ao impacto do estado clínico em questão^{1,13,17,18}. Bowling (1997)¹⁹, sugere uma abordagem complementar através do uso de dois instrumentos de avaliação, sendo um específico e outro genérico, de forma a obter medidas subjetivas gerais da qualidade de vida e medidas subjetivas específicas da doença relacionada à qualidade de vida para melhor avaliar a percepção específica, ou seja, de pequenas mudanças que são importantes clinicamente.

O WHOQoL-100²⁰ e sua versão reduzida, WHOQoL-Bref^{9,10}, são instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida, desenvolvidos pelo Grupo WHOQoL^{21,22}, validados no Brasil²³⁻²⁵. Esses instrumentos possuem uma “dimensão transcultural e que contempla três aspectos fundamentais, referente ao construto qualidade de vida: subjetividade, através da percepção do indivíduo em questão; multidimensionalidade; e presença de dimensões positivas (por exemplo, mobilidade) e negativas (por exemplo, dor)”^{9,10,21,22,26}.

Quanto aos instrumentos específicos, alguns foram desenvolvidos no intuito de avaliar a saúde bucal relacionada à qualidade de vida (SBRQV)^{27,28} na percepção do indivíduo, dentre os quais se pode destacar o Índice de Impacto Oral nas Atividades Diárias (OIDP - Oral Impacts on Daily Performances)²⁷ e o Índice de Avaliação da Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI - The Geriatric Oral Health Assessment Index)²⁷. Ambos mensuram, de forma subjetiva, o impacto da condição de saúde bucal na vida do indivíduo em três dimensões: física/funcional, psicológica e social, porém diferem no número de perguntas, formato de respostas, cálculo de obtenção do escore global, além do fato do GOHAI avaliar a dimensão de dor e desconforto que não está contemplada no OIDP.

A utilização desses indicadores específicos em estudos epidemiológicos de saúde bucal tem demonstrado algumas associações estatisticamente significantes entre as medidas clínicas e de qualidade de vida^{3,4,6}, corroborando a idéia de que inadequadas condições de saúde bucal repercutem de forma negativa no cotidiano dos indivíduos e populações. Esses achados referem-se, especialmente, aos aspectos clínicos que se relacionam com os domínios do bem-estar funcional, social e psicológico (dor, função e estética), como por exemplo, o número de dentes^{3,4,6}. Por sua vez, até o presente momento, poucos estudos foram publicados avaliando se problemas bucais percebidos ou normativos interferem na percepção da qualidade de vida geral. Cabe ressaltar que qualidade de vida relacionada à saúde bucal é conceitualmente diferente da qualidade de vida geral^{2,13} e que os instrumentos propostos para tal finalidade também diferem quanto aos aspectos metodológico-conceituais.

O objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre perda dentária e qualidade de vida de adultos, através do WHOQoL-Bref, e analisar fatores socioeconômico-demográficos, de condição de saúde geral e bucal e os indicadores de saúde bucal relacionada à qualidade de vida (ISBRQV) que interferem nessa associação.

Material e métodos

Foi realizado um estudo transversal envolvendo todos os adultos, de ambos os sexos, com idade entre 35 e 59 anos, residentes em domicílios cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (PACS/ESF) da área urbana de Salvador-Ba (Brasil), que representam 31% da população dessa faixa etária residente no referido município²⁹.

O tamanho mínimo da amostra foi calculado no aplicativo Epi-Info, versão 6.04, considerando a população finita definida pelo total de adultos entre 40 a 59 anos, residentes em área urbana, coberta pelo PACS/ESF, 8,7% de impacto entre os indivíduos com mais de 20 dentes funcionais presentes e OR=2,02 para associação entre perda dentária e WHOQoL, nível de confiança de 95% e poder de 80%. O tamanho final da amostra foi de 498 adultos.

O desenho amostral teve as seguintes etapas: a partir do Índice Geral de Condição Sociodemográfica (IGCS)³⁰, os doze Distritos Sanitários do município de Salvador foram agrupados em quatro conglomerados homogêneos segundo condição de vida e aspectos sócio-demográficos. Em seguida, foi sorteado, de cada conglomerado, um Distrito Sanitário e deste sorteou-se uma Unidade de Saúde da Família (USF). O número de adultos a ser examinado

em cada conglomerado foi calculado por partilha proporcional à distribuição da população cadastrada, de modo a garantir a representatividade.

Foram utilizados os mapas de territorialização e dados do cadastro das Equipes da Estratégia Saúde da Família para a identificação dos domicílios e dos indivíduos. Todos aqueles que não apresentaram qualquer deficiência física ou mental que impedisse a realização dos exames e entrevista e que aceitaram participar da pesquisa assinando o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* foram incluídos no estudo.

Para este estudo, contemplaram-se as seguintes informações contidas no instrumento elaborado para a coleta de dados - identificação, condições socioeconômico-demográficas, condições clínicas de saúde bucal (perda dentária, Índice CPO-D, condição periodontal mensurada pelo Índice Periodontal Comunitário - IPC e lesão de mucosa), condição de saúde geral referida, - e os Índices de avaliação da saúde bucal relacionada à qualidade de vida (ISBRQV) (GOHAI e OIDP) e o de qualidade de vida geral (WHOQoL-Bref). Os critérios para diagnóstico das condições de saúde bucal foram aqueles descritos no Manual do Examinador do Projeto SB Brasil³¹. Apesar de auto-aplicáveis, os questionários (GOHAI, OIDP e WHOQoL-Bref), foram preenchidos através da entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e o analfabetismo. Entretanto, teve-se o cuidado de não interferir na interpretação das perguntas, de forma que, a leitura foi fiel ao que estava escrito, e quando solicitada alguma explicação, o entrevistador repetia a leitura da mesma maneira.

O índice GOHAI, validado para idosos³² e testado para adultos³³ no Brasil, é composto de doze perguntas que investigam, nos últimos três meses, a frequência com que a condição de saúde bucal, segundo a percepção do indivíduo, afetaram a qualidade de vida nas dimensões física/funcional, psicossocial e dor/desconforto. As respostas são registradas numa escala tipo Likert com três possíveis opções: sempre (1), algumas vezes (2) e nunca (3). A determinação do escore global do índice é feito através da soma da resposta de cada questão, sendo que três questões são somadas de forma invertida, onde (1) representa nunca e (3) sempre, obtendo-se um escore para o indivíduo que varia de 12 a 36, da pior para a melhor percepção da saúde bucal na qualidade de vida, classificados como alto (34 a 36), moderado (31 a 33) e baixo (menor que 30) sendo esses escores proporcionais aos da categorização original²⁸.

O OIDP²⁷, validado e aplicado na população brasileira³⁴, composto de nove questões, busca estimar, nos últimos seis meses, de acordo com a percepção do indivíduo, a frequência do impacto que as condições bucais causaram nas suas atividades e comportamentos cotidianos (comer, falar, limpar os dentes, dormir, sorrir, relaxar, desempenhar atividades

sociais do dia-a-dia, atividade física e contato social), considerando os domínios físico, social e psicológico²⁷. As respostas também foram registradas através da escala tipo Likert com cinco opções: 1 (menos de uma vez ao mês ou nunca) considerado sem impacto, 2 (uma ou duas vezes ao mês), 3 (uma ou duas vezes por semana), 4 (três ou quatro vezes por semana) e 5 (quase todos os dias ou sempre) considerado maior impacto. Por razões culturais, características específicas desta população e efeitos práticos, foi utilizada uma escala com cinco respostas em vez da original com seis³⁵. A frequência do impacto para cada indivíduo foi calculada a partir do somatório das nove perguntas, obtendo-se um escore global que varia de 9 a 45, do menor ao maior impacto auto percebido. A escolha do ponto de corte para a categorização do OIDP foi baseada em dois critérios: o critério conceitual que classificou os indivíduos com impacto ($\text{OIDP} \geq 10$) e sem impacto ($\text{OIDP} = 9$), segundo percepção de algum impacto da saúde bucal na qualidade de vida; e o critério da distribuição do escore que divide os indivíduos com impacto ($\text{OIDP} \geq 10$) em dois grupos: com médio impacto ($10 \leq \text{OIDP} \leq 13$) e alto impacto ($\text{OIDP} \geq 14$), segundo a mediana.

O WHOQoL-bref visa avaliar, nas duas últimas semanas, como o indivíduo se sente a respeito da sua qualidade de vida, saúde e outras áreas da vida⁹. Composto de 26 questões, as duas primeiras avaliam aspectos gerais, uma se refere à autopercepção da qualidade de vida e a outra a satisfação com a saúde, e as demais, representando cada uma das 24 facetas que compõe o WHOQoL-100²⁰, avaliam a qualidade de vida, mantendo o nível psicométrico e o caráter abrangente conceitual do instrumento original^{9,10,22}. As 24 facetas são agrupadas, de acordo com o conteúdo, em 4 domínios/dimensões: físico – percepção do indivíduo sobre sua condição física, psicológico – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva, relações sociais – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis adotados na vida, e meio ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive. As repostas são dadas segundo uma escala do tipo Likert, com cinco possibilidades de respostas (escore de 1 a 5) e com quatro tipos diferentes de categoria a depender do conteúdo da pergunta: intensidade (nada – extremamente), capacidade (nada – completamente), frequência (nunca – sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom)^{9,10,22}.

No presente estudo o cálculo dos escores do WHOQoL-Bref, tanto para cada pergunta independente como para cada domínio, foi realizado de acordo com o padronizado pela OMS^{9,22}, obtendo-se um escore que varia de 0 a 100, da pior a melhor qualidade de vida, não existindo pontos de corte que determinem um escore abaixo ou acima do qual possa avaliar a qualidade de vida como “ruim” ou “boa”. Não foi realizada a análise do WHOQoL-Bref para

indivíduos que apresentaram 20% ou mais de itens sem resposta. Quando houve mais de dois itens perdidos em um domínio, o escore deste domínio não foi calculado e quando houve até dois itens perdidos em um domínio, estes itens tiveram seus valores substituídos pela média dos outros itens do domínio, com exceção do domínio relação social, composto por três itens, que só teve seu escore calculado através de substituição de valores quando apenas um item foi perdido²².

A escolha do ponto de corte para a categorização das duas perguntas gerais do WHOQoL-Bref foi baseada em critério conceitual levando-se em conta a pior avaliação. Desta forma, os indivíduos foram classificados com boa qualidade de vida (5-muito boa, 4-boa e 3-nem boa nem ruim) e com ruim qualidade de vida (2-ruim e 1-muito ruim), segundo percepção da qualidade de vida; e com boa saúde (5-muito satisfeito, 4-satisfeito e 3-nem satisfeito nem insatisfeito) e com ruim saúde (2-insatisfeito e 1-muito insatisfeito) segundo percepção da saúde.

As questões que avaliaram as condições socioeconômico-demográficas foram relativas ao sexo, idade, grau de instrução, renda individual mensal, tratamento de água no domicílio, rede de esgoto no domicílio e acesso a plano de saúde. As avaliações da saúde geral e bucal foram feitas através da presença referida de alguma doença, condição do periodonto, lesão de mucosa, número de dentes funcionais presentes e perda dos dentes anteriores superiores e inferiores.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2007, mediante entrevista por meio de aplicação de questionário pré-testado, e exame clínico bucal, em uma única oportunidade para cada indivíduo, agendada previamente pelo agente comunitário de saúde (ACS) responsável pela micro-área. A visita domiciliar foi realizada por onze duplas de alunos do Curso de Odontologia da UFBA, compostas por um examinador e um anotador, previamente treinados e calibrados, segundo protocolo recomendado por Peres et al.³⁶. O percentual geral de concordância de diagnóstico para as condições avaliadas foi de 89,5% e o cálculo do Kappa para a concordância 2 a 2, variou entre 0,75 e 0,99. A condição de saúde bucal foi avaliada pelo examinador após escovação dos dentes, estando o adulto sentado próximo a uma fonte de luz natural, utilizando-se gaze, espátula descartável de madeira e/ou espelho bucal plano e sonda periodontal da OMS, observando-se os padrões de biossegurança recomendados por esta³⁷. Foi realizado o reexame de 10% da amostra, obtendo-se um percentual geral de concordância de 98,2% e o Kappa para a concordância 2 a 2, variou entre 0,88 e 1.

A caracterização da população de estudo segundo condições socioeconômico-demográficas, de saúde geral e bucal e indicadores de qualidade de vida geral (WHOQoL-Bref) e específicos (GOHAI e OIDP) foram realizadas a partir das médias, desvio padrão e frequências relativas.

Pelo Kolmogorov-Smirnov test, os escores das duas perguntas e dos domínios do WHOQoL-Bref apresentaram distribuição assimétrica. Desta forma, para determinar se o WHOQoL-Bref era capaz de identificar grupos com diferentes níveis de qualidade de vida, nessa população, as médias e desvio padrões dos escores das duas perguntas independentes e de cada domínio desse índice e as prevalências da percepção da pior qualidade de vida e da saúde foram calculadas de acordo com as categorias das condições socioeconômico-demográficas, de saúde geral e bucal e dos ISBRQV, utilizando-se, respectivamente, os testes de Mann-Whitney U-test/Kruskal-Wallis Test e o teste do qui-quadrado (χ^2) de Pearson para testar a diferença entre os grupos, com um nível de significância de 5%.

Foram construídos seis modelos de regressão linear múltipla para avaliar a associação entre os escores de cada uma das duas perguntas independentes e dos quatro domínios do WHOQoL-Bref e a perda dentária, ajustados pelas covariáveis que se mostraram estatisticamente significantes na análise bivariada. Porém, as variáveis sexo e idade, esta última empregada na sua forma de apresentação contínua, foram consideradas como variáveis de confusão e permaneceram nos modelos. A análise foi realizada em três etapas com as variáveis independentes entrando em bloco na seguinte ordem: variáveis socioeconômico-demográficas, variáveis de saúde geral/bucal e ISBRQV. A regressão linear múltipla foi realizada utilizando T-Test e Estatística F para avaliar o coeficiente padrão de regressão (β) e a adequação do modelo (R^2), respectivamente.

Para a construção do banco de dados, utilizou-se o programa Epi-info, versão 6.04, e a análise estatística foi realizada no programa Stata versão 10.0.

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 17 de janeiro de 2007 (Registro CEP: 056-06/CEP-ISC). Este estudo faz parte do projeto “Condições de saúde bucal de crianças na primeira infância, adultos e idosos de Salvador-BA: uma abordagem do contexto familiar e da qualidade de vida” desenvolvido pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia-FAPESB, projeto nº 239-9766400 do Edital PPSUS/2006.

Resultados

Foram examinados 501 adultos, com média de idade 45,5 anos ($\pm 7,0$), dos quais 399 (79,6%) eram do sexo feminino, 48,3% tinham baixo grau de instrução (analfabetos e alfabetizados), 42,1% não tinham rendimento individual mensal e 78% não possuíam plano de saúde. A tabela 1 apresenta as características socioeconômico-demográficas, as condições de saúde geral e bucal, os índices de avaliação da saúde bucal na qualidade de vida (ISBRQV) e da qualidade de vida geral. Em relação à saúde geral, 73,8% relataram ter pelo menos uma doença, para a condição de saúde bucal, as médias do índice CPO-D e da perda dentária foram 16,8 dentes ($\pm 7,7$) e 11,7 dentes ($\pm 8,8$) respectivamente, sendo que 54,7% não tinham os dentes anteriores superiores e inferiores presentes e 12,2% apresentaram lesão de mucosa. Os escores médios do GOHAI e OIDP foram $29,4 \pm 4,7$ e $12,1 \pm 6,3$ respectivamente. A condição bucal subjetiva relacionada à qualidade de vida foi avaliada como baixo por 50,7% das pessoas no GOHAI e com alto impacto na qualidade de vida por 18,4% no OIDP sendo que 94,8% e 39,7% relataram ter pelo menos uma atividade diária afetada pela condição de saúde bucal de acordo com o GOHAI e OIDP, respectivamente. Os escores do WHOQoL-Bref tiveram valores médios de $58,5 \pm 19,8$ e $59,0 \pm 27,3$ para as questões gerais de qualidade de vida e satisfação com a saúde, respectivamente, e de $66,0 \pm 17,3$ para o domínio físico, $68,6 \pm 14,7$ para o domínio psicológico, $69,3 \pm 18,4$ para o domínio de relações sociais e $49,8 \pm 14,5$ para o domínio meio ambiente. A qualidade de vida foi considerada ruim por 10,8% dos indivíduos e 24,4% se consideraram insatisfeitos com a própria saúde.

Na análise bivariada, as questões gerais do WHOQoL-Bref, qualidade de vida e satisfação com a saúde, mostraram-se associados às variáveis socioeconômico-demográficas, de saúde geral e bucal e aos ISBRQV na direção esperada, sendo algumas estatisticamente significante (Tabela 2). Indivíduos com pior grau de escolaridade (analfabeto/alfabetizado), sem água tratada no domicílio e sem plano de saúde apresentaram pior percepção da qualidade de vida e indivíduos mais velhos (45-59 anos) pior percepção do estado de saúde. Para as variáveis de saúde geral e bucal, indivíduos com piores condições de saúde bucal (presença de lesão de mucosa e perda dentária) apresentaram pior percepção da qualidade de vida e indivíduos que relataram ter alguma doença e apresentavam perda dentária se consideraram insatisfeitos com a própria saúde.

Também se observou associação, na direção esperada, entre os domínios do WHOQoL-Bref e as variáveis socioeconômico-demográficas, de saúde geral e bucal e os ISBRQV, sendo algumas estatisticamente significante (Tabela 3). Apresentaram pior

qualidade de vida no domínio físico os indivíduos mais velhos (45-59 anos), com menor grau de escolaridade (analfabeto/alfabetizado) e com problemas de saúde geral e bucal (lesão de mucosa) enquanto no domínio psicológico foram os indivíduos do sexo feminino, com menor grau de escolaridade (analfabeto/alfabetizado) e com problemas de saúde geral e bucal (lesão de mucosa). A pior qualidade de vida no domínio meio ambiente foi apresentada por pessoas do sexo feminino, com menor grau de escolaridade (analfabeto/alfabetizado) e renda (sem rendimento) e sem água tratada no domicílio. Apenas aqueles que relataram ter pelo menos um problema de saúde apresentaram pior qualidade de vida no domínio relações sociais.

Os indivíduos que perceberam maior impacto da condição de saúde bucal na qualidade de vida (GOHAI baixo e OIDP com alto impacto) apresentaram pior percepção da qualidade de vida geral, da satisfação com a saúde (tabela 2) e pior percepção da qualidade de vida em todos os domínios, não apresentando significância estatística, apenas o domínio físico, avaliado pelos indivíduos com alto impacto no OIDP (tabela 3).

Nas tabelas 4 e 5 estão, respectivamente, os resultados da regressão linear múltipla referentes a associação entre os escores da qualidade de vida geral e da saúde com a perda dentária. Constam na tabela apenas as variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada e que após a terceira etapa de ajuste do modelo, permaneceram significantes. Sexo e idade, esta última empregada na sua forma de apresentação contínua, foram consideradas como variáveis de confusão e permaneceram no modelo e na tabela independente da significância estatística encontrada.

Adultos com perda dos dentes anteriores superiores e inferiores se perceberam com pior qualidade de vida ($\beta=-5,03$; $p=0,005$) com uma variância residual (R^2) de 0,016. Na primeira etapa da análise de regressão linear múltipla observou-se que a variância residual (R^2) foi de 0,078, ou seja, as variáveis socioeconômico-demográficas explicaram 79,5% da variação da percepção da qualidade de vida e apenas o grau de instrução ($p<0,001$) e plano de saúde ($p=0,001$) foram significantes nessa etapa. Na segunda etapa, na presença das variáveis de saúde geral e bucal, o R^2 passou a 0,089, as mesmas variáveis mantiveram a significância estatística acrescentando-se a lesão de mucosa ($p=0,008$) e, as variáveis de saúde explicaram apenas 12,4% da variação da percepção da qualidade de vida. Na última etapa, quando os ISBRQV foram adicionados ao modelo, o R^2 passou a 0,108; as mesmas variáveis mantiveram-se estatisticamente significante e os ISBRQV explicaram apenas 17,6% da variação da auto-percepção. O modelo final explicou mais ($R^2=0,108$) do que a associação bruta ($R^2=0,016$) e, após controle pelo efeito de todas as covariáveis, a associação entre perda

dos dentes anteriores superiores e inferiores e qualidade de vida foi atenuada e perdeu a significância estatística ($\beta = -1,41$; $p = 0,450$) (Tabela 4).

Adultos com perda dos dentes anteriores superiores e inferiores se mostraram insatisfeitos com a própria saúde ($\beta = -7,94$; $p = 0,001$) com uma variância residual (R^2) de 0,021. Na primeira etapa da análise de regressão linear múltipla observou-se que a variância residual (R^2) foi de 0,025, ou seja, as variáveis socioeconômico-demográficas explicaram 16% da variação da percepção de saúde sendo que nenhuma dessas variáveis apresentaram significância estatística. Na segunda etapa, na presença das variáveis de saúde geral e bucal, o R^2 passou a 0,047, a associação principal manteve a significância estatística acrescentando-se a presença de doença ($p < 0,001$) e a variável de saúde explicou 46,8% da variação da percepção da saúde. Na última etapa, quando os ISBRQV foram adicionados ao modelo, o R^2 passou a 0,096, apresentando significância estatística a presença de doença ($p = 0,003$) e o GOHAI ($p < 0,001$), e os ISBRQV explicaram 51,0% da variação da percepção. O modelo final explicou mais ($R^2 = 0,096$) do que a associação bruta ($R^2 = 0,021$) e após controle pelo efeito de todas as covariáveis, a associação entre perda dos dentes anteriores superiores e inferiores e saúde foi atenuada e perdeu a significância estatística ($\beta = -4,67$; $p = 0,066$) (Tabela 5).

Apesar de realizadas as análises de regressão linear múltipla tendo os escores de cada domínio do WHOQoL-Bref como variável dependente, seus resultados não foram apresentados em tabelas pois não houve associação entre os escores dos domínios e a perda dentária, até mesmo quando ajustadas pelas covariáveis que foram estatisticamente significantes na análise bivariada.

Discussão

A associação encontrada na presente investigação entre perda dos dentes anterior superiores e inferiores e percepção de adultos sobre a sua qualidade de vida e o estado de saúde é consistente com o conhecimento já produzido por outros estudos^{3,4,6}. Entretanto, esta relação não se manteve com significância estatística quando outras doenças que acometem a cavidade oral (lesão de mucosa), problemas de saúde geral, alguns fatores socioeconômico-demográficos (sexo, idade, grau de instrução e acesso a plano de saúde) e o GOHAI foram analisados conjuntamente. Quanto aos domínios do WHOQoL-Bref, tanto a perda dos dentes anteriores superiores e inferiores, como a ausência de vinte ou mais dentes funcionais não apresentaram associação. Tais resultados contradizem estudos que afirmam encontrar relação

entre número de dentes presentes e auto-percepção do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, medidas por índices de saúde bucal relacionada à qualidade de vida^{4,28,38}.

Como os estudos que encontraram associação entre saúde bucal e qualidade de vida, utilizaram instrumentos específicos de SBRQV, avaliando a auto-percepção do impacto da saúde bucal nas atividades cotidianas relacionadas a esta condição, a diferença dos resultados pode ser devida a escolha do WHOQoL-Bref como instrumento de avaliação da qualidade de vida neste estudo. Visto que é um instrumento genérico, desenvolvido e empregado para avaliar a qualidade de vida de maneira mais abrangente³⁹⁻⁴⁴ que pode apresentar limites para mensurar alterações em situações específicas^{1,17,18} não sendo suficientemente apropriado para avaliar, especificamente, o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Entretanto, estudos têm usado o WHOQoL-Bref para mensurar a saúde relacionada à qualidade de vida em grupos de indivíduos com diferentes patologias, geralmente crônicas⁴⁵⁻⁴⁸. Assim, para avaliar a perda dentária e qualidade de vida, sugere-se a utilização de dois instrumentos de avaliação, um genérico e outro específico, de modo a obter medidas subjetivas gerais da qualidade de vida e específicas da saúde bucal relacionada à qualidade de vida para uma avaliação mais completa.

Outra hipótese para a não associação da perda dentária com a qualidade de vida avaliada pelo WHOQoL-Bref pode estar relacionada a uma questão cultural. Apesar do crescente reconhecimento, de que a saúde bucal é parte importante da saúde integral do indivíduo, tanto pela comunidade científica como pela população em geral, culturalmente, esse conhecimento ainda não foi incorporado no dia-a-dia das pessoas e nem tem sido capaz de causar grandes modificações nas ações dos serviços de saúde. Um aspecto importante a ser comentado é que essa hipótese torna-se mais plausível quando observado o resultado da análise de regressão linear múltipla para a associação entre a perda dentária e a percepção do estado de saúde. Das variáveis relativas à condição de saúde geral e bucal foi encontrada associação com significância estatística na direção esperada apenas para a variável “relato da presença de doenças” que, apesar de diferir do estudo realizado por Nunes & Freire (2006)⁴⁰, reforça a idéia de que problemas de saúde bucal não são percebidos como fatores que interferem na insatisfação com a saúde. Um ponto a ser levantado a partir desses resultados é a necessidade da conscientização e percepção da saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral.

Todavia, a presença de lesão de mucosa mostrou-se associada tanto à percepção de baixa qualidade de vida no domínio psicológico, testada no modelo de regressão linear múltipla, quanto à baixa qualidade de vida avaliada independente no WHOQoL-Bref. Este

achado pode ser compreendido levando-se em consideração a relação, já comprovada na literatura⁴⁹⁻⁵¹, entre as lesões de mucosa e o câncer de boca, patologia que exerce maior impacto na vida das pessoas, tanto no aspecto físico/funcional, como psicológico, quando comparada à perda dentária. Sendo assim, pode-se sugerir que por ter causado impacto em um domínio específico da qualidade de vida - o psicológico, a lesão de mucosa é percebida como uma condição que afeta a qualidade de vida de maneira geral.

A idade apresentou associação com a saúde e com o domínio físico, de forma isolada, ou seja, indivíduos mais velhos perceberam que a situação de saúde impacta de forma negativa na qualidade de vida, entretanto este efeito desapareceu na associação com a saúde e manteve-se com o domínio físico, na presença de todas as outras variáveis nos modelos de regressão linear múltipla. Tal resultado pode ter ocorrido devido à introdução da variável “presença de doença referida”, tendo em vista que indivíduos mais velhos percebem e possuem mais problemas de saúde. Como o domínio físico tem a dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamento e capacidade de trabalho como algumas de suas facetas, a idade também estaria relacionada a essas facetas, o que fortalece a sua associação com este domínio. Contudo, idade, assim como sexo, podem influenciar a associação entre outras variáveis e a percepção da qualidade de vida. Portanto, permaneceram na análise.

Os adultos analisados se consideraram com baixa qualidade de vida ($58,5 \pm 19,8$) e insatisfeitos com a própria saúde ($59,0 \pm 27,3$) e apresentaram baixa qualidade de vida nos domínios avaliados pelo WHOQoL-Bref o que foi consistente com outros estudos^{39,40}. Entretanto, comparar qualidade de vida requer alguns cuidados, uma vez que resultados semelhantes podem ser explicados por diferentes fatores.

Um importante achado desse estudo refere-se ao domínio “meio ambiente” que apresentou o pior escore de qualidade de vida ($49,8 \pm 14,5$), resultado também encontrado por outros autores^{39-41,43,44,46-48} apesar de realizados em populações diferentes. Mesmo não sendo objetivo do WHOQoL-Bref avaliar as facetas de cada domínio separadamente, no domínio “meio ambiente” analisado de forma específica, todas as oito facetas pareceram contribuir para pior qualidade de vida. Porém, aquela que mais contribuiu se refere à “quantidade de dinheiro para satisfazer as necessidades”, visto que 63,5% dos indivíduos consideraram “insuficiente” e 31,1% “mais ou menos”.

Embora encontrado um alto percentual de insatisfação com a renda e um gradiente estatisticamente significativo entre renda individual mensal e o domínio meio ambiente, visto que quanto menor o nível econômico menor a qualidade de vida percebida, neste domínio, não houve relação entre a baixa condição econômica desta população e sua percepção da

qualidade de vida, quando avaliada de forma geral pela pergunta independente. Uma hipótese que pode justificar tais achados é o fato de que indivíduos com menor renda têm piores condições sociais (moradia, trabalho, educação) e, culturalmente, em sua maioria, tais condições são percebidas como “inevitáveis”, o que causa um estado de “aceitação”. Assim, a condição de baixa renda não é percebida como uma variável que interfere na qualidade de vida. Neste aspecto, deve-se ressaltar que, teoricamente, espera-se que os indivíduos percebam o nível de satisfação em relação aos vários aspectos de sua vida (domínios) e os resuma em um julgamento subjetivo sobre a sua qualidade de vida global. A questão é se os indivíduos conseguem ter esta percepção global, ou se consideram importantes apenas os aspectos que mais preocupam no momento, ou ainda, se excluem esses aspectos da avaliação. Assim, nem sempre condições mensuradas objetivamente como negativas, correspondem a uma percepção também negativa dessa condição sobre a sua qualidade de vida global.

Resultados da avaliação dos domínios físico e psicológico do WHOQoL-Bref corroboram o achado do estudo realizado por Arnold et al (2004)⁴⁵, que demonstraram uma forte associação entre doenças crônicas e o domínio físico, assim como em outros estudos foi encontrado com o domínio psicológico⁴⁶⁻⁴⁸.

Embora na análise bivariada os ISBRQV tenham se mostrado associados na direção esperada, tanto para as duas perguntas independentes como para os quatro domínios do WHOQoL-Bref, não tendo significância estatística apenas para a associação entre o OIDP e baixa qualidade de vida no domínio físico, apenas o GOHAI manteve-se associado à insatisfação com o estado de saúde e à baixa qualidade de vida nos quatro domínios, nos modelos de regressão linear múltipla, na presença de todas as demais covariáveis. Com este resultado, pode-se inferir que o GOHAI se apresenta como um bom ISBRQV, pois mesmo sendo um índice específico, consegue avaliar a qualidade de vida no seu aspecto mais geral.

São poucas as informações epidemiológicas sobre saúde bucal e qualidade de vida avaliada pelo WHOQoL-Bref em adultos. Por esta razão, houve dificuldade para comparar os resultados do presente inquérito. Um dos motivos que explicaria o pouco uso deste instrumento em pesquisas com esse objetivo é o fato deste tratar-se de um instrumento genérico de medida de qualidade de vida, visto que existem instrumentos que avaliam as questões diretamente relacionadas às condições de saúde bucal e a qualidade de vida. Por se mostrar como um instrumento útil para avaliar a qualidade de vida geral^{25,46-48}, o WHOQoL-Bref pode parecer inadequado e insuficiente para avaliar especificamente a dimensão da saúde bucal na qualidade de vida. Contudo, quando comparamos o GOHAI com as dimensões e a perguntas isoladas do WHOQoL-Bref, eles apresentaram associação na direção esperada.

Sabendo-se que a interpretação desses indicadores deve ser entendida como um reflexo de parte da realidade complexa do dia-a-dia e que não devem ser tomados como expressão da mesma, seu uso combinado melhora a interpretação dos achados mostrando-se, portanto, mais úteis e abrangentes do que quando aplicados separadamente.

Reassalta-se, entretanto, que os resultados desse estudo devem ser interpretados com cautela, pois, somado à limitação do desenho de estudo transversal que não possibilita a avaliação do efeito da perda dentária na qualidade de vida ao longo do tempo, e do processo de amostragem que se restringiu a população de Salvador, coberta pelo ESF, ainda ressentindo-se da complexidade conceitual do construto “qualidade de vida” aliada às incertezas metodológicas próprias dos instrumentos de mensuração deste construto. Apesar destas restrições, este é o primeiro trabalho que produziu informações sobre saúde bucal e qualidade de vida, avaliada pelo WHOQoL-Bref, de uma população adulta residente no município de Salvador.

Considerações finais

Este estudo mostrou que a percepção da saúde na população adulta é de grande importância para a avaliação subjetiva da qualidade de vida e satisfação com a saúde. O domínio das relações sociais e o domínio psicológico tiveram melhores escores da qualidade de vida, seguidos do domínio físico, e do domínio meio ambiente. Mesmo considerando o caráter subjetivo da percepção sobre a saúde, os indivíduos não a perceberam como o único fator que interfere na qualidade de vida.

O acúmulo das doenças bucais ao longo do tempo pode interferir na qualidade de vida, entretanto este aspecto pode não afetar todas as dimensões ou até mesmo não ser o mais importante na percepção do indivíduo, visto que esta avaliação é subjetiva, e portanto, modificada por padrões sócio-culturais, econômicos e aspectos psicológicos. Estes, por sua vez, determinam no indivíduo a condição para lidar com a doença e suas deficiências, influenciando o grau de desvantagem psicossocial vivenciado. Cada indivíduo percebe e avalia sua qualidade de vida de forma própria, e esta avaliação pode sofrer alteração com o tempo, com a mudança de prioridades ao longo da vida e com as circunstâncias pelas quais a vida pode se modificar.

Medir qualidade de vida é uma tarefa complexa cuja interpretação requer constante aprofundamento conceitual e metodológico. Entretanto, essa avaliação permite que a recuperação e manutenção da saúde bucal não signifiquem apenas evitar doenças e prolongar

a vida, mas sim, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade de vida aos anos de vidas acrescentados a esses adultos, ou seja, garantam a capacidade de autonomia e padrão de bem-estar que são valores socialmente definidos.

É importante a realização de estudos longitudinais para investigar se ao longo do tempo e/ou em relação a mudanças no estado de saúde bucal, ocorrem modificações tanto nos domínios quanto na qualidade de vida global e satisfação com o estado de saúde dos adultos. Além disso, outros estudos devem ser desenvolvidos no sentido de avaliar a associação entre perda dentária e qualidade de vida, relação da saúde bucal com os diferentes domínios do WHOQoL-Bref e a percepção da saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral.

Referências Bibliográficas

1. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000; 5: 7-18. 7.
2. Seidl EM, Zannon CM. Qualidade de vida: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saude Publica* 2004; 20: 580-8.
3. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23: 1707-1714.
4. Tsakos G, Sheiham A, Liffle S, Kharicha K, Harari Danielle, Swift CG, Gillman G, Stuck AE. The impact of educational level on oral health-related quality of life in older people in London. *Eur J Oral Sci* 2009; 117: 286-92.
5. Silva SRC, Rosell FL, Júnior AV. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006; 6: 405-10.
6. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people: a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 195-203.
7. Williams A. The nature, meaning and measurement of health and illness: na economic viewpoint. *Soc Sci Med* 1985; 20: 1023-7.
8. Farquhar M. Definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1439-1446.

9. World Health Organization. (WHO) WHOQoL-Bref introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version 1996. Disponível em : http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (acessado em janeiro 2007).
10. World Health Organization. (WHO) Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment 1998. *Psychol Med* 1998; 28: 551-8.
11. World Health Organization. (WHO) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41: 1403-9.
12. Auquier P, Simeoni MC & Mendizabal H. Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à La santé. *Revue Prevenir* 1997; 33: 77-86.
13. Chachamovich JR, Chachamovich E, Zachia S, Knauth D, Passos EP. What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Human Reproduction* 2007; 22: 1946-52.
14. Fleck MP. Avaliação de Qualidade de Vida. In: Fraguas RJ, Figueiro, J. A. B., editores. *Depressões em Medicina Interna e outras condições medicas*. 1ª ed. Sao Paulo: Atheneu; 2000. p. 33-43.
15. Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol*. 1995; 22: 1188–90.
16. Kirshner B, Guyatt G. A Methodological framework for assessing health indices. *J Chronic Dis*. 1985; 38: 27–36.
17. Garratt A, Schimidt S, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002; 324: 1417 (bmj.com).
18. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment* 1998; 2: 3-63.
19. Bowling A. *Measuring health: a review of quality of life measurement scales*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press, 1997.
20. World Health Organization. (WHO) WHOQoL-100: the 100 questions with response scales. Field trial February 1995. Geneva, 1995.
21. World Health Organization. (WHO) WHOQoL measuting quality of life. 1997.
22. World Health Organization. (WHO) WHOQoL user manual. Draft, 1998.

23. Fleck MPA, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr.* 1999;21:19-28.
24. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública* 1999;33:198-205.
25. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saude Publica* 2000; 34: 178-83.
26. WHOQOL. Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998; 46: 1569-85.
27. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, ed. *Measuring Oral Health and Quality of Life.* Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina 1997. P.151-60.
28. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ* 1990; 54: 680-87.
29. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. (online) [acesso em: 22 de março de 2007] Disponível em : <http://WWW.ibge.gov.br>.
30. Oliveira AGRC. Impacto do Programa Saúde da Família no perfil de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste com mais de 100 mil habitantes: Relatório Final. *Instituição Executora:* Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2008.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000. Manual do Examinador. Brasília, DF; 2001.
32. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35: 349-55.
33. Silva DRAD. Percepção das condições de saúde bucal em adultos trabalhadores. [dissertação mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000.
34. Goes PSA. The prevalence and impact of dental pain in Brazilian schoolchildren and their families [Doctoral Dissertation]. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College London; 2001.

35. Massalu JR, Ästrom NA. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:7-14.
36. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17: 153-9.
37. OMS (Organização Mundial da Saúde). Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal: manual de instruções. 4ª ed. São Paulo: Santos, 1999.
38. Steele JG, Sanders AE, Slade GD, Allen PF, Lahti S, Nuttall N, Spencer AJ. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 107-14.
39. Saupe R, Nietche EA, Cestari ME, Giorgi MDM, Krahl M. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004; 12: 636-42.
40. Nunes MF, Freire MCM. Qualidade de vida de cirurgiões-dentistas que atuam em um serviço público. *Rev Saúde Pública* 2006; 40: 1019-26.
41. Fernandes MH & Rocha VM. Impact of the psychosocial aspects of work on the quality of life of teachers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31: 15-20.
42. Balbo PL, Júnior ALR, Cervi MC. Caracterização dos cuidadores de crianças HIV+/AIDS abordando a qualidade de vida, a classificação socioeconômica e temas relacionados à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12: 1301-7.
43. Bittencourt ZZLC, Hoehne EL. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14: 1235-1239.
44. Andrade ER, Sousa ER, Minayo MCS. Intervenção visando a auto-estima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14: 275-285.
45. Arnold R, Ranchor AV, Sanderman R, Kempen GI, Ormel J, Suurmeijer TP. The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Qual Life Res*. 2004; 13: 883-96.
46. Skevington SM, Lotfy M & O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research* 2004; 13: 299–310.
47. Chachamovich E, Trentini C, Fleck MP. Assessment of the psychometric performance of the WHOQOL-BREF instrument in a sample of Brazilian older adults. *International Psychogeriatrics Association* 2006, p.1-12.

48. Moreno AB, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS, Chor D. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22: 2585-2597.

49. Fernandes JP, Brandão VSG, Lima AAS. Prevalência de lesões cancerizáveis bucais em indivíduos portadores de alcoolismo. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2008; 54: 239-244.

50. Silva FD, Daniel FI, Grando LJ, Calvo MC, Rath IBS, Fabro SML. Estudo da prevalência de alterações labiais em pescadores da Ilha de Santa Catarina. *Revista Odonto Ciência* 2006; 21: 37-42.

51. Silveira EJD, Lopes MFF, Silva LMM, Ribeiro BF, Lima KC, Queiroz LMG. Lesões orais com potencial de malignização: análise clínica e morfológica de 205 casos. *J Bras Patol Med Lab* 2009; 45: 233-238.

Tabela 1 - Características socioeconômico-demográficas, de saúde geral e bucal e dos índices Geriatric Oral Health Assessment Index/GOHAI, Oral Impacts Daily Performances/OIDP e WHOQoL-Bref de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	n (501)	%
Socioeconômico-demográficas		
Sexo		
Masculino	102	20,4
Feminino	399	79,6
Idade (em anos)		
35 - 44	242	48,3
45 - 59	259	51,7
Grau de Instrução		
2º Grau completo e +	164	32,7
1º Grau completo	95	19,0
Analfabeto e Alfabetizado	242	48,3
Renda Individual Mensal		
1 salário mínimo ou +	147	29,3
Até 1 salário mínimo	143	28,5
Sem rendimento	211	42,1
Tratamento da água no domicílio		
Sim	384	76,6
Não	117	23,4
Plano de saúde		
Sim	110	22,0
Não	391	78,0
Saúde geral e bucal		
Presença de doença		
Não	131	26,2
Sim	370	73,8
Lesão de mucosa		
Ausente	440	87,8
Presente	61	12,2
Dentes funcionais presentes		
≥ 20	241	48,1
< 20	260	51,9
Dentes anteriores superiores e inferiores		
Presente	227	45,3
Ausente	274	54,7
CPOD (média ± desvio padrão)		16,8 ± 7,7
Saúde bucal relacionada à qualidade de vida		
GOHAI (média ± desvio padrão)		29,4 ± 4,7
Alto	107	21,4
Moderado	140	27,9
Baixo	254	50,7
OIDP (média ± desvio padrão)		12,1 ± 6,3
Sem impacto	302	60,3
Médio impacto	107	21,3
Alto impacto	92	18,4
Qualidade de vida		
WHOQoL		
Qualidade de vida (média ± desvio padrão)		58,5 ± 19,8
Boa	447	89,2
Ruim	54	10,8
Saúde (média ± desvio padrão)		59,0 ± 27,3
Boa	379	75,6
Ruim	122	24,4
Domínio físico (média ± desvio padrão)		66,0 ± 17,3
Domínio psicológico (média ± desvio padrão)		68,6 ± 14,7
Domínio relações sociais (média ± desvio padrão)		69,3 ± 18,4
Domínio meio ambiente (média ± desvio padrão)		49,8 ± 14,5

* excluídos os que possuíam todos os sextantes excluídos

Tabela 2 - Qualidade de vida e saúde medidos pelo índice WHOQoL-Bref segundo variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal e índices de saúde bucal relacionada à qualidade de vida medidos pelos Geriatric Oral Health Assessment Index/GOHAI e Oral Impacts Daily Performances/OIDP de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	WHOQoL-Bref					
	Qualidade de vida			Saúde		
	Média±DP [#]	p	Ruim (%)	Média±DP [#]	p	Ruim (%)
Socioeconômico-demográficas						
Sexo						
Masculino	59,6±19,0	0,620	7,8	62,2±25,8	0,195	18,6
Feminino	58,2±20,0		11,5	58,1±27,6		25,8
Idade (em anos)						
35 - 44	59,7±20,1	0,173	9,5	61,7±27,0	0,038*	21,9
45 - 59	57,3±19,5		12,0	56,5±27,4		26,6
Grau de Instrução						
2º Grau completo +	64,5±17,9	<0,001**	5,5***	61,7±24,4	0,320	18,3***
1º Grau completo	58,4±20,8		11,6	59,7±27,6		23,2
Analfabeto/Alfabetizado	54,4±19,7		14,0	56,8±28,9		28,9
Renda Individual Mensal						
1 salário mínimo ou+	62,6±15,6	0,011**	3,4***	61,1±25,2	0,643	20,4
Até 1 salário mínimo	58,2±19,4		9,1	57,5±28,6		25,2
Sem rendimento	55,8±22,2		17,1	58,5±27,8		26,5
Tratamento da água no domicílio						
Sim	59,6±19,2	0,010*	9,1***	59,2±27,8	0,561	24,2
Não	54,7±21,5		16,2	58,3±25,4		24,8
Plano de saúde						
Sim	65,2±17,0	<0,001*	3,6***	60,0±27,6	0,550	21,8
Não	56,6±20,2		12,8	58,7±27,2		25,1
Saúde geral e bucal						
Presença de doença						
Não	59,0±20,6	0,695	13,7	67,2±23,4	<0,001*	12,2***
Sim	58,3±19,6		9,7	56,1±28,0		28,6
Lesão de mucosa						
Ausente	59,6±19,2	0,003*	8,4***	59,4±27,0	0,389	23,4
Presente	50,4±22,6		27,9	56,1±29,1		31,2
Nº de Dentes funcionais presentes						
≥ 20	61,1±17,8	0,013*	7,0***	61,5±26,6	0,047*	20,8
< 20	56,1±21,3		14,2	56,6±27,7		27,7
Dentes anteriores superiores e inferiores						
Presente	61,2±19,3	0,009*	7,9	63,3±25,5	0,002*	17,2***
Ausente	56,2±20,0		13,1	55,4±28,2		30,3
Índices						
GOHAI						
Alto/Moderado	60,7±18,6	0,017*	5,3***	62,6±27,2	0,001*	19,0***
Baixo	56,3±20,7		16,1	55,5±26,9		29,5
OIDP						
Sem impacto	60,0±18,6	0,003**	8,0***	60,3±26,6	0,013**	22,5
Médio impacto	59,6±20,5		12,2	61,2±29,0		22,4
Alto impacto	52,2±21,8		18,5	52,2±26,6		32,6

[#]DP – Desvio padrão

*Média e desvio padrão – T-Test; Significância estatística entre categorias – Mann-Whitney Test (p<0,05)

^{##}excluídos os que possuem todos os sextantes excluídos

**Média e desvio padrão – One way ANOVA; Significância estatística entre categorias – Kruskal-Wallis Test (p<0,05)

***Significância estatística entre categorias – Pearson χ^2 (p<0,05)

Tabela 3 - Domínios do índice de qualidade de vida (WHOQoL-Bref) segundo variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal e índices de saúde bucal relacionada à qualidade de vida (ISBRQV) Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI) e Oral Impacts Daily Performances (OIDP) de adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007.

Variáveis	WHOQoL-Bref							
	Domínio físico		Domínio psicológico		Domínio relações sociais		Domínio meio ambiente	
	Média ±DP [#]	p	Média ±DP [#]	p	Média ±DP [#]	p	Média ±DP [#]	p
Socioeconômico-demográficas								
Sexo								
Masculino	67,8±17,4	0,255	71,8±12,8	0,006*	70,5±17,1	0,403	53,8±13,1	0,002*
Feminino	65,5±17,2		67,7±15,1		69,0±18,7		48,8±14,7	
Idade (em anos)								
35 - 44 anos	68,4±16,6	0,002*	69,3±15,3	0,124	70,6±18,4	0,137	49,5±15,1	0,555
45 - 59 anos	63,8±17,6		67,8±14,2		68,1±18,4		50,1±14,0	
Grau de Instrução								
2º Grau completo +	69,6±16,0	0,002**	71,1±14,4	0,012**	71,0±17,4	0,370	53,4±13,6	0,001**
1º Grau completo	65,7±18,1		67,5±15,3		66,7±20,7		48,1±14,8	
Analfabeto/Alfabetizado	63,7±17,5		67,2±14,6		69,2±18,0		48,1±14,6	
Renda Individual Mensal								
1 salário mínimo ou+	67,1±17,2	0,318	69,7±14,6	0,165	70,8±16,4	0,309	52,0±12,9	0,041**
Até 1 salário mínimo	66,6±17,6		69,3±13,5		67,6±19,5		49,4±14,0	
Sem rendimento	64,8±17,2		67,3±15,6		69,4±18,9		48,6±15,8	
Tratamento da água no domicílio								
Sim	66,3±17,7	0,335	68,5±15,0	0,849	68,9±19,2	0,331	50,5±14,6	0,024*
Não	65,0±15,9		68,7±13,7		70,8±15,1		47,6±14,0	
Plano de saúde								
Sim	66,6±16,5	0,750	69,8±12,7	0,468	72,0±16,3	0,131	51,5±13,7	0,138
Não	65,8±17,5		68,2±15,2		68,6±18,9		49,3±14,8	
Saúde geral e bucal								
Presença de doença								
Não	71,0±14,3	<0,001*	71,7±13,2	0,010*	73,0±14,9	0,021*	52,1±13,1	0,052
Sim	64,2±17,9		67,4±15,1		68,0±19,3		49,0±15,0	
Lesão de mucosa								
Ausente	66,7±17,2	0,008*	69,5±14,3	<0,001*	69,6±18,7	0,406	50,1±14,7	0,178
Presente	61,1±17,3		61,7±16,3		67,6±16,2		47,6±13,5	
Nº de Dentes funcionais presentes								
≥ 20	67,5±16,5	0,084	69,4±14,1	0,276	70,3±17,8	0,342	50,7±14,2	0,186
< 20	64,6±17,9		67,8±15,2		68,5±18,9		49,0±14,9	
Dentes anteriores superiores e inferiores								
Presente	67,5±16,1	0,091	69,4±14,6	0,192	70,5±18,9	0,168	51,2±14,9	0,078
Ausente	64,7±18,2		67,8±14,8		68,4±17,9		48,6±14,1	
ISBRQV								
GOHAI								
Alto/Moderado	68,4±17,1	0,001*	71,6±13,2	<0,001*	71,5±16,9	0,007*	52,7±13,5	<0,001*
Baixo	63,7±17,2		65,6±15,5		67,2±19,5		47,0±15,0	
OIDP								
Sem impacto	66,8±17,4	0,217	70,1±14,0	0,005**	70,5±17,8	0,046**	50,3±14,4	0,003**
Médio impacto	65,8±16,1		68,3±12,9		69,2±18,8		51,9±14,1	
Alto impacto	63,5±18,3		63,7±17,8		65,7±19,6		45,7±14,7	

[#]DP – Desvio padrão

^{*}Média e desvio padrão – T-Test; Significância estatística entre categorias – Mann-Whitney Test (p<0,05)

^{**}excluídos os que possuem todos os sextantes excluídos

^{**}Média e desvio padrão – One way ANOVA; Significância estatística entre categorias – Kruskal-Wallis Test (p<0,05)

^{***}Significância estatística entre categorias – Pearson χ^2 (p<0,05)

Tabela 4 – Coeficientes de regressão (β) obtidos pela Regressão Linear Múltipla para a associação entre Qualidade de vida (WHOQoL-Bref) e perda dentária e variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal e índice de saúde bucal relacionada a qualidade de vida (GOHAI e OIDP) dos adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007 (n=501).

Variáveis	Qualidade de vida / Etapas							
	Bruta		Primeira		Segunda		Terceira	
	β (IC [#] 95%)	p	β (IC [#] 95%)	p	β (IC [#] 95%)	p	β (IC [#] 95%)	p
Dentes anteriores superiores e inferiores ausentes	-5,03 (-8,50; -1,56)	0,005*	-2,74 (-6,41; 0,93)	0,141	-1,91 (-5,60; 1,79)	0,311	-1,41 (-5,09 ; 2,26)	0,450
Socioeconômico-demográficas								
Sexo (feminino)			-0,35 (-4,83; 4,13)	0,878	0,28 (-4,19; 4,76)	0,902	1,21 (-3,25; 5,67)	0,595
Idade			-0,06(-0,33; 0,20)	0,627	-0,06 (-0,32; 0,20)	0,626	-0,10 (-0,36; 0,16)	0,442
Grau de Instrução (1º Grau completo)			-4,76 (-9,70; 0,18)	0,059	-4,38 (-9,30; 0,53)	0,080	-4,44 (-9,31; 0,43)	0,074
Grau de Instrução (Analfabeto/Alfabetizado)			-7,71(-11,75; -3,68)	<0,001*	-7,50 (-11,52; -3,49)	<0,001*	-7,27 (-11,24; -3,29)	<0,001*
Plano de saúde (não)			-6,99 (-11,18; -2,80)	0,001 ⁸	-6,78 (-10,94; -2,61)	0,001*	-6,01 (-10,16; -1,87)	0,005*
Saúde geral e bucal								
Lesão de mucosa (Presente)					-7,10 (-12,32; -1,88)	0,008*	-6,45 (-11,63; -1,27)	0,015*
R ²	0,016		0,078		0,089		0,108	

*Estatisticamente significativa (p<0,05)

[#]IC – Intervalo de Confiança

Tabela 5 – Coeficientes de regressão (β) obtidos pela Regressão Linear Múltipla para a associação entre saúde (WHOQoL-Bref) e perda dentária e variáveis socioeconômico-demográficas, saúde geral e bucal, índice de saúde bucal relacionado a qualidade de vida (GOHAI e OIDP) dos adultos de 35 a 59 anos, Salvador-BA, 2007 (n=501).

Variáveis	Saúde / Etapas							
	Bruta		Primeira		Segunda		Terceira	
	β (IC# 95%)	p	β (IC# 95%)	p	β (IC# 95%)	p	β (IC# 95%)	p
Dentes anteriores superiores e inferiores ausentes	-7,94 (-12,71; -3,18)	0,001*	-5,86 (-11,00; -0,72)	0,025	-6,25 (-11,33; -1,16)	0,016	-4,67 (-9,66; 0,32)	0,066
Socioeconômico-demográficas								
Sexo (feminino)			-3,57 (-9,46; 2,32)	0,234	-1,58 (-7,50; 4,35)	0,602	0,18 (-5,64; 5,99)	0,952
Idade			-0,36 (-0,72; 0,01)	0,055	-0,23 (-0,60; 0,13)	0,210	-0,30 (-0,66; 0,06)	0,100
Saúde geral e bucal								
Presença de doença (sim)					-9,85 (-15,36; -4,34)	<0,001*	-8,24 (-13,64; -2,84)	0,003*
Saúde bucal relacionada à qualidade de vida								
GOHAI							1,45 (0,85; 2,05)	<0,001*
R ²	0,0210		0,025		0,047		0,096	

*Estatisticamente significante (p<0,05)

#IC – Intervalo de Confiança

Conclusões e recomendações

Os resultados desse estudo sugerem que existe associação entre piores condições socioeconômica, representada pela ausência de renda individual mensal e baixo grau de instrução, e piores condições de saúde bucal, avaliada através da perda dentária e perda de inserção periodontal, entre adultos de 35 a 59 anos, residentes em domicílios cadastrados no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) da área urbana de Salvador-Ba (Brasil). Além disso, revelaram a precária condição de saúde bucal apresentada por esses indivíduos.

Certamente que as intervenções voltadas para a melhoria da condição de saúde bucal desta população não devem se restringir apenas a ampliação do acesso e/ou do tipo de serviço odontológico ofertado. É necessário que este acesso e oferta de serviços de controle, prevenção e tratamento também sejam acompanhados de políticas públicas que diminuam as desigualdades sociais e interfiram na qualidade de vida dessas pessoas.

Medir qualidade de vida é uma tarefa cercada de complexidades, cuja interpretação requer constante aprofundamento conceitual e metodológico. Conceitualmente, as questões de qualidade de vida têm avançado em níveis consideráveis, sob o enfoque dos determinantes sociais de condição de vida e desenvolvimento, mas os aspectos analíticos de mensuração apresentam-se ainda como o grande desafio a ser superado, especificamente quando se usam diferentes ferramentas de avaliação, as quais trazem consigo vieses metodológicos inerentes e obstáculos típicos desse processo.

Quando avaliado pelo GOHAI, nosso estudo confirmou a associação entre perda dentária, representada pela ausência de vinte ou mais dentes funcionais, e maior percepção do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida, o que não foi observado pelo OIDP, sugerindo que este indicador foi insuficiente para mensurar a interferência da saúde bucal no cotidiano desses adultos. Possivelmente, este resultado corrobora a importância da mensuração da percepção dos indivíduos sobre sua saúde e sobre os reflexos dela decorrentes, não apenas nas dimensões físicas e psicossociais, mas principalmente na percepção da dor, visto que o sofrimento e as limitações vivenciadas são, possivelmente, aspectos mais fiéis da condição de saúde bucal na qualidade de vida.

Por sua vez, a perda dos dentes anteriores superiores e inferiores, quando avaliada pelo WHOQoL-Bref, não esteve associada nem às duas perguntas independentes sobre qualidade de vida e satisfação com a saúde, nem aos quatro domínios. Entretanto, encontrou-se associação com significância estatística na direção esperada entre a variável “presença de doenças” e satisfação com a saúde, possivelmente decorrente de questão cultural. Apesar do

crescente reconhecimento, de que a saúde bucal é parte importante da saúde integral do indivíduo, tanto pela comunidade científica como pela população em geral, culturalmente, esse conhecimento ainda não foi incorporado no dia-a-dia das pessoas e nem tem sido capaz de causar grandes modificações nas ações dos serviços de saúde. Além disso, ainda é predominante a idéia de que problemas de saúde bucal não são percebidos como problemas de saúde. Destaca-se aqui a necessidade da conscientização e percepção da saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral.

A relação observada entre presença de lesão de mucosa, tanto com a percepção de baixa qualidade de vida no domínio psicológico, quanto à baixa qualidade de vida avaliada pela pergunta independente, pelo WHOQoL-Bref pode ser compreendido levando-se em consideração a relação entre as lesões de mucosa e o câncer de boca, patologia que exerce maior impacto na vida das pessoas, tanto no aspecto físico/funcional, como psicológico, quando comparada à perda dentária. Pode-se sugerir também, que, por ter causado impacto em um domínio específico da qualidade de vida, o psicológico, a lesão de mucosa, foi percebida como uma condição que afeta a qualidade de vida de maneira geral.

A partir desses resultados pode-se concluir que a percepção da saúde na população adulta é de grande importância para a avaliação da qualidade de vida, mesmo não interferindo em todas as dimensões consideradas pelo WHOQoL-Bref. Todavia, apesar da importância que essas pessoas deram a saúde em suas vidas, na percepção desses adultos, sua saúde não foi o único aspecto que afetou a qualidade de vida.

O acúmulo das doenças bucais ao longo do tempo pode afetar a qualidade de vida e suas seqüelas podem conduzir a outros problemas bucais, como a perda dentária, que também interfere nas atividades diárias do indivíduo. Isto pode ocorrer como conseqüência direta da alteração de função resultante desta perda. Entretanto, a perda dentária pode não afetar a qualidade de vida quando influenciada pela percepção e valores, que sofrem mudanças, como ocorre por exemplo com o aumento da idade. Logo o impacto da saúde bucal na qualidade de vida é um resultado dependente da natureza e gravidade da doença, porém modificado por padrões sócio-culturais, econômicos e aspectos psicológicos, que determinam no indivíduo a condição para lidar com a doença, suas seqüelas e suas deficiências, que influenciam o grau de desvantagem psicossocial vivenciada.

Avaliar e entender melhor a relação entre a auto-percepção das condições clínicas da saúde oral e suas conseqüências na qualidade de vida dos adultos segundo as dimensões físicas, psicossociais e de dor e desconforto, não só promove uma compreensão mais complexa da saúde bucal, acrescentando uma perspectiva subjetiva à avaliação clínica, como

também, fornece medidas adicionais a serem utilizadas para identificar as intervenções que minimizariam estas conseqüências, contribuindo para o bem-estar desse indivíduo.

Desta forma, o desafio de melhorar todos os indicadores da saúde bucal, da SBRQV e da qualidade de vida do adulto esta posto. Entendendo a saúde bucal como parte integrante e indissociável da saúde geral, relacionada às condições socioeconômicas e a fatores sócio-culturais, a melhoria e manutenção das condições de saúde bucal desses adultos estão ligadas à luta pela melhoria dos determinantes sociais, políticos e econômicos.

Assim, na perspectiva de um modelo integrado de saúde, as contribuições do construto qualidade de vida serão cada vez maiores e mais importantes, tanto do ponto de vista da atenção individual quanto da coletiva.

Estudos sobre a associação entre perda dentária e qualidade de vida e a relação da saúde bucal com os diferentes domínios do WHOQoL-Bref, em populações com características semelhantes e distintas se fazem necessários para um maior aprofundamento deste assunto no campo da saúde bucal. Recomenda-se também, a realização de estudos que avaliem em que medida os ISBRQV são sensíveis às mudanças clínicas da condição de saúde bucal ao longo do tempo e a nível individual.

Anexos

Anexo 1 – Quadro de definição dos conglomerados segundo níveis dos IGCS¹ dos 12 distritos sanitários e respectiva distribuição (%) da população e número de indivíduos da amostra.

Conglomerados	Distritos Sanitários	IGCS	% da população		Nº de indivíduos	
			adulto	idoso	adulto	idoso
Primeiro						
Muito baixa (0 – 2)	Brotas	0,90	7,28	8,69	36	33
Segundo	Itapuã	2,79	12,01	9,93	60	38
Baixa (2,1 – 3)	Pau da Lima	2,83				
Terceiro	Subúrbio Ferroviário	3,09	32,57	28,71	163	109
Regular (3,1 – 4)	Centro Histórico	3,22				
	São Caetano Valéria	3,88				
Quarto	Boca do Rio	4,01	48,14	52,68	241	200
Alta (4,1 - +)	Itapagipe	4,07				
	Cabula-Beiru	4,34				
	Barra-Rio Vermelho	4,59				
	Liberdade	4,68				
	Cajazeiras	4,80				

1 – IGCS – Índice Geral de Condição Sociodemográfica.

Anexo 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Estudo: “Condições de saúde bucal de crianças na primeira infância, adultos e idosos de Salvador-BA: uma abordagem do contexto familiar e qualidade de vida”

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL – ADULTOS E IDOSOS

Data da entrevista: ___/___/___ Entrevistador: _____
 Anotador: _____
 Identificação ___ ___ ___
 Distrito Sanitário: _____ UBS/ESF: _____ Família ___ ___ ___

I. IDENTIFICAÇÃO

- Data Nascimento ___/___/___ Sexo () 0-Masc. 1-Fem. Idade () (em anos)
- Grupo étnico () 1- amarelo 2-branco 3-negro 4-pardo 5-indígena 9-sem registro
- Grau de Instrução () 0-analfabeto 1-Alfabetizado 2-1º Grau (1ª a 8ª série) incompleto 3-1º G. completo 4-2º G. (colegial) incompleto 5-2º G. completo 6-Superior incompleto 7-Superior completo 8-Pós-graduação 9-Não sabe
- Número de anos de estudo () (em anos)
- Renda familiar mensal (em número de SM) () 1-Sem rendimento 2-Até 1SM 3-+de 1 a 2SM 4-+2 a 3SM 5-+3 a 5SM 6-+5 a 10SM 7-+10 a 20SM 8-+ 20SM 9-Sem declaração
- Situação conjugal () 1-solteiro 2-casado 3-consensual 4-divorciado/separado 5-viúvo 9-outra.
Esp. _____
- Casa () 0-Própria 1-Alugada 2-Cedida 3-Outros. Esp. _____ 9-Não sabe
- Número de eletrodomésticos no domicílio ()
- Número de pessoas que moram no domicílio ()

II. DADOS OCUPACIONAIS

- Você trabalha (exerce alguma atividade remunerada)? () 0.Não 1.Sim
- No que? _____
- Jornada de trabalho semanal () (total de horas)
- Você tem outra atividade remunerada? □□□□□□ 0.Não 1.Sim
- Qual? _____
- Renda individual mensal (em número de SM) () 1-Sem rendimento 2-Até 1SM 3-+de 1 a 2SM 4-+2 a 3SM 5-+3 a 5SM 6-+5 a 10SM 7-+10 a 20SM 8-+ 20SM 9-Sem declaração
- Com que idade você começou a trabalhar? () (anos)
- Qual a sua formação profissional? _____
- Em que categoria você se enquadra? () 1.Biscateiro 2.Autonômo 3.Assalariado 4.Empregado doméstico 5.Funcionário público 6.Profissional liberal 7.Empregador/Empresário 8.Aposentado 9.Pensionista 10.Encostado 99.Outro. Esp: _____

III. AVALIAÇÃO GERAL - 0.Não 1.Sim

- () Tensão arterial anormal? () Tipo 01- Hipotensão / 02 - Hipertensão
- () Cardiopatias Especificar : _____
- () Febre reumática
- () Diabetes Mellitus
- () Distúrbios gastro-intestinais Especificar: _____
- () Câncer Especificar : _____ Terapias : _____
- () Neuropatias
- () Nefropatias

() Hematopatias Especificar :

() Alergias Especificar :

() Respiração Bucal: () Tipo 01- Transitória / 02 - Permanente

() Gravidez Idade gestacional : _____ meses

() Tuberculose

() Hanseníase

() Malária

() Outros Especificar :

() Em tratamento médico Especificar :

() Uso regular de medicamento Especificar :

IV. HÁBITOS DE VIDA

Hábitos de Higiene Bucal e Alimentar / Tabagismo e

Alcoolismo

- Tipo de escova: () 1-nenhuma 2- dura 3- média 4- macia
- Tamanho da escova: () 1-infantil 2-adulto
- Momentos do dia em que escova os dentes: 0-Não 1-Sim
- () ao acordar () depois do café () depois do almoço () antes de dormir
- Uso do fio dental: () 1-mais de 01 vez/dia 2-uma vez/dia 3-às vezes 4-nunca/raramente
- Uso de soluções para bochechos: () 1-diariamente 2-eventualmente 3-nunca
- Consumo de bebidas ou alimentos doces entre as refeições: () 1-nenhuma/1 vez ao dia 2-duas ou três vezes/ dia 3-quatro vezes/ dia ou mais
- Tabagismo: () 0-Não 1-Sim 2-Ex-fumante
Fuma(ou) por quanto tempo ? () (em anos)
- Consumo de bebida alcoólica: () 0-Não 1-Sim 2-Ex-consumidor
Consome/consumiu por quanto tempo? () (em anos)
Frequência () 1-Raramente 2-Freqüentemente 3-Todo dia ou quase 4-Outra

V. ACESSO À ASISSTÊNCIA ODONTOLÓGICA

- Você já visitou o dentista alguma vez na sua vida? () 0-Não 1-Sim 9-Não sabe
- Você visita o dentista com que frequência () 0-Não 1-semestralmente 2-anualmente 3-de 2 em 2 anos 4->2anos 5-quando há algum problema (cárie, dor, trauma, etc.) 9-Não sabe/Não se aplica

Nos últimos 12 meses:

- Utilizou serviços odontológicos? () 0-Não 1-Sim
- Se sim, qual a tipo de financiamento do atendimento? () 0-Não 1-público 2-convênio 3-particular 9-Não se aplica
- Onde foi realizado o atendimento () 0-Não 1-na UBS 2-na USF 3-no domicílio 4-no consultório de dentista particular 5-outro. Esp. _____ 9-Não se aplica
- Qual o tipo de atendimento () 0-Não 1-preventivo 2-educativo 3-cirúrgico-restaurador 4-urgência 5.outro. Esp. _____ 9-Não se aplica

VI. ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E QUALIDADE DE VIDA

OIDP- Com que frequência, nos últimos 6 meses, problemas na sua boca ou dentes o impediram de:

1- < 1x ao mês 2- 1 ou 2 x mês 3- 1 ou 2 x semana 4- 3 ou 4 x semana 5- quase sempre/ todos os dias

- 1- comer ou saborear os alimentos? ()
- 2- Conversar ou se comunicar claramente? ()
- 3- Escovar os dentes? ()
- 4- Dormir ou descansar? ()
- 5- Sorrir sem constrangimento? ()
- 6- Ficar calmo e tranquilo? ()
- 7- Frequentar o trabalho, escola ou desenvolver as atividades diárias? ()
- 8- Praticar atividades físicas? ()
- 9- Encontrar os amigos e se divertir? ()

GOHAI - Com que frequência nos últimos 3 meses você? 1- sempre 2- algumas vezes 3- nunca

- 1- Comeu menos ou evitou comer algum tipo de alimento por causa dos seus dentes ou problemas na boca? ()
- 2- Teve dificuldades em abrir a boca ou mastigar alimentos mais duros (carne, maçã)? ()
- 3- Você engoliu os alimentos sem desconforto? ()
- 4- Seus dentes ou prótese o impediram de falar como você gostaria? ()
- 5- Você foi capaz de mastigar qualquer tipo de alimento sem desconforto? ()
- 6- Você deixou de sair ou conversar com as pessoas por causa dos seus dentes ou prótese? ()
- 7- Você se sentiu satisfeito com a sua aparência e a dos seus dentes/prótese? ()
- 8- Você usou medicamentos para dor ou desconforto por causa de problemas na boca? ()
- 9- Você se preocupou com os problemas dos seus dentes, gengivas ou prótese? ()
- 10- Você se sentiu nervoso ou aborrecido por problemas com seus dentes, gengivas ou próteses? ()
- 11- Você sentiu desconforto ao comer junto com outras pessoas por causa dos seus dentes, gengivas ou próteses? ()
- 12- Você sentiu seus dentes ou gengivas sensíveis ao frio, calor ou doces? ()

*Você sentiu algum tipo de desconforto na boca? () 0.Não 1.Sim

*Qual(is)? ()1-dor ()2-ardor ()3-prurido ()4-pus ()5-secura ()6-sangramento ()7-afta ()8-outro.Esp.

Avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-bref

Este questionário é sobre como você se sente a respeito da sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas.**

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim, nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito, nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

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

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto que você precisa de tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5

7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente na sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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

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

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está com consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão abaixo se refere a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

VII. EXAME BUCAL

1. USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE:

USO	NECESSIDADE	2. LESÃO DE MUCOSA:
Sup. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Sup. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Inf. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Inf. <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

3. CÁRIE DENTÁRIA – Exame da coroa:

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Total de dentes examinados = _____ Total de dentes Cariados = _____ Total de dentes Perdidos = _____

Total de dentes Obturados = _____ CPO-D = _____

4. CONDIÇÃO PERIODONTAL:

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Hígido																
Sangramento																
Calculo																
Bolsa																
Perda de inserção																

	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Hígido																
Sangramento																
Calculo																
Bolsa																
Perda de inserção																

17/16 11 26/27

IPC

47/46 31 36/37

17/16 11 26/27

PIP

47/46 31 36/37

IPC total = _____

PIP total = _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA SOCIAL E PEDIÁTRICA
GRUPO DE PESQUISA EM SAÚDE BUCAL COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO – ADULTOS e IDOSOS

PESQUISA CIENTÍFICA

Condições de Saúde Bucal de crianças na primeira infância, adultos e idosos - Contexto Familiar e Qualidade de Vida

Salvador, ___/___ de 2007

Prezado(a) Senhor(a),

Pedimos o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado.

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia está fazendo uma pesquisa sobre como a qualidade de vida, as características da família, acesso e uso dos serviços odontológicos afetam a saúde bucal da população de Salvador-BA. Nessa investigação científica, serão aplicados questionários e examinados os dentes e as gengivas de crianças, adultos e idosos da população de diversas áreas do município. O exame é uma observação da boca, feita na própria casa, com toda perícia técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas, os resultados da pesquisa contribuirão muito para o conhecimento da realidade da saúde bucal da população de Salvador-BA, possibilitando a criação de medidas específicas para prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Por isso, **sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do exame**, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer forma, caso sua vontade seja de não colaborar. Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para:

Profa. Dra. Maria Isabel Pereira Vianna e/ou Profa. Dra. Maria Cristina Teixeira Cangussu	Telefone: 3336 5776 (ramal 240)
Ou então, fale pessoalmente com elas na:	Faculdade de Odontologia da UFBA - Rua Araújo Pinho, 62, Canela, 6º Andar.

Esperando contar com seu apoio, desde já agradecemos.

Atenciosamente,

A Coordenação da Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “*Condições de Saúde Bucal de crianças na primeira infância, adultos e idosos - Contexto Familiar e Qualidade de Vida*”, **AUTORIZO** a realização do exame.

Salvador, ___ de _____ de 20__.

Nome

Assinatura

Anexo 3 – Descrição dos domínios e respectivos escores mínimos e máximos, facetas e respectivas perguntas do WHOQOL-bref.

Domínio	Escore Mínimo (26)	Escore Máximo (130)	Faceta	Perguntas no instrumento
Geral	2	10	autopercepção da qualidade de vida	1
			satisfação com a saúde	2
1 - Domínio físico	7	35	1. Dor e desconforto	3
			2. Energia e fadiga	10
			3. Sono e repouso	16
			9. Mobilidade	15
			10. Atividades da vida cotidiana	17
			11. Dependência de medicação ou de tratamentos	4
			12. Capacidade de trabalho	18
2 - Domínio psicológico	6	30	4. Sentimentos positivos	5
			5. Pensar, aprender, memória e concentração	7
			6. Auto-estima	19
			7. Imagem corporal e aparência	11
			8. Sentimentos negativos	26
			24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	6
3 - Relações sociais	3	15	13. Relações pessoais	20
			14. Suporte (Apoio) social	22
			15. Atividade sexual	21
4 - Meio ambiente	8	40	16. Segurança física e proteção	8
			17. Ambiente no lar	23
			18. Recursos financeiros	12
			19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	24
			20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	13
			21. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	14
			22. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	9
			23. Transporte	25