

ROSANE SILVIA DAVOGLIO

**RELAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA
QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÃO BUCAL CLÍNICA EM INDIVÍDUOS
DE 50 A 74 ANOS**

Linha de Pesquisa

Epidemiologia, Etiopatogenia e Repercussão das Doenças da Cavidade Bucal e Estruturas Anexas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Doutor em Odontologia, área de concentração Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Cláides Abegg

Porto Alegre
2011

CIP - Catalogação na Publicação

Davoglio, Rosane Silvia

Relação entre Senso de Coerência, Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida e Condição Bucal Clínica em Indivíduos de 50 a 74 Anos / Rosane Silvia Davoglio. -

- 2011.

116 f.

Orientadora: Claídes Abegg.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Senso de Coerência. 2. Impacto da saúde Bucal na Qualidade de Vida. 3. Qualidade de Vida. 4. OIDP. 5. Perda Dentária. I. Abegg, Claídes, orient. II. Título.

*Dedico esta conquista
a Rogério*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Claídes Abegg, pela orientação, e momentos de aprendizado compartilhados;

À nossa equipe: Victor Fontanive, Liese Ilha, Charles Cavalheiro, Vanessa Bittencourt, Maiara Jahnke, Gustavo Ligoeki, Paulo Matje, Fernanda Mallmann, Aline Caume e Monique Ponte, que dividiram comigo as dificuldades e conquistas desta pesquisa, e a todos os alunos da graduação que colaboraram na coleta dos dados;

À professora Mônica Oliveira pelo suporte estatístico à pesquisa e à tese;

À professora Denise Rangel Ganzo de Castro Aerts, por seu apoio e preciosa contribuição;

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

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo apoio à pesquisa na fase de coleta de dados;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa que custeou parte deste doutorado;

Aos participantes, que aceitaram colaborar e permitiram que esse estudo acontecesse;

A Deus, por ter me conduzido pelo caminho certo e ter me dado saúde e perseverança para levar tudo isso adiante

Muito obrigada!

*O segredo não é correr atrás das
borboletas... É cuidar do jardim, para que
elas venham até você.*

Mário Quintana (1906-1994)

RESUMO

Introdução: O Senso de Coerência (SOC) é um recurso individual para o enfrentamento de estressores que torna os sujeitos mais competentes para manter e melhorar sua saúde. O SOC está relacionado à qualidade de vida, sendo considerado um importante preditor da saúde. Existe relação entre forte SOC e adoção de comportamentos saudáveis, percepção positiva da qualidade de vida relacionada à saúde bucal, menor ocorrência de cárie dentária, perda dentária e melhor condição periodontal. **Objetivo:** Investigar a relação entre SOC, impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OIDP) e condição bucal clínica, em indivíduos de 50 a 74 anos, em Porto Alegre/RS. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de 720 sujeitos, selecionados por processo de amostragem aleatória proporcional em múltiplos-estágios. Os instrumentos utilizados foram a escala SOC (SOC-13), o questionário OIDP, uma ficha de exame clínico e um questionário de avaliação socioeconômica e uso dos serviços odontológicos, adaptados do Projeto SB- Brasil 2003. As análises bivariada e multivariada foram realizadas por meio de Regressão de Poisson, com ajuste para variância robusta, utilizando o software Stata 9.0. **Resultados:** Na análise ajustada, SOC mais alto associou-se à ausência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida (RP=1,31; IC95%=1,09-1,56; p=0,003), baixo escore de OIDP (RP=1,42; IC95%=1,18-1,71; p=0,000) e ausência de impacto no desempenho sorrir (RP=1,29; IC95%=1,05-1,59; p=0,014). SOC mais alto também se associou aos desfechos clínicos estudados: ausência de necessidade de prótese (RP=1,34; IC95%=1,04-1,68; p=0,015) e maior número de dentes presentes (RP=1,05; IC95%=1,01-1,11; p=0,033), após ajuste para co-fatores. **Conclusão:** Os achados deste estudo demonstraram que o constructo SOC associa-se positivamente à qualidade de vida relacionada à saúde bucal, suportando a hipótese de que os indivíduos com SOC mais elevado apresentam menor impacto da saúde bucal no desempenho de atividades diárias do que aqueles com SOC mais baixo. Os resultados também sugerem que indivíduos com SOC mais alto apresentam melhor condição bucal do que aqueles com SOC mais baixo, tendo maior número de dentes presentes e menor necessidade de prótese.

Palavras-chave: Senso de Coerência; Salutogênese; Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida; OIDP; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: Sense of Coherence (SOC) is a resource for coping with stressors that can make individuals more able to maintain and improve their health condition. It is related to quality of life and considered a predictor of health. There is a strong relationship between SOC and adopting healthy behaviors, positive perceptions of quality of life related to oral health, lower incidence of dental caries, tooth loss and improved periodontal condition. **Objective:** To investigate the relationship between SOC, Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) and oral health clinical condition in individuals aged between 50 to 74 years in Porto Alegre/RS. **Materials and Methods:** This is a cross-sectional population based study with a sample of 720 subjects, who were selected through stratified random sampling process in multiple-stages. Data were collected through the SOC scale (SOC -13), the questionnaire OIDP, socioeconomic and use of dental services questionnaire, adapted from the Brazilian Oral Health Survey SB-Brazil 2003, and clinical examinations. Bivariate and multivariate analyses were performed by Poisson regression with robust variance adjustment using Stata 9.0 software. **Results:** In adjusted analysis, strong SOC was associated with absence of oral impact (PR=1.31; CI95%=1.09-1.56; p=0.003), low score of OIDP (PR=1.42; CI95%=1.18-1.71; p=0.000) and no impact on the performance smile (PR=1.29; CI95%=1.08-1.59; p= 0.014). Strong SOC was also associated with clinical outcomes, no need for prosthesis (PR=1.34; CI95%=1.04-1.68; p=0.015) and greater number of teeth (PR=1.05; CI95%=1.01-1.11; p=0.033) after adjustment for co-factors. **Conclusion:** Our findings showed that the SOC construct was positively associated with quality of life related to oral health, supporting the hypothesis that individuals with strong SOC have a lower impact of oral health in the development of daily activities than those with weak SOC. The results also suggest that individuals with strong SOC have better oral health than those with a weak SOC, with higher number of teeth and less need for prosthesis.

Keywords: Sense of Coherence; Salutogenesis; Oral Impact on Daily Performances; Quality of Life.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – População residente, população residente entre 50-74 anos e n calculado por distrito sanitário	28
Quadro 2 – Amostra e número de setores censitários por distrito sanitário	29
Quadro 3 – Cálculo do OIDP	33
Quadro 4 – Categorização das variáveis independentes do estudo	37
Quadro 5 – Categorização das variáveis dependentes do estudo	38

LISTA DE TABELAS

Manuscrito I

Tabela 1 – Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho ausência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida - OIDP (n=720)	62
Tabela 2 – Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho baixo escore de impacto da saúde bucal na qualidade de vida - OIDP - (n= 417)	63
Tabela 3 – Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho ausência de impacto no desempenho sorrir (n= 417)	64

Manuscrito II

Tabela 1 – Regressão de Poisson bivariada entre as variáveis de desfecho e o Senso de Coerência (n= 720).....	84
Tabela 2 – Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho ausência de necessidade de prótese (n=720)	85
Tabela 3 – Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho número de dentes presentes	86

APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte integrante da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FO/UFRGS) em 24/01/2006, ata número 01/06, processo número 46/05. A mesma resulta de um trabalho desenvolvido conjuntamente com o grupo de pesquisa *Dental Public Health* do *University College London*, contando com apoio da Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Os recursos de financiamento foram provenientes do edital SUS/FAPERGS/CNPq 08-04 e os dados foram coletados entre junho de 2008 e abril de 2009.

A tese está composta por três partes principais:

- 1ª parte: faz uma breve introdução sobre o tema, apresenta revisão de literatura, objetivos e hipóteses a serem testadas, além da descrição de materiais e métodos empregados;
- 2ª parte: composta por dois manuscritos, *Senso de coerência e impacto da saúde bucal na qualidade de vida em indivíduos de 50 a 74 anos* e *Relação entre senso de coerência, número de dentes presentes e necessidade de prótese em indivíduos de 50 a 74 anos*. Os manuscritos estão normatizados para serem submetidos, respectivamente, ao *Community Dentistry and Oral Epidemiology* e ao *European Journal of Oral Sciences*, após versão para inglês.
- 3ª parte: apresenta as considerações finais da tese, bem como, referências apêndices e anexos.

A tese está formatada de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para apresentação de trabalhos acadêmicos, versão 2010.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 O Modelo Salutogênico e o Conceito SOC	14
2.2 A Escala SOC	20
2.3 SOC e Saúde	21
2.4 SOC e Saúde Bucal	22
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos Específicos	25
4 HIPÓTESES	26
4.1 Hipótese 1	26
4.2 Hipótese 2	26
5 METODOLOGIA	27
5.1 Delineamento do Estudo	27
5.2 Local do Estudo	27
5.3 População Alvo	27
5.4 Plano Amostral	27
5.4.1 Cálculo da Amostra	28
5.4.2 Processo de Amostragem	30
5.5 Critérios de Elegibilidade	30
5.6 Instrumentos de Coleta de dados	30
5.6.1 Escala SOC	30
5.6.2 Questionário OIDP.....	31
5.6.3 Ficha de Exame Clínico	33
5.6.4 Questionário de Avaliação Socioeconômica e Uso de Serviços Odontológicos	33
5.7 Treinamento e Calibração dos Examinadores	34
5.8. Estudo Piloto	34
5.9 Coleta de Dados	35
5.10 Confiabilidade das Entrevistas e Consistência dos Exames	35
5.11 Variáveis do Estudo	36

5.12 Processamento e Análise dos Dados	38
5.13 Aspectos Éticos	40
MANUSCRITO I– SENSO DE COERÊNCIA E IMPACTO DA SAUDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS	41
Resumo	43
Introdução	44
Método	45
Resultados	50
Discussão	52
Referências	56
MANUSCRITO II – RELAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, NÚMERO DE DENTES PRESENTES E NECESSIDADE DE PRÓTESE EM INDIVÍDUOS DE 50 A74 ANOS	65
Resumo	67
Introdução	68
Materiais e Métodos	69
Resultados	73
Discussão	75
Referências	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	91
APÊNDICE A – ESCALA SENSO DE COERÊNCIA (SOC-13)	99
APÊNDICE B – GRADE DE RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OIDP)	102
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OIDP) E CRITÉRIOS PARA PREENCHIMENTO	103
APÊNDICE D – FICHA DE EXAME CLÍNICO	106
APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS	107
APÊNDICE F –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
ANEXO A – ORIENTAÇÕES PARA EXAME CLÍNICO	110
ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	116

1 INTRODUÇÃO

Saúde e doença devem ser compreendidas como um processo dinâmico e multidimensional e, como tal, não podem ser explicadas e definidas apenas por critérios objetivos. A habilidade e autonomia dos indivíduos para administrarem suas vidas e fazerem escolhas conscientes é fator fundamental para manterem-se saudáveis. Por isso, cada vez mais torna-se importante entender a forma como o indivíduo percebe sua condição bucal, como isso pode repercutir sobre o seu bem estar e quais os fatores que podem contribuir para uma autopercepção positiva.

A Teoria Salutogênica proposta por Antonovsky (1979) argumenta que entender a origem da saúde é mais importante que identificar as causas da doença. O foco desta teoria é o constructo Senso de Coerência (Sense Of Coherence – SOC). O SOC consiste em uma orientação interior e subjetiva para a vida, capaz de expressar a extensão na qual o indivíduo tem um profundo sentimento de confiança interna que o faz sentir-se capaz de compreender, manejar e atribuir significado às suas experiências quotidianas (ANTONOVSKY, 1987).

O SOC é considerado um fator psicossocial que pode tornar os indivíduos mais preparados para cuidar de sua saúde influenciando a autopercepção e a qualidade de vida (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005). Os indivíduos com SOC elevado têm mais condições de entender, administrar e encontrar significado para o seu mundo. O que os torna mais habilitados para manter e melhorar seu potencial de saúde e bem-estar, tendo maior motivação para fazer escolhas e adotar comportamentos saudáveis, mesmo em situações adversas (CARRONDO, 2006).

O SOC pode ser estimulado e reforçado por intervenções promotoras de saúde, fazendo com que as pessoas desloquem-se em direção ao pólo positivo do *continuum* saúde-doença. Com base nisso, a Organização Mundial da Saúde, ao propor estratégias de saúde para o Século XXI, sugere que as políticas voltadas para os jovens sejam orientadas no sentido de reforçar o SOC. Desse modo, podem tornar-se mais aptos para enfrentar as adversidades que surgirão no decorrer da vida, uma vez que o objetivo da promoção da saúde é propiciar maior autonomia para lidar com os seus determinantes (WHO, 1997).

Nos últimos anos, as pesquisas têm voltado sua atenção para o constructo SOC na tentativa de encontrar novos caminhos que contribuam para a compreensão

do processo saúde-doença. O SOC está fortemente associado à qualidade de vida e a melhores resultados de saúde tendo sua relação com a saúde geral consistentemente evidenciada na literatura (ERIKSSON; LINDSTROM, 2006, 2007).

A relação do SOC com a saúde bucal ainda é pouco explorada. Contudo, já existem evidências da associação do SOC com comportamentos relacionados à saúde bucal (SAVOLAINEN et al., 2004; AYO-YUSUF; REDDY; VAN DEN BORNE, 2009; BERNABÉ et al., 2009) e condição bucal auto-reportada (AYO-YUSUF; REDDY; VAN DEN BORNE, 2008). Além disso, o SOC mostrou-se associado a indicadores sociodentais, capazes de mensurar a importância subjetiva atribuída à saúde bucal (SAVOLAINEN et al., 2005a), e a indicadores clínicos (BERNABÉ et al., 2010). No Brasil, já foram realizados estudos investigando SOC e saúde bucal em populações de crianças e adolescentes (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2001; FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2002; BONANATO et al., 2008; BONANATO et al., 2009), entretanto, até onde se tem conhecimento, não há estudos investigando o SOC entre adultos e idosos.

Essa faixa etária foi definida para o estudo devido ao fato de existirem poucas informações sobre a mesma. Considerando o processo de envelhecimento pelo qual população brasileira vem passando, é necessário que sociedade se preocupe em criar condições que lhes possibilite uma vida mais saudável e com maior bem estar. Visando contribuir com informações que possam aprofundar o conhecimento sobre a saúde bucal de adultos e idosos, este estudo teve por objetivo investigar a relação do SOC com impacto da saúde bucal na qualidade de vida e condição bucal clínica em indivíduos de 50 a 74 anos, em Porto Alegre/RS

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está estruturado de forma a demonstrar a origem da teoria salutogênica e a evidência científica em torno do SOC, tendo sido dividido em quatro subseções: O Modelo Salutogênico e o Conceito SOC; A escala SOC; SOC e Saúde; SOC e Saúde Bucal.

2.1 O Modelo Salutogênico e o Conceito SOC

O modelo salutogênico foi introduzido, no final dos anos 70, pelo médico e sociólogo israelense-americano Aaron Antonovsky como um novo paradigma científico para compreensão da saúde (ANTONOVSKY, 1979). Para o autor, concentrar-se nos recursos e na capacidade das pessoas manterem-se saudáveis é mais importante do que focar a doença. Salutogênese (do latim *salus* = *saúde* e do grego *gênesis* = *origens*) é uma forma de lidar com o estresse, capaz de explicar porque algumas pessoas, apesar de vivenciarem situações difíceis e estressantes conseguem ficar bem, enquanto outras se tornam mais vulneráveis e adoecem.

A teoria salutogênica está voltada para o indivíduo ou um grupo social. Os elementos-chave nesse modelo são a orientação interior para a resolução dos problemas e a capacidade de utilizar os recursos disponíveis para tal (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005). O oposto deste conceito é a patogênese, cujo foco são os obstáculos e deficiências (ANTONOVSKY, 1979, 1987). A particularidade da teoria salutogênica é desafiar o modelo patogênico, procurando demonstrar que os fatores que promovem a saúde são distintos daqueles que modificam o risco de doenças específicas (ANTONOVSKY, 1979; FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2001), na tentativa de esclarecer questões que a visão biomédica não consegue responder.

Embora possa existir uma relação complementar entre patogênese e salutogênese, de acordo com Antonovsky (1979), existem algumas razões que limitam a compreensão da saúde e doença pelo modelo patogênico. Entre elas está o fato da abordagem patogênica ter seu foco sobre a doença, sobre a interação

entre o corpo e fluidos ou estruturas, desconsiderando a interpretação subjetiva da questão dada pelo indivíduo.

Além disso, pensar sob o ponto de vista patogênico é mais confortável, pois para cada doença existiria uma cura e o enfoque seria o de entender porque as pessoas adoecem, concentrando esforços em doenças específicas a serem diagnosticadas ou prevenidas (ANTONOVSKY, 1979). Por outro lado, a salutogênese considera importante examinar toda a história de vida do sujeito, inclusive a interpretação subjetiva que ele faz de sua condição de saúde, e vai além das recomendações sobre evitar exposição a fatores de risco ou adotar medidas preventivas (ANTONOVSKY, 1979).

A patogênese adota uma dicotomia entre doença e não doença, ou seja, a condição é patológica ou não patológica. O modelo salutogênico, entretanto, se opõe a esta interpretação entendendo que saúde e doença são multidimensionais e ocorrem em um *continuum* entre dois pólos que nunca são encontrados na realidade, saúde absoluta e doença absoluta (funcionalidade/disfuncionalidade máxima), com o indivíduo progredindo ou regredindo nesse *continuum*, em relação aos seus pólos (ANTONOVSKY, 1979). A questão, então, não é classificar a pessoa como saudável ou doente, mas entender o quanto ela está próxima ou distante desses extremos (ANTONOVSKY, 1979).

O interesse de Antonovsky pelos mecanismos de salutogênese iniciou quando desenvolvia pesquisas sobre a adaptação à menopausa em um grupo de mulheres israelenses sobreviventes dos campos de concentração. Na tentativa de compreender como isso ocorria, ele definiu o que chamou de Recursos Generalizados de Resistência - RGRs (ANTONOVSKY, 1987). São aqueles recursos utilizados para enfrentamento dos problemas, podendo ser internos ao indivíduo vinculados a sua capacidade pessoal (cognitivos, emocionais e comportamentais) e também externos (ambientais, materiais, interpessoais e socioculturais). Podem ser considerados RGRs: renda, moradia, alimentação, religião/filosofia, apoio social (amigos, família), auto-estima, comportamentos saudáveis, conhecimento, inteligência, tradição/cultura, orientação preventiva em saúde, entre outros. Quanto mais disponíveis e próximos estiverem esse recursos, mais facilmente o indivíduo poderá lidar com os desafios, pois eles fortalecem a capacidade de enfrentamento.

Os RGRs são moldados pelas experiências vivenciadas e auxiliam o indivíduo a lidar com estressores fazendo com que ele possa articular um sentido entre essas

experiências e a sua vida, percebendo-as como os significantes e coerentes, levando ao desenvolvimento de um sentido de coerência (ANTONOVSKY, 1996). Para Antonovsky, ainda restava uma questão importante: entender o que fazia os RGRs funcionarem, o que fazia com que eles fossem ativados na prática.

Esse questionamento levou ao surgimento de um conceito fundamental da teoria salutogênica, o Senso de Coerência (*Sense Of Coherence* – SOC) que corresponde à forma como a teoria pode ser operacionalizada (SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008). Foi proposto pela primeira vez por Antonovsky, em 1979, no livro *Health, stress and coping*, sendo aprofundado no livro *Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well* (ANTONOVSKY, 1987).

O SOC é uma orientação interior para a vida que expressa a extensão na qual o indivíduo tem um profundo e duradouro, ainda que dinâmico, sentimento de confiança que: os estímulos provenientes do meio interno e externo durante a vida são estruturados, previsíveis e explicáveis; existem recursos disponíveis para atender as exigências colocadas por esses estímulos; essas exigências representam desafios que merecem o seu investimento emocional e empenho (ANTONOVSKY, 1987). De acordo com o autor, esses três componentes do SOC correspondem, respectivamente, à:

- compreensão (*comprehensibility*) - representa o componente cognitivo e traduz a forma como o indivíduo capta os estímulos, ou seja, como ele julga ou avalia os fatos da vida. Para indivíduos com alta capacidade de compreensão, os estímulos são relativamente previsíveis, ordenados e passíveis de explicação passando a ser vistos como desafios, que mesmo sendo difíceis de superar, podem ser suportados e enfrentados;

- manejo (*manageability*) - é o componente comportamental. Refere-se à auto-percepção de que pode dispor de recursos pessoais ou sociais adequados para lidar com cada situação e mesmo que ocorram fatos inesperados ou desagradáveis ele terá habilidade para administrá-los e superá-los;

- significado (*meaningfulness*) - é o componente motivacional. Consiste na capacidade de ressignificação dos fatos atribuindo-lhes um significado próprio, encontrando um sentido emocional que lhe dê motivação para lidar com eles. O indivíduo sente-se comprometido com a busca de solução para seus problemas e necessidades, utilizando os recursos que dispõe para tal.

Este último é considerado o componente mais importante do SOC, pois é o que determina a ação (CARRONDO, 2006). Os componentes manuseio e compreensão estão fortemente associados, pois para identificar os recursos disponíveis para lidar com as demandas da vida é essencial que se entenda que demandas são essas (DANTAS, 2007).

Os três componentes estão interrelacionados, no entanto, em algum momento um pode sobrepor-se ao outro. Uma pessoa com um forte SOC está com os três componentes altos, enquanto em uma pessoa com um fraco SOC, esses estão baixos. Indivíduos que apresentam SOC com pontuações mais altas são os que podem perceber estressores como previsíveis e explicáveis, ter confiança em sua capacidade de superá-los e julgar que vale a pena enfrentar os desafios que surgem; medidas baixas do SOC expressam uma relativa ausência dessas crenças (SCHNYDER et al., 1999).

Os componentes do SOC aproximam-se de conceitos existentes na literatura sobre enfrentamento (*coping*) como otimismo, vontade de viver, auto-eficácia, iniciativa (desembaraço), perseverança (persistência), locus de controle interno e resiliência (ANTONOVSKY 1987; 1993). Antonovsky dizia que esses constructos tem em comum a compreensão e o manejo do stress. No entanto, defendia que a salutogênese representa um enfoque diferente dessas teorias da psicologia, pois consiste em uma combinação de características cognitivas, comportamentais e motivacionais que é única (ANTONOVSKY 1987; 1993)

Contudo, não se pode negar a existência de uma interface entre SOC e resiliência. Um dos conceitos utilizados para resiliência refere-se ao conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis (PESCE et al., 2005). A escala de resiliência proposta por Wagnild e Young (1993) envolve a interação entre situações adversas e fatores protetores internos e externos ao indivíduo. Pode-se perceber aí uma similaridade entre os dois constructos. No entendimento de Lindstron (2001), porém, a resiliência está muito mais ligada a fatores estáticos (fatores de proteção).

A resiliência estaria relacionada à influência de instituições sociais tradicionais, principalmente a família e a escola (LINDSTRON, 2001). Segundo a autora, na sociedade moderna muitas das funções dessas instituições sofreram transformações, havendo inúmeras outras estruturas atuando, como os meios de

comunicação e novas tecnologias de informação (as redes sociais, por exemplo), surgindo a necessidade de buscar modelos mais flexíveis de resiliência. Ou seja, novos recursos são oferecidos para lidar com os estressores e o SOC habilita o sujeito a identificá-los e utilizá-los. Entretanto, o foco deste trabalho não é a comparação entre os instrumentos, sendo essas observações apresentadas somente com o objetivo de demonstrar que existem questões teóricas em torno do constructo SOC que podem ser alvo de discussão.

O SOC reflete a forma como o indivíduo vê a vida e a sua capacidade para enfrentar estímulos estressores, não se restringindo à resposta a uma situação específica (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2005). É uma maneira pessoal de pensar, ser e agir, com uma autoconfiança que leva a pessoa a identificar, utilizar, reutilizar e beneficiar-se dos recursos à sua disposição. A teoria salutogênica considera que existe uma relação de reciprocidade entre os RGRs e SOC: os RGRs contribuem para o estabelecimento de um forte SOC ao mesmo tempo que um SOC elevado contribui para ativação desses recursos a fim de lidar com os estressores que desencadeiam o estado de tensão (ANTONOVSKY, 1979, 1987).

O SOC é relevante para ambos os sexos, todas as etnias, classes sociais e culturas (ANTONOVSKY, 1993). Não se refere a um tipo específico de estratégia de enfrentamento, mas ao modo pelo qual os indivíduos, em todas as culturas, lidam com os estressores (ou seja, compreensão, habilidade para identificar recursos que o auxiliem a lidar com as dificuldades e motivação para atuar nesse sentido). As pessoas podem reagir diferentemente aos estressores, mas, mesmo aquelas que têm uma vida mais tranquila e vivem em ambientes favoráveis à saúde estão expostas a eles, uma vez que os mesmos são inerentes à condição humana (ANTONOVSKY, 1979).

Os estressores nem sempre são advindos de situações negativas. Muitas vezes podem derivar de eventos da vida como casamento, mudança de padrão social ou de emprego, nascimento de um filho, e mesmo assim gerar tensões. No entanto, seus reflexos sobre os indivíduos não precisam, inevitavelmente, traduzir-se em doença. Antonovsky (1987) acreditava que as doenças surgiam não em consequência do stress, mas sim, da falta de habilidade para lidar com ele (manejo) e que os estressores podem também ser encarados como fatores positivos na vida das pessoas, desde que se tenha competência para dimensioná-los e manejá-los adequadamente.

O SOC dos indivíduos desenvolve-se principalmente nas primeiras décadas de vida, período em que se aprende a lidar com as situações da vida em geral, sendo estimulado pelas experiências com que o indivíduo se depara no decorrer da mesma, estando razoavelmente estável após os 30 anos (ANTONOVSKY, 1987; 1993). Nesse período, o sujeito já teria tido oportunidade de vivenciar um número considerável de experiências e estar com uma situação profissional e familiar relativamente definida (ANTONOVSKY, 1987; 1993). Após essa idade, somente grandes eventos poderiam modificar os níveis de SOC e a mudança ocorrida não seria superior a 10%, voltando para um nível estável assim que a causa tivesse se dissipado (ANTONOVSKY, 1987; 1993).

A suposta estabilidade dessa medida tem sido alvo de discussões podendo não ser tão estável como foi originalmente proposto por Antonovsky. Enquanto alguns autores constataram que os escores médios do SOC tendem a permanecer estáveis, sem nenhuma variação entre mulheres e homens (SUOMINEN et al., 2001), outros observaram que indivíduos mais velhos, principalmente homens, apresentavam valores mais elevados de SOC (NILSSON; HOLMGREN; WESTMAN, 2000) e que, em geral, o SOC diminui com o tempo, exceto para os indivíduos com um SOC inicial forte (NILSSON et al., 2003). Em contrapartida, estudo longitudinal mostra alterações nos níveis de SOC, em ambos os sentidos, bem superiores aos 10% sugeridos por Antonovsky (SMITH; BRESLIN; BEATON, 2003).

Recente revisão sistemática, avaliando estudos que investigaram a estabilidade do SOC, conclui que este é dinâmico e pode sofrer alterações flutuantes tendendo a aumentar com a idade ao longo da vida e quanto maior a idade, maior o escore (LINDSTROM; ERIKSSON, 2005). Se a existência de SOC mais elevado entre os mais velhos se dá por um processo de seleção natural onde os mais saudáveis vivem mais tempo, ou se é devido ao fato das pessoas desenvolverem um forte SOC, ainda não está bem claro, mas os autores sugerem a segunda explicação. Concluíram, ainda, que homens possuem escore SOC mais elevado que as mulheres e que indivíduos com SOC inicial elevado parecem manter um nível relativamente estável ao longo do tempo (LINDSTROM; ERIKSSON, 2005).

2.2 A Escala SOC

A escala SOC (*Sense of Coherence Scale*) é uma escala padrão escrita originalmente em hebraico e em inglês para ser usada de forma transcultural. Consiste em um questionário fechado com 29 itens para operacionalizar o construto, publicada pela primeira vez em 1983 (ANTONOVSKY, 1987). Em seu formato operacional a escala SOC é denominada Questionário de Opinião Sobre a Vida - *The Orientation to Life Questionnaire* - podendo ser usado tanto para entrevistas como para auto-preenchimento. Também foi desenvolvida uma versão reduzida da escala, composta por 13 itens, conhecida como SOC-13.

No ano de 1993, Antonovsky conduziu uma revisão de 61 estudos utilizando o conceito de SOC e analisou as evidências para a viabilidade, a confiabilidade e a validade da escala em vinte países. O Coeficiente Alfa de Cronbach de consistência interna variou de 0,82 a 0,95 em 26 estudos usando SOC-29, e 0,74-0,91 em 16 estudos usando SOC-13. As correlações teste-reteste mostraram considerável estabilidade. Até aquela data, a escala SOC havia sido traduzida e utilizada em pelo menos quatorze idiomas e aplicada em todas as classes sociais, em adultos de todas as idades e adolescentes. No entanto, atualmente já existem traduções adicionais em outras dezenove línguas. Ao todo, o questionário SOC foi utilizado em pelo menos trinta e três idiomas, em trinta e dois países de todo o mundo, incluindo países ocidentais e orientais, como a Tailândia, China e Japão (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005).

A validade face a face da escala SOC parece ser aceitável e a validade consensual, moderada (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005). A maioria dos estudos utilizou uma das escalas originais, SOC-29 ou SOC-13. Porém, além destas, existem várias outras versões alternativas disponíveis. Surgiram pelo menos 15 versões distintas com diferentes opções de pontuação, incluindo versão do SOC familiar (SAGY, 2002), um questionário especialmente adaptado para crianças (MARGALIT; EFRATI, 1996; VINSON, 2002) e o SOC para escolares (BOWEN et al., 1998; NASH, 2002).

2.3 SOC e Saúde

Existem boas evidências de que o SOC é um recurso promotor de saúde que reforça a capacidade de resistência e desenvolve um bom estado subjetivo de saúde, estimulando uma visão positiva da mesma (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006; SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008). Revisão sistemática realizada com o objetivo de avaliar evidências científicas sobre o conceito SOC e sua capacidade de explicar a saúde e suas dimensões, concluiu que o SOC apresenta forte relação com a saúde percebida, especialmente a mental, e que este parece ter um papel moderador ou mediador na explicação da saúde, podendo representar um preditor de saúde (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006).

Os autores ainda puderam observar que quanto mais forte o SOC melhor a percepção da saúde geral, ao menos entre aqueles com um SOC inicial elevado, e que esta relação se manifesta em grandes populações, independentemente de fatores como idade, sexo, etnia, nacionalidade e delineamento do estudo (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006). No entanto, também foi constatado que a relação entre SOC e saúde física é mais complexa e menos consistente do que a relação com a saúde mental (FLENSBORG-MADSEN; VENTEGODT; MERRICK, 2005; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006).

Tem sido sugerido que o SOC é um fator psicossocial que está ligado a fatores socioeconômicos e ao status ocupacional (FELDT, 2003) e pode exercer um papel moderador no impacto da condição socioeconômica sobre a saúde (TAYLOR; SEEMAN, 1999; ING; REUTER, 2003; SAVOLEINEN et al., 2004, 2005a). O SOC ainda tem sido associado à prática de atividade física (KUUPPELOMAKI; UTRIAINEN, 2003) e a hábitos alimentares (LINDMARK et al., 2005).

Diversos estudos realizados em diferentes países evidenciam associação entre um forte SOC e auto-percepção positiva de saúde, menos queixas subjetivas e sintomas de doenças (SUIMINEN et al., 1999; NILSSON; HOLMGREN; WESTMAN, 2000; FORBES, 2001). Um forte SOC também esteve associado à redução do risco de mortalidade por todas as causas, câncer e doenças cardiovasculares, em estudo prospectivo realizado entre adultos de 41 a 80 anos, sugerindo que um alto SOC pode conferir alguma resistência ao risco de doenças crônicas (SURTEES et al., 2003).

Estudos longitudinais confirmaram a validade do SOC como preditor de boa qualidade de vida, sendo considerado um recurso para a saúde que atende aos princípios da Carta de Ottawa, ou seja, o processo de habilitar as pessoas para a vida (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006, 2007, 2008). Habilitar aqui assume o sentido de auxiliar as pessoas a descobrirem o seu próprio potencial, suas habilidades, ressaltando e valorizando suas características positivas.

A disponibilidade de RGRs não significa necessariamente o estabelecimento de um forte SOC. É necessário que os indivíduos sejam capazes de ativar esses recursos. O empoderamento, então, torna-se um palavra-chave tanto para a salutogênese quanto para a promoção da saúde: relaciona-se à capacidade e autonomia dos sujeitos para administrarem sua própria vida e fazerem escolhas conscientes. O empoderamento implica o desenvolvimento de habilidades que podem conduzir ao bem estar e à qualidade de vida. Para Antonovsky (1996), se a hipótese de que o SOC facilita o movimento em direção a saúde estivesse correta, o modelo salutogênico poderia ser uma base teórica consistente para orientar o campo da promoção da saúde, opinião compartilhada por outros autores (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2008; SILVA; MENDONÇA; VETTORE, 2008)

Estudos mais recentes têm-se voltado para investigação da relação entre SOC e fatores como gestação e parto, relatando que maior pontuação do SOC é um fator protetor independente para a predição do parto sem complicações (OZ et al., 2009), uso de medicamentos para dor (KOUSHEDE; HOLSTEIN, 2009), qualidade de vida (JOHANSSON et al., 2009; LANGIUS-EKL; LIDMAN; WREDLING, 2009) e diferentes aspectos de saúde bucal (FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2001; FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002; SAVOLAINEN et al., 2004, 2005a, 2005b; BONANATO, et al., 2008, 2009; AYO-YUSUF; REDDY; VAN DEN BORNE, 2008, 2009; SIPILA et al., 2009; BERNABÉ et al., 2009a, 2009b, 2009c, 2010).

2.4 SOC e Saúde Bucal

Apesar da associação entre SOC e saúde bucal estar sendo investigada nos últimos anos, ainda são poucos os estudos sobre o tema. No Brasil, em estudo realizado na cidade de Goiânia, os pesquisadores observaram que o SOC das mães

esteve significativamente associado a vários indicadores de saúde bucal em adolescentes (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002). Um forte SOC materno foi associado a menores níveis de cárie e doença periodontal de seus filhos e também com padrão de utilização de serviços (FREIRE; HARDY; SHEIHAM, 2002).

Outro estudo investigando esta relação em crianças de 8 meses a 5 anos conduzido em Belo Horizonte não encontrou associação entre SOC materno e experiência de cárie dentária nas crianças (BONANATO et al., 2008). No entanto, ao conduzir estudo semelhante com uma amostra maior, os mesmos autores observaram que os filhos de mães com valores de SOC baixo tiveram maior experiência de cárie (BONANATO et al., 2009). Esses estudos tiveram delineamento transversal e utilizaram a versão reduzida do instrumento (SOC-13).

O SOC também foi identificado como um determinante psicossocial de comportamentos relacionados à saúde bucal entre adolescentes. Freire, Sheiham e Hardy (2001), na análise dos comportamentos de saúde bucal (frequência de ingestão de açúcar, escovação dentária e padrão de atendimento odontológico), observaram que aqueles que apresentaram alto SOC tiveram maior probabilidade de realizarem consultas odontológicas preventivas enquanto que a condição bucal (cárie dental, higiene oral, e doença periodontal) não se mostrou significativamente associada ao SOC. Por outro lado, pesquisadores encontraram associação entre alto SOC e ausência de gengivite auto-reportada em adolescentes sul-africanos (AYO-YUSUF; REDDY; VAN DEN BORNE, 2008).

A frequência de escovação menor que uma vez ao dia e baixo nível de higiene bucal associaram-se a fraco SOC em jovens finlandeses, sugerindo que o SOC pode ser tomado como um fator determinante tanto da frequência quanto da qualidade da escovação (SAVOLAINEN et al., 2005b). A relação entre SOC e frequência de escovação dentária também foi investigada em estudo longitudinal e demonstrou que a elevação do SOC é um importante determinante da transição da frequência de uma para duas vezes ao dia (AYO-YUSUF; REDDY; VAN DEN BORNE, 2009). Um alto SOC também se mostrou associado à visitas regulares ao dentista em adultos, tendo os autores considerado que tal resultado levanta a possibilidade de que, se o SOC for reforçado na adolescência pode-se alcançar resultados positivos no atendimento odontológico na fase adulta (SAVOLAINEN et al., 2004).

Estudo sobre a influência do SOC na relação entre condição socioeconômica na infância e comportamentos de saúde bucal na idade adulta mostrou que um forte SOC está associado a melhores comportamentos de saúde bucal em adultos, após controlado o efeito da condição socioeconômica e características sociodemográficas (BERNABÉ et al., 2009c). Recentemente foi investigada a relação entre SOC e disfunção temporomandibular (DTM) em indivíduos de 30 a 64 anos e pode-se observar que aqueles com baixo SOC tinham mais do que dobro de chance de ter dor muscular mastigatória, estando também associado à dor à palpação da articulação, indicando que SOC é um fator psicossocial que pode influenciar a DTM (SIPILA et al., 2009).

Escores elevados do SOC também estiveram relacionados ao bem-estar, em pacientes que receberam tratamento cirúrgico para câncer de boca e faringe, tendo demonstrado menor ansiedade e melhor percepção de saúde geral (LANGIUS; LIND, 1995); a menor número de problemas atribuídos à condição bucal e melhor qualidade de vida (SAVOLAINEN et al., 2005a). Recentemente, Bernabé et al. (2010), em uma das poucas investigações avaliando a relação entre SOC e desfechos clínicos de saúde bucal conduzidas com uma amostra de adultos, observaram que o SOC associava-se a menos cáries e perdas dentárias e menor extensão de bolsas periodontais.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Investigar a associação do SOC com impacto da saúde bucal na qualidade de vida (OIDP) e condição bucal clínica, em indivíduos de 50 a 74 anos, em Porto Alegre/RS.

3.2 Objetivos Específicos

Investigar a associação do SOC com a ocorrência de OIDP, escore do OIDP e desempenho mais afetado no OIDP.

Estudar a associação entre SOC, necessidade de prótese e número de dentes presentes.

4 HIPÓTESES

4.1 Hipótese 1

Indivíduos com níveis elevados de SOC apresentam maior probabilidade de não terem impacto ou de terem um baixo escore de OIDP.

4.2 Hipótese 2

Indivíduos com níveis elevados de SOC apresentam probabilidade mais elevada de terem maior número de dentes presentes e menor necessidade de prótese.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo analítico observacional transversal, de base populacional.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Porto Alegre/RS. A cidade possui uma população de 1.409.000 habitantes, com uma expectativa média de vida de 74 anos, sendo a capital brasileira com a maior proporção de idosos – cerca de 14% (BRASIL, 2010). O município é composto por 82 bairros, distribuídos em 16 distritos sanitários.

5.3 População Alvo

A população alvo foi composta por indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária entre 50 e 74 anos, residentes nos distritos sanitários selecionados, totalizando 52.281 habitantes.

5.4 Plano Amostral

5.4.1 Cálculo da Amostra

O cálculo da amostra foi realizado para se obter um poder de 80%, com um nível de significância de 0,05, e uma diferença entre os grupos de até 20%,

chegando-se a se a uma amostra de 592 sujeitos. Ao final, uma amostra de 793 indivíduos foi definida para da pesquisa, devido à coleta de dados simultânea para outras características de interesse não incluídas neste estudo.

5.4.2 Processo de Amostragem

Adotou-se um processo de amostragem aleatória proporcional em múltiplos-estágios, utilizando o mapeamento de setores censitários disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- 1º estágio – Distrito Sanitário

Foram selecionados de forma aleatória simples, três distritos sanitários de Porto Alegre: Leste, Partenon e Glória. O número de indivíduos a serem examinados em cada um deles (distribuição da amostra) foi calculado tomando por base a distribuição proporcional do n total do estudo (793 sujeitos) em relação à população na faixa etária de 50-74 anos em cada um dos três distritos, utilizando-se a fórmula abaixo, cujo resultado pode ser observado no Quadro 1:

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

Distrito	População residente	População residente entre 50 e 74 anos	Proporção indivíduos entre 50-74 anos/ população total residente	n por distrito
Leste	138.305	17.523	0,34	265
Partenon	143.626	25.157	0,48	382
Glória	61.580	9.601	0,18	146
Total	343.511	52.281	0,15	793

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

- 2º estágio – Setor Censitário

Após obter a listagem de todos os setores censitários que compunham os distritos sanitários selecionados, foi elaborado um mapa por meio do programa Arch Explorer. Os setores foram selecionados por amostragem aleatória simples. Para definição do número de setores necessários, adotou-se a metodologia descrita por Barros e Victora (1998). Partiu-se da amostra (793 sujeitos) distribuída proporcionalmente entre cada distrito e, considerando-se que seriam realizados 8 exames/dia por dupla examinador/anotador, dividiu-se o n de cada distrito por 8. O resultado obtido indicou o número de setores que deveria ser visitado em cada distrito, ao qual foram acrescentados 10% para compensar possíveis perdas. O Quadro 2 apresenta a amostra e número de setores censitários a serem visitados, por distrito sanitário.

Distrito	n por distrito	Nº de setores censitários necessários por distrito	Nº de setores censitários necessários por distrito + 10% (perdas)
Leste	265	33.1	36
Partenon	383	47.7	52
Glória	146	18.2	20
Total	793	98	108

.Quadro 2 – Número e amostra de setores censitários por distrito sanitário

- 3º estágio – Quarteirão

A definição do quarteirão que seria o ponto de partida para os exames, em cada setor, foi baseada em um fluxograma elaborado a partir dos mapas dos setores. Os quarteirões eram numerados e sorteava-se um deles.

- 4º estágio – Esquina

No quarteirão selecionado eram numeradas as esquinas, sorteando-se a que representaria o ponto inicial. A partir desta esquina, iniciavam-se as visitas pela primeira casa e seguia-se visitando as casas contíguas, andando para a esquerda estando de frente para casa, até obter as oito entrevistas. Em cada domicílio poderia haver apenas um participante. Existindo mais de um indivíduo elegível na mesma residência, dava-se preferência ao do sexo masculino. Havendo sujeitos elegíveis no domicílio e não tendo sido possível aplicar o questionário na primeira visita, fazia-se até duas visitas subseqüentes com este objetivo, visando evitar perdas.

5.5 Critérios de Elegibilidade

Foram considerados critérios de inclusão estar na faixa etária de 50-74 anos e residir no setor censitário investigado. Foram excluídos visitantes não residentes no domicílio, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados utilizando-se quatro instrumentos: Escala SOC e Questionário OIDP ambos validados para esta pesquisa; ficha de exame clínico e questionário de avaliação socioeconômica e uso de serviços odontológicos.

5.6.1 Escala SOC

O senso de coerência foi medido pela versão reduzida da escala SOC ou SOC-13 (Apêndice A). Consiste em 13 itens para os quais as respostas têm de ser marcadas usando uma escala de Likert de 7 pontos. A pontuação do SOC é a soma dos pontos dos 13 itens. Quatro das 13 questões foram negativamente formuladas (1, 2, 3, 10) sendo inversamente pontuados, ou seja, tiveram seus escores invertidos

no momento da análise de forma que uma alta pontuação representasse um forte SOC. A soma de todos os itens fornece um escore que varia de 13 a 91 e quanto maior a pontuação mais forte será o SOC (SMITH; BRESLIN; BEATON, 2003).

Ao calcular a pontuação do SOC, indivíduos com valores ausentes em mais de três itens foram tratados como *missing*; se um sujeito tinha três ou menos valores ausentes, estes foram substituídos pelo valor médio dos demais itens do SOC daquele indivíduo (SAVOLEINEN et al., 2005a). A prática de substituição por valores médios foi descrita por Suominen et al. (2001). O instrumento continha ainda duas questões referentes à validação face a face (F1 e F2), baseadas em Streiner e Norman (2003), com o objetivo de fazer a adaptação transcultural para uso nesta população específica.

As questões 2, 6, 8, 9 e 11 referem-se à compreensão (*comprehensibility*); as questões 3, 5, 10 e 13 ao manejo (*manageability*) e as questões 1, 4, 7 e 12 ao significado (*meaningfulness*). No entanto, é recomendado que se utilize a pontuação total do SOC nas análises, o que foi adotado neste estudo (ANTONOVSKY, 1987).

5.6.2 Questionário OIDP (*Oral Impact on Daily Performances*)

Este instrumento foi adotado com o objetivo de avaliar o impacto da saúde bucal na capacidade das pessoas realizarem suas atividades diárias, envolvendo três dimensões: impactos físicos, psicológicos e sociais. O mesmo foi validado para a pesquisa, sendo que o processo incluiu a validação face a face, de conteúdo e de critérios, realizada em uma amostra de conveniência de 335 sujeitos.

O OIDP foi desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997) e originalmente continha oito itens. A versão utilizada neste estudo é a adaptada por Tsakos, Marcenes e Sheiham (2001), contendo dez itens (dificuldade para comer, falar claramente, limpar seus dentes/dentaduras, realizar atividades leves, sair/fazer compras/visitas, dormir, sorrir/dar risada/mostrar os dentes sem ficar envergonhado, lidar com seu estado emocional, aproveitar o convívio com as pessoas e descansar). Foi acrescentado mais um (trabalhar) por ser considerado de interesse para este estudo (Apêndice B). As questões e os critérios para preenchimento do OIDP podem ser observados no Apêndice C.

O OIDP quantifica o impacto avaliando sua freqüência e severidade, permitindo também que se avalie a relação causal dos impactos:

Avaliação de Freqüência: na avaliação de freqüência, o respondente é solicitado a descrever a freqüência do impacto por meio do padrão de ocorrência. O período de tempo utilizado no OIDP é relativo aos últimos 6 meses, tempo este considerado apropriado para ocorrências comuns de condições bucais, sendo utilizado também em estudos de dor crônica (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). A questão P2 do Apêndice C apresenta os critérios de classificação e pontuação de freqüência do impacto. As questões P3 e P4 do mesmo apêndice apresentam os critérios de classificação e pontuação de freqüência das atividades afetadas durante todo o período dos seis meses e em partes do período de seis meses.

Avaliação de Severidade: O escore da severidade traduz outra dimensão do impacto que é a relativa importância dos mesmos nos diferentes aspectos do desempenho diário, na percepção do respondente (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). A soma de cada classificação de desempenho contribui para o total e para a classificação final. A severidade dos impactos percebidos no OIDP é obtida a partir da indicação, pelos entrevistados, de quanto o problema afetou seu desempenho diário, classificando-os em uma escala que varia de 0 a 5, apresentada na questão P5 do Apêndice C.

A pontuação que representa o impacto total sobre cada desempenho é calculada multiplicando a freqüência (que pode variar de um a cinco) pela severidade (que pode variar de zero a cinco). A pontuação total é a soma de todos os desempenhos afetados no indivíduo (Quadro 3). Essa soma, então, é dividida pela pontuação máxima possível (número de performances avaliadas: 11 X freqüência do escore: 5 X freqüência da severidade: 5 = 275) e multiplicada por 100 para ter a porcentagem do escore.

Relação causal dos impactos: além de medir o impacto da saúde bucal no desempenho das atividades diárias, o OIDP também investiga as causas dos mesmos, o que permite avaliar as necessidades de tratamento específicas (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). Para tal, o indivíduo que relatar algum impacto é questionado sobre qual a causa principal deste problema e o tipo de prejuízo que tem lhe causado, devendo escolher dentre uma lista de opções que são apontadas (Apêndice C, questão P6). A partir da resposta, pode-se relacionar o impacto odontológico à condição clínica especificada pelo indivíduo

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

Quadro 3 - Cálculo do OIDP

5.6.3 Ficha de Exame Clínico

Para coleta dos dados clínicos foi desenvolvida uma ficha baseada na que foi utilizada pelo Projeto SB-Brasil 2003 (BRASIL, 2001) (Apêndice D). Os exames foram realizados utilizando índices e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde, complementados por critérios adotados pelo SB-Brasil 2003 (Anexo A).

5.6.4 Questionário de Avaliação Socioeconômica e Uso de Serviços Odontológicos

Os dados socioeconômicos e demográficos foram coletados por meio de questionário que incluía também informações sobre uso de serviços odontológicos, desenvolvido para o estudo a partir de uma adaptação do instrumento utilizado pelo Projeto SB-Brasil 2003 (BRASIL, 2001) (Apêndice E).

5.7 Treinamento e Calibração dos Examinadores

O processo de calibração para o exame clínico seguiu as orientações contidas no Manual do Examinador do SB2000 (BRASIL, 2001) Foi realizada calibração intra-examinador, examinando cinco pacientes da clínica da faculdade de odontologia da UFRGS com a mesma faixa etária dos sujeitos da pesquisa, tendo havido a discussão prévia dos critérios a serem adotados. Esses foram reexaminados uma semana depois, sob as mesmas condições de trabalho, pelos mesmos examinadores, para estabelecer o nível de concordância intra-examinador pelo Índice *Kappa*. Todos os valores intra-examinador foram superiores a 0,81, considerado um índice de concordância ótimo.

O padrão-ouro escolhido foi o pesquisador que obteve a maior soma dos valores *Kappa* intra-examinador. Para calibração inter-examinadores, cada um realizou 12 exames. Os resultados foram comparados ao padrão-ouro, sendo que a concordância foi superior 0,76, considerada boa. Os examinadores também foram treinados para aplicação dos questionários a fim de familiarizar-se com as perguntas e dirimir dúvidas, e orientados para não induzirem ou interferirem nas respostas dos participantes.

5.8 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com aplicação dos questionários em uma amostra de conveniência composta por 40 sujeitos de 50 a 74 anos, de ambos os

sexos. O objetivo foi testar a compreensão das perguntas e o tempo médio necessário para o preenchimento, além de treinar os examinadores. Após o mesmo, foram realizados pequenos ajustes de linguagem e na seqüência de aplicação.

5.9 Coleta dos Dados

A coleta dos dados foi realizada por meio da aplicação dos questionários, seguida da realização do exame clínico, nos domicílios selecionados. Participaram da mesma, quatro examinadores cirurgiões-dentistas previamente treinados e calibrados, acompanhados por anotadores.

No exame utilizou-se odontoscópio com espelho plano nº 5, sonda periodontal padrão OMS e gaze esterilizada, usando equipamento de proteção individual e seguindo as normas de biossegurança para esterilização do instrumental. O exame foi realizado com auxílio de uma lanterna de mão, iniciando pela avaliação de uso e necessidade de prótese, e após, avaliação de condição e necessidade tratamento de cada elemento dentário, partindo da região posterior do primeiro quadrante, seguindo para o segundo, terceiro e quarto quadrantes. O anotador era avisado toda a vez que o examinador trocava de quadrante. Por último era realizada e inspeção dos tecidos moles. Ao final, examinador revisava os instrumentos certificando-se do completo preenchimento.

5.10 Confiabilidade das Entrevistas e Consistência dos Exames

Durante a pesquisa foi avaliada a confiabilidade/reprodutibilidade das entrevistas estruturadas e dos exames clínicos, com a duplicação em 5% da amostra, tendo sido reavaliados uma semana após a primeira avaliação. Na análise da reprodutibilidade dos exames clínicos, os coeficientes kappa intra e inter-examinador foram 0,98 e 0,88 respectivamente. Para o questionário sociodemográfico, o Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC) foi 0,97.

A confiabilidade/reprodutibilidade do SOC foi testada pela consistência interna de seus itens e pela estabilidade da medida (teste-reteste). A consistência interna do escore global, calculada por intermédio do Alfa de Cronbach foi ou 0.80 e pode ser considerada boa. A estabilidade, avaliada pelo ICC, ficou em 0,79, considerado excelente.

Previamente ao estudo, foi realizada a adaptação trans-cultural do OIDP incluindo validação face a face, de conteúdo e de critérios, por intermédio de três estudos pilotos (com 35, 50 e 50 sujeitos respectivamente), e um estudo principal com 200 indivíduos. A consistência interna do OIDP foi de 0,69 (alpha de Cronbach). No teste-reteste, a estabilidade medida pelo ICC também ficou em 0,69.

5.11 Variáveis do Estudo

As variáveis independentes do estudo, com a respectiva categorização, estão apresentadas no Quadro 4. O escore SOC, variável explicativa deste estudo, variou de 23 a 91 e foi categorizado pela mediana ($md=69$) em “mais baixo”, para os valores menores que a mediana e “mais alto”, para valores maiores ou iguais à mediana. A idade foi coletada em anos e posteriormente categorizada com base na orientação da Organização Mundial da Saúde, que considera idosos indivíduos a partir de 60 anos, para países em desenvolvimento (IBGE, 2000).

A renda, coletada como uma variável contínua levou em conta o valor bruto do rendimento familiar em reais. Para fins do estudo, esta foi categorizada com base no valor do salário mínimo vigente na época, quatrocentos e quinze reais. Na escolaridade considerou-se o número de anos de estudo completados no ensino formal, sem contar os anos de repetência, sendo considerados também os cursos de especialização e pós-graduação. A mesma foi dicotomizada de acordo com a distribuição da frequência.

A variável cárie dentária foi extraída do CPOD, considerando a presença de cárie no momento do exame. As variáveis relacionadas aos comportamentos de saúde bucal foram consulta odontológica no último ano, que levou em conta se havia realizado ou não, e motivo da consulta, se havia buscado o serviço para consultas de rotina (preventivo) ou por outro motivo (curativo).

Os desfechos relacionados à saúde bucal investigados foram: ausência de impacto da saúde bucal na qualidade de vida, baixo escore do OIDP, ausência de impacto no desempenho sorrir, número de dentes presentes e ausência de necessidade de prótese (Quadro 5). Os mesmos foram trabalhados como desfechos positivos, ou seja, foram categorizados com o pior resultado esperado no baseline, tendo sido adotada a mesma lógica para as variáveis preditoras.

VARIAVEIS INDEPENDENTES	CATEGORIAS
Senso de Coerência	mais baixo; mais alto
Idade	50 - 59 anos; 60 - 74 anos
Sexo	feminino; masculino
Renda familiar	≤ 2 salários mínimos; entre 2 e 5 salários mínimos; > 5 salários mínimos
Escolaridade	< 6 anos; ≥ 6 anos
Consulta odontológica no último ano	não; sim
Motivo da consulta odontológica	curativo; preventivo
Cárie dentária	sim; não

Quadro 4 – Categorização das variáveis independentes do estudo

O número de dentes presentes foi obtido dos registros do exame clínico (Apêndice E), excluindo-se os dentes extraídos e com extração indicada, tendo sido dicotomizado pela mediana ($md=13$). As informações relativas à necessidade de prótese foram obtidas do mesmo instrumento. Para os desfechos relacionados ao OIDP, o número dentes presentes e a necessidade de prótese foram tratadas como variáveis explicativas.

VARIÁVEIS DEPENDENTES	CATEGORIAS
Ausência de impacto	não; sim
Escore de OIDP	alto; baixo
Ausência de impacto no desempenho sorrir	não; sim
Número de dentes presentes	0-13 dentes; 14 ou + dentes
Ausência de necessidade de prótese	não, sim

Quadro 5 – Categorização das variáveis dependentes do estudo

5.12 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram duplamente digitados no *software* EpiInfo 6.0 e transferidos para o *software* *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 16. Após, foram submetidos a controle de qualidade, visando identificar erros de digitação ou inconsistências, utilizando tabelas de frequência e comparação com os instrumentos originais.

Para análise da representatividade da amostra, comparou-se as frequências das variáveis sexo e idade com as informações da população dos distritos pesquisados, disponibilizadas pelo IBGE (2000). Observou-se que na faixa etária de 50 a 59 anos, a população masculina estava subestimada e na faixa etária de 60-74 anos, a população feminina estava superestimada. Assim, foram realizados ajustes para a distribuição das variáveis idade e sexo de acordo com os dados populacionais, utilizando a função “*weight cases*” do SPSS, atribuindo pesos amostrais diferenciados para cada grupo estudado através da razão do N na população/ N amostral.

Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas, por meio de Regressão de Poisson, com ajuste para variância robusta. Utilizou-se o Stata 9.0 (STATA, College Station, TX, USA), com o comando *Svysset* programado seguindo os

estágios da amostragem. Iniciou-se pelas análises bivariadas, para testar a associação entre cada uma das variáveis independentes e os desfechos. O nível de significância estatística adotado em todas as análises deste estudos foi 5% ($p < 0,05$).

A seleção dos potenciais confundidores que entrariam no modelo multivariado foi feita com base em critérios estatísticos (tendo sido estabelecido como ponto de corte o valor $p \leq 0,25$) e também com base em critérios clínico-epidemiológicos, visando com isso evitar a retirada daqueles que poderiam atuar como fatores de confusão. Todas as variáveis sociodemográficas foram incluídas.

A análise multivariada permitiu o ajuste simultâneo e a determinação do efeito independente de cada fator em estudo sobre o desfecho. Foram ajustados modelos multivariados para cada desfecho, através do método *backward*. Variáveis com valor $p > 0,05$ que não provocaram alterações nas estimativas de risco das demais, foram retiradas do modelo final, com exceção das variáveis sociodemográficas, que permaneceram independentemente do resultado observado.

- *Manuscrito I*

O manuscrito investiga a relação entre SOC e qualidade de vida relacionada à saúde bucal mensurada por meio do OIDP. Foram considerados três desfechos: ausência de impacto, baixo escore do OIDP e ausência de impacto no desempenho sorrir. Este último foi incluído por ter sido relatado pelos participantes como desempenho mais afetado.

Na análise da relação entre SOC e os desfechos foram considerados como potenciais confundidores, as variáveis sociodemográficas, que classicamente são incluídas no modelo, a frequência e motivo da consulta, cárie dentária, número de dentes presentes e necessidade de prótese.

- *Manuscrito II*

Aborda os desfecho clínicos que se mostraram associados ao SOC: número de dentes presente e necessidade de prótese. Inicialmente foram realizadas análises bivariadas entre o SOC e as variáveis cárie dentária, consulta no último ano, motivo da consulta, número de dentes presente e necessidade de prótese. As que mostraram associação estatisticamente significativa, necessidade de prótese e

número de dentes presente, foram consideradas variáveis dependentes deste estudo.

Os potenciais confundidores considerados para o desfecho ausência de necessidade de prótese, além das variáveis demográficas e sociais, foram: consulta no último ano, motivo da consulta e cárie dentária. No desfecho número de dentes presentes foram considerados os mesmos confundidores incluindo-se, ainda, a variável necessidade de prótese

5.13 Aspectos Éticos

O estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FO/UFRGS (Anexo B). Aos participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, após terem sido informados sobre o objetivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados (Apêndice F). Posteriormente ao exame clínico, foram informados e orientados sobre sua condição bucal e, quando necessário, encaminhados para tratamento.

MANUSCRITO I

SENSO DE COERÊNCIA E IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA EM INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS*

* Normalizado para submissão ao *Community Dentistry and Oral Epidemiology*.

SENSO DE COERÊNCIA E IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA ENTRE INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS

SENSO DE COERÊNCIA E IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA

Rosane Silvia Davoglio¹, Claídes Abegg¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS/Brasil.

Resumo

Objetivo: Investigar a relação entre senso de coerência e impacto de saúde bucal na qualidade de vida. **Método:** Foi realizado um estudo transversal, em Porto Alegre-RS/Brasil, com uma amostra de 720 participantes de ambos os sexos, na faixa etária de 50 a 74 anos. Os instrumentos de coleta de dados foram a versão reduzida da Escala SOC (SOC-13), o questionário Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida (OIDP), um questionário sociodemográfico e de uso de serviços odontológicos e o exame clínico bucal. Foram realizadas análises bivariadas e multivariadas por meio de Regressão de Poisson, com ajuste para variância robusta, utilizando o software Stata 9.0. O nível de significância estatística adotado foi $p < 0,05$. **Resultados:** A ocorrência OIDP foi relatada por 417 participantes (57,9%). Destes, 197 (47,2%) apresentaram um alto escore de OIDP e sorrir foi o desempenho mais afetado para 224 indivíduos (53,7%). Nos modelos ajustados, aqueles com forte SOC apresentaram probabilidade 31% maior de não sofrerem impacto (RP=1,31; IC95%=1,09-1,56; $p=0,003$), 42% maior de terem baixo escore de OIDP (RP=1,42; IC95%=1,18-1,71; $p=0,000$) e 29% maior de não terem impacto no desempenho sorrir (RP=1,29; IC95%=1,08-1,59; $p=0,014$), quando comparados aos de fraco SOC. **Conclusão:** Os achados deste estudo demonstraram que o constructo SOC associa-se OIDP, suportando a hipótese de que os indivíduos com forte SOC apresentam menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida, sugerindo que o SOC é um determinante que pode oferecer proteção contra o impacto.

Palavras-chave: Saúde Bucal; Senso de Coerência; OIDP; Qualidade de Vida.

Introdução

Saúde e doença devem ser compreendidas como um processo dinâmico e multidimensional e, como tal, não podem ser explicadas e definidas apenas por critérios objetivos. A habilidade e autonomia dos indivíduos para administrarem suas vidas e fazerem escolhas conscientes é fator fundamental para manterem-se saudáveis. Por isso, cada vez mais torna-se importante entender a forma como o indivíduo percebe sua condição bucal, como isso pode repercutir sobre seu bem estar e quais os fatores que podem contribuir para uma autopercepção positiva.

O Senso de Coerência (SOC) é um fator psicossocial que pode tornar os indivíduos mais preparados para manter e melhorar sua condição de saúde (1), influenciando a autopercepção e qualidade de vida (2). Consiste em orientação interior para a vida, capaz de expressar a extensão na qual o indivíduo tem um profundo e duradouro, ainda que dinâmico, sentimento de confiança que: os estímulos provenientes do meio interno e externo durante a vida são estruturados, previsíveis e explicáveis (compreensão/comprehensibility); existem recursos disponíveis para satisfazer as demandas decorrentes desses estímulos (manejo/manageability) e que tais exigências representam desafios que merecem o seu empenho e investimento (significado/meaningfulness) (3, 4, 5).

Estudos realizados em diferentes países evidenciam associação entre um forte SOC e redução do risco de mortalidade, autopercepção positiva de saúde, menos queixas subjetivas e sintomas de doenças (2, 6-9). Em relação à saúde bucal, encontrou-se associação de forte SOC com ausência de gengivite reportada em adolescentes (10) e visitas regulares ao dentista em adultos (11). Fraco SOC revelou-se associado à frequência de escovação dentária menor que uma vez ao dia, baixo nível de higiene bucal (12) e ao quadro clínico de disfunção temporomandibular, com maior ocorrência de dor (DTM) (13).

O SOC foi identificado como um determinante de comportamentos relacionados à saúde bucal entre adolescentes (14) e adultos (11, 15). Escores elevados do SOC também estiveram associados à melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal (16) e menor número de problemas atribuídos à condição clínica (16, 17).

Este estudo teve por objetivo investigar a relação entre SOC e OIDP em adultos e idosos na faixa etária de 50 a 74 anos, em Porto Alegre-RS/Brasil. A hipótese é que indivíduos com níveis elevados de SOC apresentam maior probabilidade de não sofrerem impacto da saúde bucal na qualidade de vida ou de ter um baixo escore de OIDP.

Método

Realizou-se um estudo transversal de base populacional em adultos residentes em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS, Brasil. O estudo é parte integrante da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo 46/05).

Amostra

O cálculo da amostra foi realizado para se obter um poder de 80%, com um nível de significância de 5%, e uma diferença entre os grupos de até 30%, chegando-se a 592 sujeitos. Ao final, uma amostra de 793 indivíduos foi definida para da pesquisa, devido à coleta simultânea de dados para outras características de interesse não incluídas neste estudo.

Adotou-se um processo de amostragem aleatória proporcional em múltiplos estágios. No primeiro estágio foram sorteados três distritos sanitários. No segundo estágio foram

selecionados os setores censitários que integrariam a amostra em cada distrito. O terceiro estágio consistiu no sorteio do quarteirão onde seria realizada a coleta dos dados e, finalmente, da esquina a partir da qual iniciariam as visitas.

Em cada domicílio foi examinado e entrevistado apenas um indivíduo. Foram incluídos no estudo, sujeitos da faixa etária de 50-74 anos residentes no setor censitário investigado. Foram excluídos visitantes não residentes no domicílio, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

Instrumentos e medidas

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a versão reduzida da escala SOC, ou SOC-13 e o questionário Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida (*Oral Impacts On Daily Performances - OIDP*), ambos validados para a pesquisa. Além desses, utilizou-se uma ficha de exame clínico para avaliação da condição bucal e um questionário de avaliação sociodemográfica e uso de serviços odontológicos, adaptados do SB-Brasil 2003 (18). Um estudo piloto foi realizado em uma amostra de conveniência composta por 40 sujeitos com características semelhantes aos elegíveis para o estudo, para testar a aplicação dos questionários e treinamento dos examinadores.

Escala SOC

O SOC-13 consiste em treze itens com respostas apresentadas em uma escala de Likert de 7 pontos. O escore SOC é a soma dos pontos de todos os itens podendo variar de 13 a 91. Quanto maior a pontuação, mais forte será o SOC. Neste estudo, o escore SOC foi dicotomizado pela mediana (fraco SOC, para os valores menores que a mediana; forte SOC, para os valores iguais ou maiores que a mediana).

Ao calcular a pontuação do SOC, indivíduos com valores ausentes em mais de três itens foram tratados como perdas. Para os sujeitos que tinham três ou menos valores ausentes, estes foram substituídos pelo valor médio dos demais itens do SOC conforme descrito por Suominen et al. (19). Quatro das 13 questões foram negativamente formuladas, sendo inversamente pontuados, ou seja, tiveram seus escores invertidos no momento da análise de forma que uma alta pontuação representasse um forte SOC.

O instrumento continha, ainda, duas questões referentes à validação face a face, baseadas em Streiner e Norman (20) com o objetivo de fazer a adaptação transcultural para uso nesta população específica. Na análise de validação, a maioria teve facilidade para compreender as perguntas (86,9%) e as respostas (85,4%), não tendo sido observada diferença estatísticas por faixa etária ($p=0,165$ e $p= 0,682$, respectivamente).

Durante a pesquisa foi avaliada a confiabilidade/reprodutibilidade das entrevistas estruturadas e dos exames clínicos, com a duplicação em 5% da amostra, tendo sido reavaliados uma semana após a primeira avaliação. A concordância intra e inter-examinador avaliada pelo Índice *Kappa*, foi 0,98 e 0,88 respectivamente. A confiabilidade do SOC foi testada pela consistência interna e pela estabilidade da medida (teste-reteste). A consistência interna do escore global, calculada por intermédio do Alfa de Cronbach foi ou 0,80. Para o teste-reteste utilizou-se ICC, ficando em 0,79.

Questionário OIDP

O OIDP foi desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (21) e originalmente continha oito itens. A versão utilizada neste estudo é a adaptada por Tsakos, Marcenes e Sheiham (22), contendo dez itens, tendo sido acrescido mais um (trabalhar) por ser considerado de interesse para esta população. Realizou-se a adaptação transcultural do instrumento incluindo a validação face a face, de conteúdo e de critérios, por intermédio de três estudos pilotos (com

35, 50 e 50 sujeitos, respectivamente) e um estudo principal com 200 indivíduos. A consistência interna do OIDP foi de 0,69 (Alpha de Cronbach). No teste-reteste, a estabilidade medida pelo ICC também ficou em 0,69.

O sistema de pontuação do OIDP fornece um escore individual que quantifica os impactos, refletindo a frequência e a severidade dos mesmos, e permitindo avaliar o peso e a importância relativa que esses têm na vida cotidiana, considerando a percepção dos entrevistados (23). Além de medir o impacto da saúde bucal na qualidade de vida, o instrumento também investiga as causas dos mesmos, o que possibilita avaliar as necessidades de tratamento específicas (21). O período de tempo adotado pelo OIDP é relativo aos últimos seis meses, tempo este considerado apropriado para ocorrências comuns de condições bucais, sendo utilizado também em estudos de dor crônica (21).

Neste estudo, foram considerados como desfechos: ausência de impacto (não; sim); baixo escore do OIDP, dicotomizado pela mediana (alto; baixo); ausência de comprometimento do desempenho sorrir (não; sim), por ter sido o mais afetado entre os participantes do estudo que relataram impacto.

Variáveis sociodemográficas

Nas variáveis sociodemográficas, a idade foi coletada em anos e posteriormente categorizada (50 - 59 anos; 60 - 74 anos), com base na orientação da Organização Mundial da Saúde, que para os países em desenvolvimento, considera idosos os indivíduos a partir de 60 anos. A renda, coletada como uma variável contínua levou em conta o valor bruto do rendimento familiar em reais, sendo categorizada com base no valor do salário mínimo vigente na época, quatrocentos e quinze reais (≤ 2 salários mínimos; entre 2 e 5 salários mínimos; > 5 salários mínimos). Na escolaridade, considerou-se o número de anos de estudo completos no ensino formal, sem contar os anos de repetência, sendo considerados também os

cursos de especialização/pós-graduação e foi dicotomizada pela distribuição da frequência (< 6 anos; ≥ 6 anos).

Variáveis relacionadas à saúde bucal

As variáveis relacionadas à saúde bucal investigadas foram realização de consulta no último ano (não; sim) e motivo da consulta (curativo; preventivo), ambas informadas pelo participante, além de necessidade de prótese (sim; não), cárie dentária (sim; não) e número de dentes presentes (0 -13 dentes; 14 ou mais dentes), obtidas a partir do índice CPOD apurado no exame bucal. A concordância intra e inter-examinadores no exame bucal foi avaliada pelo Índice *Kappa*, sendo 0,80 e 0,76 respectivamente.

Análise estatística

Análises bivariadas e multivariadas foram realizadas por meio de Regressão de Poisson, com ajuste para variância robusta, utilizando o software Stata 9.0 (STATA, College Station, TX, USA), tendo sido o comando *Svysset* programado seguindo os estágios da amostragem. A representatividade da amostra foi testada e ajustada usando a função “*weight cases*”, no SPSS 16.0. Foram atribuídos pesos amostrais diferenciados para as variáveis sexo e idade de acordo com os dados populacionais, através da razão do N na população/ N amostral.

O nível de significância estatística adotado em todas as análises foi 5% ($p < 0,05$). Iniciou-se pela análise bivariada entre as variáveis explicativas e os desfechos. O nível de significância $\leq 0,25$ foi estabelecido como ponto de corte para seleção das variáveis que entrariam para o modelo multivariado, visando com isso evitar a exclusão daquelas que poderiam atuar como fatores de confusão. Além do critério estatístico, a seleção foi baseada em critérios clínico-epidemiológicos para não excluir variáveis explicativas que poderiam ser

relevantes. As variáveis sociodemográficas foram incluídas, independentemente do ponto de corte.

Foram ajustados três modelos de Regressão de Poisson multivariados, um para cada desfecho, através do método *backward*. Para definição do modelo final foram realizadas análises para identificação das possíveis variáveis confundidoras, sendo que, a cada etapa, foram retiradas aquelas que não apresentaram ao menos uma categoria com $p < 0,05$, iniciando pelas de valor p mais elevado. Deste modo, variáveis com valor $p > 0,05$, que não provocaram alterações nas estimativas de risco das demais foram excluídas do modelo final, com exceção das variáveis sociodemográficas, que permaneceram independentemente do resultado observado.

Resultados

Dados descritivos

A proporção de respondentes foi 91% e a média de idade dos participantes foi 61,5 anos (DP = 7,5). O SOC variou de 23 a 91, com média de 67 (DP: 12,3) e mediana 69. Em relação à distribuição sociodemográfica, o alto escore SOC foi mais freqüente entre as mulheres (64,7%), aqueles com 60 anos ou mais (60,2%), com escolaridade acima de 6 anos (61,8%) e renda familiar entre dois e cinco salários mínimos. A ocorrência de impacto odontológico no desempenho diário foi relatada por 417 participantes (57,9%). Destes, 197 (47,2%) apresentaram um escore de OIDP alto e sorrir foi o desempenho mais afetado para 224 indivíduos (53,7%).

Senso de Coerência e Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida

A Tabela 1 apresenta o resultado da análise bruta e ajustada entre SOC e prevalência de OIDP. O SOC mostrou-se estatisticamente associado ao OIDP, sendo que aqueles com forte SOC apresentaram probabilidade 31% maior de não sofrerem impacto comparados aos de baixo escore, mantendo-se a associação após o ajuste para as demais variáveis do modelo. Necessidade de prótese também se associou ao desfecho, com os que não necessitavam prótese tendo probabilidade 53% maior de não terem impacto do que aqueles que necessitavam. A retirada dessa variável do modelo provoca pequena variação na Razão de Prevalências entre SOC e o desfecho, não influenciando essa relação.

Os indivíduos que foram classificados com forte SOC apresentaram probabilidade de terem baixo escore de OIDP 42% maior do que aqueles com fraco SOC, com diferença estatisticamente significativa mesmo após o ajuste para co-fatores (Tabela 2). A esse desfecho também se associaram motivo da consulta e necessidade de prótese, porém não influenciaram a relação com SOC.

Na Tabela 3, pode-se observar que os indivíduos com forte SOC tiveram probabilidade 29% maior de não sofrerem impacto no desempenho sorrir em comparação aos de fraco SOC, mantendo-se a associação estatisticamente significativa na análise ajustada. A variável necessidade de prótese também se associou à ausência de impacto no desempenho sorrir e sua retirada do modelo provoca um aumento superior a 10% na Razão de Prevalências entre SOC e o desfecho, sinalizando que este resultado pode ser explicado, em parte, pela necessidade de uso prótese. Não foi observada associação entre fatores sociodemográficos e os desfechos analisados.

Discussão

Os resultados apontam que o SOC está associado OIDP. As associações entre SOC e os desfechos mantiveram-se após os ajustes, demonstrando que essa relação permanece mesmo na presença de outros fatores comumente associados ao impacto, revelando a importância desses resultados.

Observou-se que indivíduos com forte SOC tiveram significativamente menos impacto do que aqueles com fraco SOC, reforçando a ideia que o SOC pode atuar como fator influenciador da autopercepção de saúde bucal (24). Este resultado é compatível com a concepção de que o SOC é uma orientação interior para a vida, que habilita o indivíduo para atuar positivamente sobre sua saúde, facilitando o movimento em direção ao pólo positivo do *continuum* saúde/doença.

Por este estudo ser, até onde se tem conhecimento, o primeiro a investigar a relação entre SOC e OIDP, não existem na literatura estudos que possam ser utilizados como parâmetro de comparação. No entanto, investigação realizada com outro indicador sociodental, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), demonstrou que, para todos os quintis do escore SOC, o desconforto psicológico, depois da dor física, foi a principal repercussão da condição bucal sobre a qualidade de vida (16).

Estudos anteriores evidenciam que o SOC está relacionado à qualidade de vida geral (2, 9, 25, 26). Indivíduos com forte SOC adotam mais medidas de auto cuidado, tendo melhores hábitos e comportamentos de saúde bucal; consultam o dentista com maior frequência e mais por motivos preventivos (11, 14, 15, 27, 28). Além disso, apresentam menos perdas dentárias, menos cáries e melhor percepção de saúde bucal (17), o que pode contribuir tanto para uma melhor condição clínica, como para uma autopercepção positiva da saúde, refletindo-se na redução do impacto.

Os resultados do presente estudo demonstram uma relação entre SOC e OIDP, mesmo após o ajuste para fatores conhecidos como potenciais confundidores. As variáveis clínicas pouco alteram a razão de prevalência do modelo, indicando que aqueles que tem alto SOC mesmo tendo condições clínicas desfavoráveis como cáries, perda dentária e necessidade de prótese, percebem menos impacto do aqueles com fraco SOC. Atualmente, já existem evidências de que o SOC é um recurso promotor de saúde que reforça a capacidade de resistência e desenvolve uma percepção positiva de saúde (2, 29).

Indivíduos com forte SOC tiveram menos comprometimento do desempenho sorrir, o que poderia estar associado a maior auto-estima, relação que já foi demonstrada em estudos anteriores (2, 24). Evidências sustentam a importância psicossocial de um sorriso atraente, estando relacionado à maior atração facial que, por seu turno, correlaciona-se à extroversão e autoconfiança/auto-estima (30), podendo influenciar o desenvolvimento da personalidade e a interação social (31). A satisfação com a aparência facilita o convívio social, propiciando o estabelecimento de relações interpessoais que podem contribuir para a estabilidade emocional reforçando o SOC do indivíduo e, conseqüentemente, reduzindo o impacto.

No entanto, constatou-se que a ausência de necessidade de uso prótese influenciou a relação entre SOC e o desempenho sorrir, o que não foi observado nos outros dois desfechos investigados. Ou seja, o fato dos indivíduos que tem alto SOC terem menos comprometimento do desempenho sorrir pode ser explicado, em parte, pelo fato destes não terem necessidade de uso de prótese em elementos dentários que interfiram com a estética do sorriso.

Pode-se supor, então, que a ausência de necessidade de prótese interfere na associação entre SOC e o desempenho sorrir, não chegando, contudo, a influenciar a prevalência geral do impacto e a sua severidade. Esse achado merece atenção, pois pode estar indicando que os indivíduos que não necessitam prótese em dentes que comprometam a estética do sorriso não demonstram insatisfação ou constrangimento para sorrir, e isso pode contribuir para maior

auto-estima, facilitando o convívio e as relações sociais, que são fatores fundamentais também para desenvolvimento e reforço do SOC.

Considerando-se que o número de dentes presentes não se associou ao impacto, seria plausível assumir que ter dentes anteriores pode ser mais importante para o reforço do SOC do que ter maior número de dente presentes ou ter dentes funcionais (posteriores ocluindo). Existem estudos demonstrando que os idosos têm mais aceitação do tratamento dentário quando acreditam que este irá beneficiar sua auto-imagem e interação social, do que quando pensam que trará uma melhora funcional (32, 33, 34).

Neste estudo, não foi encontrada associação entre fatores sociodemográficos e impacto. A ocorrência do impacto na amostra estudada foi semelhante ao resultado encontrado por autores que investigaram população com faixa etária semelhante e perda dentária elevada (23).

Os estudos transversais apresentam limitações como a atemporalidade, que impossibilita estabelecer relações de causalidade entre SOC e os desfechos. Porém, pode-se argumentar que é plausível supor que fatores psicológicos, mensurados pelo SOC, influenciam positivamente a percepção de impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Além disso, a técnica de análise multivariada, que permitiu o controle dos potenciais fatores de confusão, agrega valor metodológico ao estudo.

Outro ponto que merece destaque é o fato de se estar considerando saúde bucal a partir da percepção do indivíduo e não do profissional, ou seja, avalia a relação do SOC com aspectos subjetivos da saúde. A avaliação normativa, não leva em conta a forma como os problemas bucais afetam a vida cotidiana das pessoas, baseando-se no modelo biomédico que considera saúde como ausência de doença (35). Em geral, é a partir desta avaliação que são definidas as necessidades e que se dá a organização e oferta de serviços, deixando de considerar as implicações psicológicas e sociais da condição bucal (35).

No entanto, podem existir discrepâncias entre as medidas clínicas e a autopercepção de saúde bucal (35, 36). A satisfação do indivíduo com sua condição dentária, além de ser influenciada por variáveis clínicas, é influenciada por fatores intrínsecos e pessoais, que precisam ser melhor explorados para poder identificar e reforçar aqueles que contribuem para uma autopercepção positiva da saúde. Apesar de ainda existirem controvérsias, as pesquisas têm demonstrado que o SOC pode sofrer alterações durante a vida (2), não sendo tão estável quanto foi originalmente proposto e, portanto, passível de ser estimulado por ações de promoção da saúde nas diferentes fases da vida.

Os achados deste estudo demonstraram que o constructo SOC associa-se positivamente à qualidade de vida relacionada à saúde bucal, suportando a hipótese que os indivíduos com forte SOC apresentam menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida em comparação aos de fraco SOC, sugerindo que o SOC é um fator psicossocial que pode oferecer proteção contra o impacto.

Referências

- 1 Eriksson M, Lindstrom B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International* 2008;23:190-9
- 2 Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's sense of coherence scale and relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2006;60:376-81.
- 3 Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well.* London: Jossey- Bass; 1987.
- 4 Antonovsky A. The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine* 1993; 36:725-33.
- 5 Antonovsky A. The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective. *J. Med. Sci.* 1996;32:170-78.
- 6 Suominen S, Blomberg H, Helenius H, Koskenvuo M. Sense of coherence and health: does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. *Psychol Health* 1999;14:937-48.
- 7 Nilsson B, Holmgren L, Westman G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: Gender and psychosocial differences. *Scand J Primary Health Care* 2000;18:14-20.

8 Forbes DA. Enhancing mastery and sense of coherence: important determinants of health in older adults. *Geriatr Nurs* 2001;22:29-32.

9 Eriksson M, Lindström B. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and Its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007;61:938-44.

10 Ayo-Yusuf OA, Reddy P, Van Den Borne BW. Adolescents' sense of coherence and smoking as longitudinal predictors of self-reported gingivitis. *J Clin Periodontol* 2008;35:93-37.

11 Savolainen J, Knuuttila M, Suominen-Taipale L, Martelin T, Nordblad A, Niskanen M et al. A strong sense of coherence promotes regular dental attendance in adults. *Community Dent Health* 2004;21:271-76.

12 Savolainen JJ, Suominen-Taipale AL, Uutela AK, Martelin TP, Niskanen MC, Knuuttila ML. Sense of coherence as a determinants of toothbrushing frequency and level of oral hygiene. *J Periodontol* 2005;76:1006-12.

13 Sipilä K, Ylöstalo P, Könönen M, Uutela A, Knuuttila M. Association of sense of coherence and clinical signs of temporomandibular disorders. *J Orofac Pain* 2009;23:147-52

14 Freire MCM, Sheiham A, Hardy R. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours. *Community Dent Health* 2001;19:24-31.

- 15 Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Nordblad A, Savolainen J et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37:357-65.
- 16 Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J Oral Sci* 2005;113:121-27.
- 17 Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *J Clin Periodontol* 2010;37:981-987.
- 18 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira no ano 2000: manual do examinador. Brasília: 2001.
- 19 Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res* 2001;50:77-86.
- 20 Streiner D, Norman GR. *Health Measurement Scales – a practical to their development and use*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

- 21 Adulyanon S, Sheiham A. Integrating perceived oral impacts into dental treatment need. International Association for dental research/ South East Asia division, 12th annual meeting, Thailand; 1997.
- 22 Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts On Daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries. *Gerodont*. 2001;18:121-30.
- 23 Kida IA, Åstrom AN, Strand GV, Masalu JR, Tsakos G. Psychometric properties and the prevalence, intensity and causes of oral impacts on daily performance (OIDP) in a population of older Tanzanians. *Health Qual Life Out* 2006;4:56.
- 24 Bengtsson-Tops A, Hansson L. The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. *J Adv Nurs* 2001;33:432-38.
- 25 Norekva T M , I, Fridlund B, Moons P, Nordrehaug JE, Sævareid HI, Wentzel-Larsen T, Hanestad BR. Sense of coherence - a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *J Clin Nurs* 2009;19:820-31.
- 26 Langius-Ekl A, Lidman K, Wredling A. Health-related quality of life in relation to sense of coherence in a Swedish group of HIV-infected patients over a two-year follow-up. *AIDS Patient Care* 2009;23:59-64.
- 27 Freire MCM, Hardy R, Sheiham A. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002;29:204-12.

- 28 Ayo-Yusuf OA, Reddy P, Van Den Borne BW. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:68-77.
- 29 Silva NA, Mendonca MHM, Vettore MV. A salutogenic approach to oral health promotion. *Cad. Saúde Pública* 2008;24:521-30.
- 30 Van der Geld P, Oosterveld P, Van Heck G, Kuijpers-Jagtman AM. Smile Attractiveness: Self-perception and Influence on Personality. *Angle Orthodontist* 2007;77:759-65.
- 31 Langlois J, Kalakanis L, Rubenstein A, Larson A, Hallam M, Smoot M. Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychol Bull.* 2000;126:390-423.
- 32 Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults: influences on quality of life. *JADA* 1993;124:105-10.
- 33 Fiske J, Davis DM, Frances C, Gelbier S. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *Br Dent J* 1998;184:90-3.
- 34 MacEntee I, Prosth D. Quality of Life as an Indicator of Oral Health in Older People. *J Am Dent Assoc* 2007;138:47-52.
- 35 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.

36 Astrom AN, 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.

Tabela 1 - Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho ausência de Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida - OIDP (n= 720)

VARIÁVEIS	Ausência de Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida						
	N	n	%	PR bruta (IC 95%)	p	PR ajustada (IC 95%)	p
Senso de Coerência							
fraco	335	119	35,5	1,00	-	1,00	-
forte	385	184	47,8	1,34 (1,12-1,60)	0,001	1,31 (1,09-1,56)	0,003
Sexo							
feminino	482	206	42,7	1,00	-	1,00	-
masculino	238	97	40,8	0,95 (0,79-1,15)	0,615	0,95 (0,79-1,42)	0,601
Idade							
60 – 74 anos	412	178	43,2	1,00	-	1,00	-
50 – 59 anos	308	125	40,6	0,94 (0,78- 1,12)	0,483	0,97 (0,82- 1,64)	0,802
Renda familiar							
≤ 2 salários mínimos	191	72		1,00	-	1,00	-
entre 2 e 5 salários mínimos	287	119	41,5	1,10 (0,87-1,38)	0,414	1,09 (0,87-1,37)	0,442
> de 5 salários mínimos	242	112	46,3	1,22 (0,98-1,54)	0,077	1,23 (0,97-1,56)	0,092
Escolaridade							
< 6 anos	292	123	42,1	1,00	-	1,00	-
≥ 6 anos	428	180	42,1	0,99 (0,84-1,19)	0,986	0,95 (0,79-1,15)	0,610
Consulta no último ano							
não	393	162	41,2	1,00			
sim	324	140	42,2	1,04 (0,78-1,19)	0,591	-	-
Motivo da consulta							
curativo	489	198	40,5	1,00			
preventivo	228	104	45,6	0,12 (0,94-1,34)	0,190	-	-
Cárie dentária							
sim	240	107	55,6	1,00			
não	480	196	40,8	0,91 (0,77-1,09)	0,332	-	-
Número de dentes presentes							
0-13 dentes	371	157	42,3	1,00			
14 ou + dentes	349	146	41,8	0,98 (0,83-1,17)	0,895	-	-
Necessidade de prótese							
sim	515	107	44,6	1,00		1,00	
não	205	196	40,8	1,58 (1,34-1,86)	0,000	1,53 (1,30-1,81)	0,000

Tabela 2 - Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho baixo escore de Impacto da Saúde Bucal na Qualidade de Vida – OIDP (n= 417)

VARIÁVEIS	Baixo Escore do OIDP						
	N	n	%	PR bruta (IC 95%)	p	PR ajustada (IC 95%)	p
Senso de Coerência							
fraco	216	94	43,5	1,00	-	1,00	-
forte	201	126	62,7	1,44 (1,20-1,73)	0,000	1,42 (1,18-1,71)	0,000
Sexo							
feminino	276	144	52,1	1,00	-	1,00	-
masculino	141	76	53,9	1,03 (0,85-1,24)	0,737	1,03 (0,85-1,24)	0,775
Idade							
60 – 74 anos	234	129	55,1	1,00	-	1,00	-
50 – 59 anos	183	91	47,7	0,90 (0,75-1,09)	0,278	0,94 (0,78-1,30)	0,511
Renda familiar							
≤ 2 salários mínimos	119	55	46,2	1,00	-	1,00	-
entre 2 e 5 salários mínimos	168	96	57,1	1,24 (0,98 - 1,56)	0,076	1,25 (0,98-1,59)	0,060
> de 5 salários mínimos	130	69	53,1	1,15 (0,89 - 1,48)	0,283	1,15 (0,88-1,50)	0,296
Escolaridade							
< 6 anos	169	91	53,8	1,00	-	1,00	-
≥ 6 anos	248	129	52,0	0,97 (0,80-1,16)	0,713	0,94 (0,78-1,14)	0,533
Consulta no último ano							
não	231	123	53,2	1,00	-	-	-
sim	184	96	52,2	0,97 (0,81-1,17)	0,828	-	-
Motivo da consulta							
curativo	291	142	48,8	1,00	-	1,00	-
preventivo	124	77	62,1	1,27 (1,06-1,52)	0,009	1,31 (1,09-1,58)	0,004
Cárie dentária							
sim	133	68	52,1	1,00	-	-	-
não	284	152	53,5	1,04 (0,85-1,28)	0,652	-	-
Número de dentes presentes							
0-13 dentes	214	114	53,3	1,00	-	-	-
14 ou + dentes	203	106	52,2	0,98 (0,82-1,17)	0,830	-	-
Necessidade de prótese							
sim	329	163	49,5	1,00	-	1,00	-
não	88	57	64,8	1,30 (1,08-1,58)	0,005	1,28 (1,06 -1,55)	0,010

Tabela 3 - Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho ausência de impacto no desempenho sorrir (n= 417)

VARIÁVEIS	Ausência de Impacto no desempenho sorrir					
	n	%	PR bruta (IC 95%)	p	PR ajustada (IC 95%)	p
Senso de Coerência						
fraco	86	39,8	1,00	-	1,00	-
forte	107	53,2	1,34 (1,08-1,65)	0,007	1,29 (1,05-1,59)	0,014
Sexo						
feminino	127	46,0	1,00	-	1,00	-
masculino	66	46,8	1,01 (0,81-1,26)	0,878	1,03 (0,83-1,28)	0,767
Idade						
60 – 74 anos	103	44,2	1,00	-	1,00	-
50 – 59 anos	90	49,1	1,12 (0,98-1,37)	0,293	1,13 (0,93-1,39)	0,216
Renda familiar						
≤ 2 salários mínimos	57	47,9	1,00	-	1,00	-
de 2 a 5 salários mínimos	79	47,0	0,98 (0,77-1,26)	0,884	0,97 (0,76-1,24)	0,786
> de 5 salários mínimos	57	43,8	0,91 (0,70-1,20)	0,522	0,88 (0,67-1,17)	0,380
Escolaridade						
< 6 anos	77	45,6	1,00	-	1,00	-
≥ 6 anos	116	46,8	1,03 (0,83-1,27)	0,808	1,04 (0,83-1,29)	0,727
Consulta no último ano						
não	105	45,4	1,00	-	-	-
sim	87	47,2	1,04 (0,84-1,28)	0,710	-	-
Motivo da consulta						
curativo	136	46,7	1,00	-	-	-
preventivo	56	45,1	70,96 (0,76-1,21)	0,770	-	-
Cárie dentária						
sim	53	40,0	1,00	-	-	-
não	140	49,0	1,24 (0,97-1,57)	0,082	-	-
Número de dentes presentes						
0-13 dentes	103	48,1	1,00	-	-	-
14 ou +dentes	90	44,3	0,92 (0,75- 1,13)	0,439	-	-
Necessidade de prótese						
sim	133	40,4	1,00	-	1,00	-
não	60	68,2	1,69 (1,39-2,05)	0,000	1,67 (1,37-1,2,03)	0,000

MANUSCRITO II

**RELAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, NÚMERO DE DENTES PRESENTES
E NECESSIDADE DE PRÓTESE EM INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS***

* Normalizado para submissão ao *European Journal of Oral Sciences*.

**RELAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, NÚMERO DE DENTES PRESENTES
E NECESSIDADE DE PRÓTESE EM INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS**

SENSO DE COERÊNCIA E CONDIÇÃO BUCAL

Rosane Silvia Davoglio¹, Cláides Abegg¹,

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS, Brasil.

Davoglio R, Abegg C.

RELAÇÃO ENTRE SENSO DE COERÊNCIA, NÚMERO DE DENTES PRESENTES E NECESSIDADE DE PRÓTESE EM INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS

Eur J Oral Sci

RESUMO

Este estudo tem por objetivo investigar a relação entre SOC e variáveis clínicas de saúde bucal (número de dentes presentes e necessidade de prótese). A amostra consistiu em 720 adultos e idosos brasileiros de 50 a 74. A coleta domiciliar utilizou escala SOC-13, uma ficha de exame clínico para avaliação das condições bucais e um questionário de avaliação socioeconômica e uso de serviços odontológicos. Realizou-se análise estatística por Regressão de Poisson, com ajuste para variância robusta, utilizando o software Stata 9.0. Os sujeitos com forte SOC apresentaram uma probabilidade 34% maior de não necessitarem prótese, em comparação aos de SOC fraco (RP=1,34; IC95%=1,04-1,68; p=0,015). Observou-se, também, associação estatisticamente significativa com número de dentes presentes, havendo probabilidade 5% maior daqueles com forte SOC terem maior número de dentes presentes do que aqueles com fraco SOC (RP=1,05; IC95%=1,01-1,11; p=0,033). Os resultados, ajustados para fatores demográficos, sociais e comportamentais, permitem concluir que indivíduos com forte SOC apresentam melhor condição bucal do que aqueles com um fraco SOC, tendo maior número de dentes presentes e menor necessidade de prótese.

Palavras-chave: Senso de Coerência; Salutogênese; Perda dentária; Necessidade de prótese.

INTRODUÇÃO

O Senso de Coerência (SOC) é um recurso para enfrentamento de estressores que surgiu a partir do modelo salutogênico proposto por Antonovsky (1, 2) e está relacionado à qualidade de vida, podendo ser considerado um preditor da saúde (3, 4). Nos últimos anos, esse instrumento tem sido utilizado em diversas investigações na tentativa de encontrar novos caminhos que contribuam para a compreensão das múltiplas dimensões da saúde (5). A relação entre SOC e saúde mental já é reconhecida, contudo, a relação com saúde física é mais complexa e menos consistente havendo maior dificuldade para demonstrá-la (5).

Embora numerosos estudos tenham investigado a relação do SOC com saúde, bem-estar e qualidade de vida (4, 5) não foram muitos os estudos que exploraram a associação entre SOC e saúde bucal. No entanto, pode-se observar que o SOC tem se mostrado um recurso promissor para estabelecimento de comportamentos mais saudáveis (6-16) e autopercepção positiva de saúde bucal (17, 18), o que aumenta o interesse em investigar sua relação com a condição bucal clínica.

O SOC consiste em uma orientação interior para a vida que expressa a extensão na qual o indivíduo tem um profundo e duradouro, ainda que dinâmico, sentimento de confiança que os estímulos provenientes do meio interno e externo durante a vida são estruturados, previsíveis e explicáveis (*compreensão/comprehensibility*); existem recursos disponíveis para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos (*manejo/manageability*); essas exigências representam desafios que merecem o seu investimento emocional e empenho (*meaningfulness/significado*) (2).

Antonovsky argumentava que o SOC desenvolve-se nas primeiras décadas de vida, estando razoavelmente estável após os 30 anos, quando então, somente grandes eventos poderiam modificá-lo e essa alteração não ultrapassariam 10%, retornando ao nível anterior

assim que o estressor tivesse sido controlado (2). Atualmente, estudos vêm demonstrando que os níveis de SOC podem sofrer alterações maiores do que a sugerida, tendendo a aumentar com a idade ao longo da vida (3). Um SOC inicial elevado parece manter um nível relativamente estável no tempo, sendo que os homens apresentam escore SOC mais elevado do que as mulheres (3).

O SOC é considerado um determinante psicossocial de comportamentos relacionados à saúde bucal em adolescentes (7, 18) que pode refletir-se em melhor condição bucal na idade adulta (14). Existem evidências demonstrando que indivíduos que adotam comportamentos saudáveis têm menor ocorrência de periodontite, cárie e perda dentária (19). De mesma forma, estratégias de *coping*, podem apresentar efeito protetor contra perda dentária, operando por via comportamental (19).

Até o momento, pouco se investigou sobre a relação do SOC com a condição bucal clínica em adultos e idosos. Bernabé et al. realizaram um dos primeiros estudos avaliando a contribuição do SOC para as condições clínicas de saúde bucal em uma população de adultos finlandeses (20). Os autores constataram associação entre forte SOC e melhor condição bucal, indicando a relevância de direcionar estudos nesse sentido.

Visando contribuir com informações que possam aprofundar o conhecimento sobre ao tema, este estudo teve por objetivo investigar a relação entre SOC e condição bucal clínica em adultos e idosos brasileiros na faixa etária de 50 a 74 anos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal que faz parte da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Protocolo 46/05).

Amostra

O cálculo amostral foi realizado para um estudo com poder de 80%, nível de significância de 0,05 e diferença entre os grupos de até 30%, estimando-se que seriam necessários de 592 sujeitos. Ao final, definiu-se uma amostra de 793 indivíduos, devido à coleta de dados simultânea para outras características de interesse, não incluídas neste estudo.

O processo de amostragem foi aleatório proporcional em múltiplos estágios. Porto Alegre é composto por 16 áreas geográficas que comportam uma população com características epidemiológicas e sociais semelhantes, denominados distritos sanitários. No primeiro estágio foram selecionados aleatoriamente três destes distritos. No segundo estágio foram sorteados os setores censitários que integrariam amostra em cada distrito. O terceiro estágio consistiu no sorteio do quarteirão onde seria realizada a coleta dos dados e, finalmente, da esquina a partir da qual iniciariam as visitas.

Foram realizadas visitas domiciliares. Em cada domicílio foi examinado e entrevistado apenas um indivíduo. Consideraram-se critérios de inclusão estar na faixa etária de 50-74 anos e residir no setor censitário investigado. Foram excluídos visitantes, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

Instrumentos e medidas

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram a versão reduzida da Escala SOC ou SOC-13, uma ficha de exame clínico para avaliação das condições bucais e um questionário de avaliação socioeconômica e uso de serviços odontológicos, adaptados do Projeto SB-Brasil 2003 (21).

O SOC-13 consiste em treze itens com respostas apresentadas em uma escala de Likert de sete pontos. O escore SOC é calculado somando-se os pontos de todos os itens e pode variar de 13 a 91. O SOC será tanto mais forte quanto maior o escore. Ao calcular a

pontuação, indivíduos com valores ausentes em mais de três itens foram tratados como *missing*. Quando havia três ou menos valores ausentes, estes foram substituídos pelo valor médio dos demais itens do SOC, conforme descrito por Suominen et al.(22).

Quatro das treze questões foram negativamente formuladas sendo inversamente pontuados, ou seja, tiveram seus escores invertidos no momento da análise de forma que uma alta pontuação representasse um forte SOC. O instrumento continha ainda duas questões referentes à validação face a face, baseadas em Streiner e Norman (23) com o objetivo de fazer a adaptação transcultural do instrumento para uso na população estudada. O resultado da validação mostrou que a maioria teve facilidade para compreender as perguntas (86.9 %) e as resposta (85,4%), não tendo sido encontrada diferença estatísticas por faixa etária ($p=0,165$ e $p=0,682$ respectivamente).

Durante a pesquisa foi avaliada a confiabilidade/reprodutibilidade das entrevistas estruturadas e dos exames clínicos, com a duplicação em 5% da amostra, tendo sido reavaliados uma semana após a primeira avaliação. A concordância intra e inter-examinador avaliada pelo Índice *Kappa*, foi 0,98 e 0,88 respectivamente. A confiabilidade do SOC foi testada pela consistência interna e pela estabilidade da medida (teste-reteste). A consistência interna do escore global, calculada por intermédio do Alfa de Cronbach foi ou 0,80. Para o teste-reteste utilizou-se Coeficiente de Correlação Intraclassa (ICC), ficando em 0,79.

Para este estudo, o SOC foi dicotomizado em fraco SOC para os valores menores que a mediana e forte SOC para os valores iguais ou maiores que a mediana. Nas variáveis sociodemográficas, a idade foi coletada em anos e posteriormente categorizada com base na orientação da Organização Mundial da Saúde que, para os países em desenvolvimento, considera idosos indivíduos a partir de 60 anos (50 - 59 anos; 60 - 74 anos).

A renda familiar, coletada como uma variável contínua, levou em conta o valor bruto do rendimento familiar em reais e foi categorizada com base no valor do salário mínimo

vigente na época, quatrocentos e quinze reais (≤ 2 salários mínimos; entre 2 e 5 salários mínimos; > 5 salários mínimos). Na definição da escolaridade considerou-se o número de anos de estudo completados no ensino formal, sem contar os anos de repetência, e também os cursos de especialização/pós-graduação, sendo dicotomizada pela frequência (< 6 anos; ≥ 6 anos).

As variáveis relacionadas à saúde bucal investigadas foram: realização de consulta no último ano (não; sim) e motivo da consulta (curativo; preventivo), ambas informadas pelo participante; cárie dentária (sim; não), número de dentes presentes (≤ 13 dentes; > 13 dentes) e necessidade de prótese (sim; não) obtidas a partir do índice CPOD.

Um estudo piloto foi realizado em uma amostra de conveniência composta por 40 sujeitos de ambos os sexos e com idade entre 50 e 74 anos, para testar a aplicação dos questionários e treinamento dos examinadores.

Análise Estatística

As análises estatísticas foram realizadas por meio de Regressão de Poisson, com ajuste para variância robusta, utilizando o software Stata 9.0 (STATA, College Station, TX, USA). O comando *Svyset* foi programado seguindo os estágios da amostragem. A representatividade da amostra foi testada e ajustada usando a função “*weight cases*”, no SPSS 16.0. Foram atribuídos pesos amostrais diferenciados para as variáveis sexo e idade, de acordo com os dados populacionais, através da razão do N na população/ N amostral.

Inicialmente foram realizadas análises bivariadas entre o SOC e as variáveis relacionada à saúde bucal (consulta no último ano, motivo da consulta, cárie dentária, número de dentes presente e necessidade de prótese). As que mostraram associação estatisticamente significativa com o SOC (número de dentes presente e necessidade de prótese) foram considerados as variáveis dependentes deste estudo e as demais foram tratadas como

potenciais confundidores. O nível de significância estatística adotado em todas as análises foi 5% ($p < 0,05$).

Em seguida, foram realizadas análises bivariadas entre as variáveis explicativas e os desfechos. O nível de significância $\leq 0,25$ foi estabelecido como ponto de corte para seleção das variáveis que entrariam para o modelo, visando com isso evitar a exclusão daquelas que poderiam atuar como fatores de confusão. As variáveis sociodemográficas foram incluídas, independentemente do ponto de corte. Além do critério estatístico, a seleção foi baseada em critérios clínico-epidemiológicos para não excluir variáveis explicativas que poderiam ser relevantes.

Foram ajustados dois modelos de Regressão de Poisson multivariados, um para cada desfecho, através do método *backward*. Para definição do modelo final foram realizadas análises para identificação das possíveis variáveis confundidoras, sendo que, a cada etapa foram retiradas aquelas que não apresentaram ao menos uma categoria com $p < 0,05$, iniciando pelas de valor p mais elevado. Deste modo, variáveis com valor $p > 0,05$, que não provocaram alterações nas estimativas de risco das demais não permaneceram no modelo final, com exceção das variáveis sociodemográficas, que permaneceram independentemente do resultado observado.

RESULTADOS

Análise descritiva

O estudo teve um percentual de resposta de 91%. A idade média dos participantes foi 61,5 anos (DP = 7,5) e houve predomínio do sexo feminino (66,9%). Dois terços da amostra não apresentou cárie dentária. Menos da metade havia consultado no último ano (45,2%) e a frequência de consulta por motivos preventivos foi baixa (32 %). Constatou-se que 48,5%

apresentavam 14 ou mais dentes naturais e apenas 28,5% da amostra não tinha necessidade de prótese.

Em relação à distribuição do SOC, 53,5% foram classificados como tendo alto escore. A maioria destes eram mulheres (64,7%), tinham 60 anos ou mais (60,2%), escolaridade acima de 6 anos (61,8%) e renda familiar entre dois e cinco salários mínimos (40%), não tendo sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Análises bivariada e multivariada

A Tabela 1 apresenta o resultado da análise bivariada investigando a relação entre SOC e as variáveis clínicas e comportamentais que poderiam ser usadas como desfechos, tendo sido selecionadas as que apresentaram associação estatisticamente significativa: número de dentes presentes ($p=0,031$) e ausência de necessidade de prótese ($p=0,028$).

Na tabela 2 encontra-se o resultado das análises bivariada e multivariada relacionadas ao desfecho ausência de necessidade de prótese. Os indivíduos que tinham forte SOC apresentaram uma probabilidade 34% maior de não necessitarem prótese, em comparação aos de fraco SOC com diferença significativa entre os grupos. As variáveis consulta no último ano, motivo da consulta e cárie dentária participaram da análise multivariada, porém foram retiradas do modelo final por não estarem associadas ao desfechos e não alterarem as estimativas de risco das demais.

O resultado das análises bruta e ajustada entre as variáveis explicativas e o desfecho número de dentes presentes está reportado na Tabela 3. Observou-se que os indivíduos com forte SOC apresentaram probabilidade 5% maior de terem mais dentes presentes do que aqueles com fraco SOC, com diferença estatisticamente significativa após o ajuste para cofatores. A esse desfecho também se associaram sexo e idade, sendo que os homens tiveram

probabilidade 7% maior do que as mulheres, e os mais jovens tiveram probabilidade 5% maior do que os mais velhos de terem 14 ou mais dentes presentes, porém não influenciaram a relação entre SOC e o desfecho. As variáveis consulta no último ano, motivo da consulta, cárie dentária e necessidade de prótese entraram no modelo, mas foram retiradas por não estarem associadas ao desfecho e não alterarem as estimativas de risco das demais.

DISCUSSÃO

A associação constatada entre o SOC e os desfechos clínicos evidencia que os indivíduos com forte SOC têm menor necessidade de prótese e apresentam maior número de dentes. São resultados relevantes, pois demonstram a relação entre SOC e condição bucal mensurada por indicadores clínicos, que é mais complexa e difícil de ser demonstrada do que relação com indicadores subjetivos, sugerindo que o SOC não influencia somente a autopercepção de saúde bucal, mas também a condição clínica.

Diferentes estudos têm demonstrado a relação entre o SOC e hábitos, comportamentos e condição de saúde bucal auto-referida (10, 12, 14, 16, 18, 24). Entretanto, a investigação da relação do SOC com a condição clínica de saúde ainda é escassa na literatura. Freire, Sheiham e Hardy constataram associação entre SOC e cárie em dentes anteriores em adolescentes, resultado que não foi confirmado pela análise multivariada (6). Barnabé et al., avaliando a relação entre SOC e desfechos clínicos de saúde bucal em adultos, observaram que o SOC associava-se a menos cáries e perdas dentárias, após o ajuste para variáveis sociais, demográficas e comportamentais (20).

Os resultados deste estudo indicam que SOC elevado pode contribuir para melhor condição bucal de adultos e idosos, observando-se também que os fatores sociais e demográficos não tiveram influência sobre esse resultado, corroborando o que foi encontrado no estudo de Barnabé et al. (20). A ausência de influência do status socioeconômico na

relação entre SOC e comportamentos de saúde bucal em adultos já havia sido observada em estudos prévios (12, 13). A constatação desta associação em relação à condição clínica (número de dentes presentes e necessidade de prótese), embora necessite ser melhor explorada, sugere que, reforçando-se o SOC se poderia conseguir resultados favoráveis, mesmo que não houvesse alterações no status socioeconômico.

Ainda que Antonovsky estivesse correto ao afirmar que os níveis de SOC são definidos até os 30 anos e que após essa idade as alterações não ultrapassam 10%, o que é alvo de questionamentos (25), a sua influência sobre a saúde bucal pode ser percebida inclusive em idades avançadas, ressaltando a importância de atuar de forma a reforçá-lo desde as primeiras décadas de vida.

Um dos caminhos que a teoria salutogênica propõe é que indivíduos que tem alto SOC selecionam para si, com mais frequência, comportamentos promotores de saúde (26). Aqui, os comportamentos de saúde bucal (frequência e motivo da consulta ao dentista) não se mostraram importantes na relação entre SOC e os desfechos, já que sua presença no modelo provocou pequena ou nenhuma alteração nas medidas de risco. Isso estaria demonstrando que, nesse caso, o efeito do SOC sobre a condição bucal não pode ser explicada pela questão comportamental, pois existe um efeito que não é influenciado por essas e pelas demais variáveis do modelo. Contudo, considerando que o modelo investigado incluiu poucas variáveis comportamentais, e sendo este o caminho por onde a relação entre SOC e saúde bucal está mais consistentemente apresentada, não se pode descartar a possibilidade de existirem outras variáveis não exploradas neste estudo que poderiam estar atuando como confundidoras e explicando as relações encontradas.

Uma questão que cabe ser discutida é a relevância clínica dos achados. No caso da associação entre SOC e número de dentes presentes, a diferença entre os grupos foi pequena e parece não ser importante clinicamente. Contudo, acredita-se que a homogeneidade da

amostra em relação aos níveis de SOC pode ter influenciado esse resultado. O escore SOC pode variar de 13 a 91. Nesta população, variou de 23 a 91 tendo um escore médio de 67 (DP: 12,3). Mesmo aqueles classificados com baixo SOC tinham escores elevados, com a maioria deles muito próximo do valor da mediana, que foi estabelecida como ponto de corte para definição das categorias (md: 69). Essa distribuição conferiu relativa homogeneidade à amostra, o que pode ter dificultado a identificação de diferenças estatísticas entre os grupos. Este estudo, a exemplo de outros (11, 17, 18, 27, 28), optou por analisar o SOC como uma variável categórica e não como uma variável contínua, fato que também pode ter contribuído para esse resultado pois a categorização leva à perda de informações.

Pode-se observar na literatura, que este é um dos poucos estudos a investigar a relação do SOC com indicadores clínicos e a estudar uma amostra composta por adultos e idosos. No Brasil, as pesquisas que utilizaram a escala SOC concentraram-se em crianças e adolescentes escolares, sendo este o primeiro estudo de base populacional e também o primeiro a explorar uma faixa etária distinta.

Até onde se tem conhecimento, a maioria dos estudos que investigou a relação entre SOC e saúde bucal em adultos trabalhou com a mesma amostra, utilizando uma versão modificada do SOC contendo 12 itens (8, 12, 13, 16, 18, 20). Portanto, este estudo apresenta informações advindas de um grupo com características diferentes permitindo comparações em relação ao comportamento do SOC em uma população com outros valores culturais e comportamentais.

Os resultados permitem concluir que indivíduos com forte SOC apresentam melhor condição bucal do que aqueles com fraco SOC, tendo maior número de dentes presentes e menor necessidade de prótese, após ajuste para fatores demográficos, sociais ou comportamentais. No entanto, são necessárias maiores evidências para esclarecer a relação

entre SOC e saúde física, particularmente a saúde bucal, reconhecendo-se a importância de serem conduzidos estudos subsequentes.

REFERÊNCIAS

- 1 ANTONOVSKY A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- 2 ANTONOVSKY A. Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well. London: Jossey- Bass; 1987.
- 3 ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Validity of Antonovsky’s sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2005;59:460-66.
- 4 ERIKSSON M, LINDSTRÖM B. Antonovsky’s Sense of Coherence Scale and It’s relation with quality of life: A systematic review. J Epidemiol Community Health 2007;61:938-44.
- 5 ERIKSSON M, LINDSTRÖM B. Antonovsky’s sense of coherence scale and relation with health: a systematic review. J Epidemiol Community Health 2006;60:376-81.
- 6 FREIRE MCM.; HARDY R, SHEIHAM A. Mothers’ sense of coherence and their adolescent children’s oral health status and behaviours. Community Dent Health 2001;19:24-31.
- 7 FREIRE MCM, HARDY R, SHEIHAM A. Adolescents’ sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. Community Dent Oral Epidemiol 2002;29:204-12.

- 8 SAVOLAINEN J, KNUUTTILA M, SUOMINEN-TAIPALE L, MARTELIN T, NORDBLAD A, NISKANEN M et al. A strong sense of coherence promotes regular dental attendance in adults. *Community Dent Health* 2004;21:271-76.
- 9 SILVA NA, MENDONCA MHM, VETTORE MV. A salutogenic approach to oral health promotion. *Cad. Saúde Pública* 2008;24:521-30.
- 10 AYO-YUSUF OA, REDDY P, VAN DEN BORNE BW. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:68-77.
- 11 BONANATO K et al. Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. *Caries Res* 2009;43:103-09.
- 12 BERNABÉ E, KIVIMAKI M, TSAKOS G, SUOMINEN-TAIPALE AL, NORDBLAD A, SAVOLAINEN J et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. *Eur J Oral Sci* 2009; 117:413-18.
- 13 BERNABÉ E, TSAKOS G, WATT RG, SUOMINEN-TAIPALE AL, UUTELA A, VAHTERA J et al. Structure of the sense of coherence scale in a nationally representative sample: the Finnish Health 2000 survey. *Quality of Life Research* 2009; 18:629-36.
- 14 BERNABÉ E, WATT RG, SHEIHAM A, SUOMINEN-TAIPALE AL, NORDBLAD A, SAVOLAINEN J et al. . The influence of sense of coherence on the relationship between

childhood socioeconomic status and adult oral health related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37:357-65.

15 SAVOLAINEN J, SUOMINEN-TAIPALE A, UUTELA A, AROMAA A, HÄRKÄNEN T, KNUUTTILA M. Sense of coherence associates with oral and general health behaviours. *Community Dent Health* 2009;26:197-203.

16 SAVOLAINEN JJ, SUOMINEN-TAIPALE AL, UUTELA AK, MARTELIN TP, NISKANEN MC, KNUUTTILA ML. Sense of coherence as a determinants of toothbrushing frequency and level of oral hygiene. *J Periodontol* 2005;76:1006-12.

17 EMAMI E, ALLISON PJ, GRANDMONT P, ROMPRE PH, FEINE JS. Better oral health related quality of life: Type of prosthesis or psychological robustness? *J Dentistry* 2010;38:232-36.

18 SAVOLAINEN J, SUOMINEN-TAIPALE AL, HAUSEN H, HARJU P, UUTELA A, MARTELIN T et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J Oral Sci* 2005;113:121-27.

19 SANDER AE, SLADE GD, TURRELL G, SPENCER AJ, MARCENES W. Does Psychological Stress Mediate Social Deprivation in Tooth Loss? *J Dent Res* 2007; 86:1166-70.

- 20 BERNABÉ E, WATT RG, SHEIHAM A, SUOMINEN-TAIPALE AL, UUTELA A, VEHKALAHTI MM et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *J Clin Periodontol* 2010;37: 981-987.
- 21 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador, Brasília: 2001.
- 22 SUOMINEN S, HELENIUS H, BLOMBERG H, UUTELA A, KOSKENVUO M. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res* 2001;50:77-86.
- 23 STREINER D, NORMAN GR. *Health Measurement Scales –a practical to their development and use*. Oxford: Oxfors University Press, 2003.
- 24 AYO-YUSUF OA, REDDY P, VAN DEN BORNE BW. Adolescents' sense of coherence and smoking as longitudinal predictors of self-reported gingivitis. *J Clin Periodontol* 2008;35:93-37.
- 25 LINDSTRÖM B, ERIKSSON M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005;59: 440-2.
- 26 ANTONOVSKY A. The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective. *J. Med. Sci.* 1996; 32:170-78.

27 LINDMARK U et al. Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutr J* 2005; 28:4-9.

28 KOUVONEN AM, VÄÄNÄNEN A, WOODS SA, HEPONIEMI T, KOSKINEN A, TOPPINEN-TANNER S. Sense of coherence and diabetes: A prospective occupational cohort study. *BMC Public Health* 2008;8:46-57.

Tabela 1 – Regressão de Poisson bivariada entre
 as variáveis de desfecho e Senso de Coerência
 (n= 720)

DESFECHOS	Senso de Coerência	
	RP (IC 95%)	p
Consulta no último ano		
não	1,00	
sim	0,92 (0,78 - 1,08)	0,326
Motivo da consulta		
curativo	1,00	
preventivo	0,93 (0,75 - 1,15)	0,509
Numero de dentes presentes		
0-13 dentes	1,00	
14 ou + dentes	1,05 (1,00 - 1,11)	0,031
Necessidade de prótese		
sim	1,00	
não	1,30 (1,03 - 1,66)	0,028
Dentes cariados		
sim	1,00	
não	0,94 (0,85 - 1,045)	0,290

Tabela 2 – Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho ausência de necessidade de prótese (n=720)

VARIÁVEIS	N	n	%	Ausência de necessidade de prótese			
				RP bruta (IC 95%)	p	RP ajustada (IC 95%)	p
Senso de Coerência							
fraco	335	82	24,5	1,00	-	1,00	-
forte	385	123	31,9	1,31 (1,03 - 1,65)	0,028	1,34 (1,04 - 1,68)	0,015
Sexo							
feminino	482	144	29,9	1,00	-	1,00	-
masculino	238	61	25,6	0,85 (0,66 - 1,11)	0,241	0,82 (0,64 - 1,06)	0,144
Idade							
60 – 74 anos	412	114	27,7	1,00	-	1,00	-
50 – 59 anos	308	91	29,5	1,07 (0,84 - 1,35)	0,581	1,15 (0,91 - 1,46)	0,243
Renda familiar							
≤ 2 salários mínimos	191	50	26,2	1,00	-	1,00	-
entre 2 e 5 salários mínimos	287	83	28,9	1,10 (0,82 - 1,49)	0,515	1,16 (0,86 - 1,56)	0,336
> de 5 salários mínimos	242	72	29,7	1,14 (0,83 - 1,54)	0,414	1,24 (0,90 - 1,71)	0,181
Escolaridade							
< 6 anos	292	87	29,8	1,00	-	1,00	-
≥ 6 anos	428	118	27,6	0,92 (0,73 - 1,17)	0,515	0,84 (0,66 - 1,08)	0,174
Consulta no ultimo ano							
não	393	120	30,5	1,00	-	-	-
sim	324	84	25,9	0,85 (0,67 - 1,08)	0,176	-	-
Motivo da consulta							
curativo	489	142	29,0	1,00	-	-	-
preventivo	228	62	27,2	0,93 (0,73 - 1,21)	0,612	-	-
Cárie dentária							
sim	240	68	28,3	1,00	-	-	-
não	480	137	28,5	1,01 (0,78 - 1,29)	0,953	-	-

Tabela 3 – Resultado da Regressão de Poisson bruta e ajustada com o desfecho número de dentes presentes (n=720)

VARIÁVEIS	N	Número de dente presentes					
		n	%	RP bruta (IC 95%)	p	RP ajustada (IC 95%)	p
Senso de Coerência							
fraco	335	148	44.2	1,00	-	1,00	-
forte	385	201	52.2	1,05 (1,00 - 1,11)	0,031	1,05 (1,01 - 1,11)	0,033
Sexo							
feminino	482	215	44.6	1,00	-	1,00	-
masculino	238	134	56.3	1,08 (1,03 - 1,14)	0,003	1,07 (1,02 - 1,13)	0,006
Idade							
60 – 74 anos	412	186	45.1	1,00	-	1,00	-
50 – 59 anos	308	163	52.9	1,05 (1,00 - 1,11)	0,038	1,05 (1,01 - 1,11)	0,046
Renda familiar							
≤ 2 salários mínimos	191	92	48.2	1,00	-	1,00	-
de 2 e 5 salários mínimos	287	141	49.1	1,00 (0,94 - 1,07)	0,837	1,01 (0,95 - 1,08)	0,786
> de 5 salários mínimos	242	116	47.9	0,97 (0,94 - 1,06)	0,961	1,00 (0,94 - 1,07)	0,973
Escolaridade							
< 6 anos	292	138	47.3	1,00	-	1,00	-
≥ 6 anos	428	211	49.3	1,01 (0,96 - 1,07)	0,592	1,00 (0,95 - 1,06)	0,911
Consulta no último ano							
não	393	194	49.4	1,00	-	-	-
sim	324	153	47.2	0,98 (0,94 - 1,03)	0,568	-	-
Motivo da consulta							
curativo	489	248	50.7	1,00	-	-	-
preventivo	228	99	43.4	0,95 (0,90 - 1,00)	0,070	-	-
Cárie dentária							
sim	240	112	46.7	1,00	-	-	-
nao	480	237	49.4	1,02 (0,97 - 1,07)	0,494	-	-
Necessidade de prótese							
sim	515	248	48.2	1,00	-	-	-
não	205	101	49.3	1,00 (0,95 - 1,06)	0,787	-	-

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou, separadamente, a associação do SOC com desfechos subjetivos de saúde bucal (ausência OIDP, escore do OIDP e comprometimento do desempenho sorrir), e desfechos clínicos, relacionados à avaliação normativa de saúde bucal (ausência de necessidade de prótese e número de dentes presentes).

Os resultados permitem concluir que existe associação entre SOC e o indicador OIDP, suportando a hipótese que os indivíduos com SOC mais alto apresentam menor impacto da saúde bucal na qualidade de vida em comparação aos com SOC mais baixo. Este achado sugere que o SOC é um fator psicossocial que pode oferecer proteção contra o impacto. Pode-se concluir, ainda, que existe associação entre SOC e os indicadores clínicos investigados, confirmando a hipótese que indivíduos com SOC mais alto apresentam melhor condição bucal do que aqueles com SOC mais baixo, tendo maior número de dentes presentes e menor necessidade de prótese.

Este foi o primeiro estudo de base populacional realizado no Brasil e um dos poucos estudos em âmbito internacional a investigar essas associações em adultos e idosos. Considerando a mudança do padrão demográfico pela qual o país está passando e as especificidades das condições de saúde bucal desse grupo, destaca-se a relevância do estudo, por trazer informações que podem contribuir para elevação da qualidade de vida dessa população. Outro aspecto importante é estar investigando desfechos reais, ou seja, está medindo diretamente como o sujeito se sente, utilizando medidas subjetivas de qualidade de vida. Desfechos reais são, por natureza, desfechos clinicamente relevantes por serem compreensíveis, tangíveis para os sujeitos, representando a sua percepção do problema e não a do profissional (HUJOEL, 2004).

Algumas considerações cabem ser feitas sobre os resultados encontrados neste estudo. O percentual de perdas dentárias foi alto. Do total de participantes, 21% eram edêntulos e apenas 4% tinham todos os dentes presentes (considerando um arco de 28 dentes). O fato de não ter sido observada associação do número de dentes com nenhum dos desfechos, mesmo quando a variável foi categorizada em dentados e edêntulos, poderia ser interpretado por dois caminhos. Um deles diz respeito à faixa etária da amostra e à diminuição das expectativas em relação à saúde bucal que podem ocorrer ao longo da vida. As pessoas mais velhas tendem a

ver as perdas dentárias como conseqüência da idade aceitando-as e adaptando-se a elas (CARR, GIBSON; ROBINSON, 2001; ASTRON et al., 2006), principalmente em relação a dentes posteriores.

A outra é que, quando se tem uma população em que o uso de prótese é elevado, o impacto provocado pela perda dentária pode ser reduzido ou compensado pela reabilitação protética, principalmente no caso de edêntulos. A perda dentária com freqüência é precedida por dor e desconforto. Assim, a remoção de dentes e sua substituição por próteses (inclusive próteses totais) pode estar sendo vista pelos indivíduos como uma solução e não como um problema. Cabe destacar que esses resultados podem diferir de outros estudos porque estão relacionados a aspectos culturais específico de cada população (STEELE et al., 2004).

Embora não tenha sido encontrada associação com o número de dentes presentes, o OIDP esteve associado à necessidade de prótese. Análises complementares mostram que 63% dos indivíduos que usavam prótese não estavam adequadamente reabilitados (ou porque a prótese não estava apropriada, ou porque estavam necessitando de prótese em outros elementos) independente do número de dentes presentes. Pode-se supor que a elevada percepção de impacto (57,9%) tenha ocorrido pela ausência ou má qualidade da reabilitação protética de elementos dentários perdidos e não propriamente pelas perdas, principalmente no que se refere a dentes anteriores, uma vez que o desempenho sorrir foi o mais afetado. Ou seja, nesta população o que se associa á percepção de impacto não é ter maior ou menor número de dentes presentes e sim, ter ou não ter uma reabilitação protética satisfatória.

A renda familiar foi uma variável não se associou aos desfechos, embora para a prevalência e a severidade do impacto os valores tenham se mostrado muito próximos ao nível de significância estabelecido. Contudo, é necessário levar em conta que na faixa etária investigada um percentual expressivo de indivíduos já está aposentado. Sabe-se que no Brasil, para a maioria da população, o valor da aposentadoria encontra-se na categoria menor ou igual a dois salários mínimos. Assim, esse fator em estudo apresentou pouca variabilidade no grupo populacional sob investigação, o que pode ter contribuído para o resultado observado.

A salotogênese tem sido apontada como um importante recurso que pode ser utilizado no campo da promoção da saúde (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2006, 2007,

2008). A literatura vem demonstrando que SOC pode ser sofrer alterações ao longo da vida (LINDSTROM; ERIKSSON, 2005). Sendo assim, buscar formas de estimulá-lo nas faixas etárias mais avançadas torna-se uma estratégia relevante para elevação da qualidade de vida de adultos e idosos. O Brasil passa por uma transição da estrutura etária que se refletirá em uma população com perfil envelhecido nas próximas décadas, estando entre os países com ritmo de envelhecimento populacional mais acentuado (RIPSA, 2009). Ocorrerá um aumento populacional entre adultos e, principalmente, entre idosos de 65 anos ou mais, com o peso relativo dos maiores de 65 anos passando de 5,5%, em 2000, para 10,7%, em 2025 (RIPSA, 2009).

Dessa forma, habilitar os sujeitos para envelhecer com maior autonomia e maior capacidade para desempenhar atividades cotidianas torna-se fundamental, sendo responsabilidade tanto dos governantes quanto dos profissionais de saúde. Esse processo passa pela priorização de políticas e estratégias de promoção da saúde. Recomenda-se adotar a perspectiva salutogênica como norteadora das políticas e das ações de saúde, de forma a aumentar a disponibilidade de RGRs e o SOC, visando à criação sociedades salutogênicas por intermédio de políticas públicas que viabilizem as escolhas saudáveis e a redução de iniquidades, principalmente relacionadas à renda e acesso a serviços, que são determinantes importantes da condição de saúde da população; da criação de ambientes suportivos, como espaços urbanos com maior acessibilidade para facilitar o deslocamento e a circulação das pessoas, áreas de lazer que propiciem o contato com a natureza, a prática de atividade física, a convivência e as relações interpessoais, criando e fortalecendo redes sociais de suporte.

Nesse sentido, é fundamental a sensibilização dos profissionais da saúde para a necessidade de desenvolverem atividades que valorizem os fatores salutogênicos, implementando ações que visem o empoderamento do indivíduo/grupo com conhecimento, informação, estímulo ao auto-cuidado, às relações sociais e elevação da auto-estima, habilitando-os para identificação e utilização dos recursos disponíveis. A atuação dos profissionais de saúde voltada para o estabelecimento vínculos de confiança e afeto é especialmente importante para a saúde física e mental de pessoas idosas, que muitas vezes não podem contar com o apoio familiar que necessitam. A formação acadêmica desses profissionais, a ênfase e o enfoque dado à promoção da saúde, é um aspecto que

necessita ser repensado, pois a reorientação do modelo de atenção à saúde somente será concretizada se esses foram preparados para atuar com o foco na saúde e não na doença.

Os estudos transversais, mesmo não permitindo fazer inferências causais são indicadores importantes da relação entre as variáveis. Contudo, reconhece-se, a importância de realizar estudos longitudinais subseqüentes, principalmente pelo fato de se estar avaliando constructos que podem sofrer modificações ao longo do tempo, como é o caso do SOC.

REFERÊNCIAS

ADULYANON, S; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, editor. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 1997.

ANTONOVSKY, A. **Health, stress and coping**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.

_____. **Unraveling the mystery of health – how people manage stress and stay well**. London: Jossey- Bass; 1987.

_____. The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. **Soc Sci & Med**, v. 36, n. 6, p. 725-33, 1993.

_____. The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective. **J. Med. Sci.**, v. 32, n. 3, p. 170-78, 1996.

AYO-YUSUF, O.A; REDDY P.; VAN DEN BORNE, B.W. Adolescents' sense of coherence and smoking as longitudinal predictors of self-reported gingivitis. **J Clin Periodontol**, v. 35, n. 11, p. 93-37, 2008.

_____. Longitudinal association of adolescents' sense of coherence with tooth-brushing using an integrated behaviour change model. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, p. 68-77, 2009.

ASTRON, A.N. et al. Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and socio-demographic factors. **Eur J Oral Sci** v. 114, v. 2, p. 115-21, 2006.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. **Epidemiologia da Saúde Infantil**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Unicef, 1998.

BERNABÉ, E. et al. The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. **Eur J Oral Sci**, v. 117, n. 4, p. 413-18, 2009a.

BERNABÉ, E. et al. Structure of the sense of coherence scale in a nationally representative sample: the Finnish Health 2000 survey. **Quality of Life Res**, v.18, n. 2, p. 629-36, 2009b.

BERNABÉ, E. et al. The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral healthrelated behaviours. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 37, n. 5, p. 57-65, 2009c.

BERNABÉ, E. et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 1, p. 981-87, 2010.

BONANATO, K. et al. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. **Rev. Odonto Ciênc**, v.23, n.3, p.251-55, 2008.

BONANATO, K. et al. Relationship between mothers' sense of coherence and oral health status of preschool children. **Caries Res**, v. 43, n. 2, p.103-09, 2009.

BOWEN, G.L. et al. Sense of school coherence, perceptions of danger at school, and teacher support among youth at risk of school failure. **Child and Adolesc Soc Work J**, v.15, n. 4, p. 273-86, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde Bucal. **Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador**. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010 – resultados parciais**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 06 jun. 2011.

CARR, A.; GIBSON, B.; ROBINSON, P.G. Is quality of life determined by expectations or experience? **Br Med J**, v. 322, p. 1240-43, 2001.

CARRONDO, M.E. **Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento das crianças: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogênico**. 2006. Tese de Doutorado.Universidade de Minho. Portugal, 2006. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6276>. Acesso em: 06 jun. 2011.

DANTAS, R.A.S . **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros.** Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2007.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 59, p. 460-6, 2005.

_____. Antonovsky's sense of coherence scale and relation with health: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 60, p. 376-81, 2006.

_____. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's relation with quality of life: A systematic review. **J Epidemiol Community Health**, v. 61, p. 938-44, 2007.

_____. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion Intern**, v. 23, n. 2, p.190-199, 2008.

FELDT, T. et al. The stability of sense of coherence: Comparing two age groups in a 5-year follow-up study. **Person and Individ Differences**, v. 35, n. 5, p.1151-65, 2003.

FLENSBORG-MADSEN, T; VENTEGODT, S; MERRICK, J. Sense of Coherence and Physical Health. A Review of Previous Findings. **Scientific World J**, v. 5, p. 665–67, 2005.

FORBES, D.A. Enhancing mastery and sense of coherence: important determinants of health in older adults. **Geriatr Nurs**, v. 22, n. 1, p. 29-32, 2001.

FREIRE, M.C.M; SHEIHAM, A; HARDY, R. A. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 29, n. 3, p. 204-12, 2001.

FREIRE, M.C.M; HARDY, R; SHEIHAM, A. Mothers' sense of coherence and their adolescent children's oral health status and behaviours. **Community Dent Health**, v. 19, n. 1, p. 24-31, 2002.

HUJOEL P.P. Endpoints in periodontal trials: the need for an evidence-based research approach. **Periodontology** 2000 v.36, p.196–204, 2004.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

ING, J.D; REUTTER, L. Socioeconomic status, sense of coherence and health in Canadian women. **Can J Public Health**, v. 94, n. 3, p. 224-8, 2003.

JOHANSSON, M. et al. Quality of life for couples 4-5.5 years after unsuccessful IVF treatment. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 88, n.3, p. 291-300, 2009.

KOUSHEDE, V.; HOLSTEIN, B. Sense of Coherence and Medicine Use for Headache Among Adolescents. **J Adolesc Health**, v. 45, n. 2, p. 149-55, 2009.

KUUPPELOMAKI, M.; UTRIAINEN, P. A 3 year follow-up study of health care student's sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. **Int J Nurs Stud**, v. 40, n. 4, p. 383-8, 2003.

LANGIUS, A.; LIND, M. Well-being and coping in oral and pharyngeal cancer patients. **EJC Oral Oncology**, v. 31, n. 4, p. 242-49, 1995.

LANGIUS-EKL, A; LIDMAN, K; WREDLING, A. Health-related quality of life in relation to sense of coherence in a Swedish group of HIV-infected patients over a two-year follow-up. **AIDS Patient Care** v. 23, n. 1, p. 59-64, 2009.

LINDMARK, U. et al. Food selection associated with sense of coherence in adults. **Nutr J**, v.28, n.4, p.4-9, 2005.

LINDSTROM, Bengt. O significado de resiliência. **Adolesc Latinoam**, v. 2, n. 3, p.133-37, 2001

LINDSTRÖM, B; ERIKSSON, M. Salutogenesis. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 59, n. 6, p. 440-2, 2005.

MARGALIT, M; EFRATI, M. Loneliness, coherence and companionship among children with learning disorder. **Educat Psychol**, v. 16, n. 1, p. 69–80, 1996.

NASH, J.K. Neighborhood effects on sense of school coherence and educational

behavior in students at risk of school failure. **Children and Schools**, v. 24, n. 2, p. 73-89. 2002.

NILSSON, B; HOLMGREN, L; WESTMAN, G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden: Gender and psychosocial differences. **Scand J Primary Health Care**, v.18, n.1, p.14-20, 2000.

NILSSON, B. et al. Sense of coherence - stability over time and relation to health, disease, and psychosocial changes in a general population: a longitudinal study. **Scand J Public Health**, v. 31, n. 4, p.297-304, 2003.

OZ, Y. Sense of coherence predicts uncomplicated delivery: a prospective observational study. **J Psychosom Obstet Gynaecol**, v. 30, n. 1, p. 29-33, 2009.

PESCE et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 436-48, 2005.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para Saúde. **Demografia e saúde : contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde**. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

SAGY, S. Moderating factors explaining stress reactions: comparing chronic without-acute-stress and chronic-with-acute-stress situations. **J Psychol**, v. 136, n. 4, p. 407-19, 2002.

SAVOLAINEN, J. et al. A strong sense of coherence promotes regular dental attendance in adults. **Community Dent Health**, v. 21, n. 4, p. 271-76, 2004.

SAVOLAINEN, J. et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. **Eur J Oral Sci**, v. 113, n. 2, p. 121-27, 2005a.

SAVOLAINEN, J. et al. Sense of coherence as a determinants of toothbrushing frequency and level of oral hygiene. **J Periodontol**, v. 76, n. 6, p. 1006–12, 2005b.

SCHNYDERB, U. Sense of Coherence - A Mediator between Disability and Handicap? **Psychother Psychosom**, v. 68, p.102-10, 1999.

SILVA, N.A.; MENDONCA, M.H.M.; VETTORE, M.V. A salutogenic approach to oral health promotion. **Cad. Saúde Pública** v. 24, n. 4, p. 521-30, 2008.

SIPILA, K. et al. Association of sense of coherence and clinical signs of temporomandibular disorders. **J Orofac Pain**, v. 23, n. 2, p. 147-52, 2009.

SMITH, P.M.; BRESLIN, F.C.; BEATON, D.E. Questioning the stability of sense of coherence. The impact of socio-economic status and working conditions in the Canadian population. **Soc Psychiatr Epidemiol**, v. 8, n. 9, p. 475-84, 2003.

SUOMINEN, S. et al. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: Results of 4 years of follow-up of adults. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 50, n. 2, p. 77-86, 2001.

SUOMINEN, S. et al. Sense of coherence and health: does the association depend on resistance resources? A study of 3115 adults in Finland. **Psychol Health**, v.14, n. 5, p. 937-48, 1999.

SURTEES, P.G. et al. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. **Am J Epidemiol**, v. 58, n.12, p. 1202-09, 2003.

STEELE, J.G. et al. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two national samples. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 32, n. 2, p. 107-14, 2004.

STREINER, D.; NORMAN, G.R. **Health Measurement Scales - a practical to their development and use**. 3^o ed. Oxford: Oxfors University Press, 2003

TAYLOR, S.E.; SEEMAN, T.E. Psychosocial resources and the SES health relationship. **Ann N Y Acad Sci**, v. 896, n.1, p. 210-25, 1999.

TSAKOS, G.; MARCENES, W.; SHEIHAM ,A. Evaluation of modified version of the index of oral Impacts On Daily Performances (OIDP) in elderly population in two European countries. **Gerodontol**, v.18, n.2, p.121-30, 2001.

VINSON, J.A. Children with asthma: initial development of the child resilience model. **Pediatric Nursing**, v. 28, n. 2, p. 149-58, 2002.

WAGNILD, G.M; YOUNG, H.M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J Nurs Meas** 1993; 1:165-78.

WHO. World Health Organization. **Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe**. Copenhagen: WHO, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESCALA SENSO DE COERÊNCIA (SOC-13)

APÊNDICE B – GRADE DE RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OIDP)

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OIDP) E CRITÉRIOS PARA PREENCHIMENTO

APÊNDICE D – FICHA DE EXAME CLÍNICO

APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE A - ESCALA SENSO DE COERÊNCIA (SOC-13)

Número do questionário: _____

QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO SOBRE A VIDA

1 - Você tem a sensação de que você NÃO se interessa pelo que se passa ao seu redor?

1	2	3	4	5	6	7
Muito raramente ou nunca	Raramente	Pouco freqüente	Mais ou menos	Com alguma freqüência	Frequentemente	Muito frequentemente

2 - Já lhe aconteceu no passado você ter ficado surpreso pelo comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu	Aconteceu raramente	Aconteceu de vez em quando	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu freqüentemente	Aconteceu quase sempre	Sempre aconteceu

3 - Já lhe aconteceu ter ficado decepcionado com pessoas em quem você confiava?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca aconteceu	Aconteceu raramente	Aconteceu de vez em quando	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu freqüentemente	Aconteceu quase sempre	Sempre aconteceu

4 - Até hoje a sua vida tem sido:

1	2	3	4	5	6	7
Sem nenhum objetivo ou meta clara	Com pouco objetivo ou meta clara	Com algum objetivo ou meta clara	Com objetivos e metas mais ou menos claros	Com objetivos e metas não muito claros	Com objetivos e metas claros	Com objetivos e metas muito claros

5 - Você tem a impressão de que você tem sido tratado com injustiça?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma freqüência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

6 – Você sente que está numa situação estranha, e sem saber o que fazer:

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

7 – Aquilo que você faz no dia-a-dia é:

1	2	3	4	5	6	7
Uma fonte de profundo sofrimento e aborrecimento	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento	Uma fonte de razoável sofrimento e aborrecimento	Uma fonte nem de prazer nem de satisfação	Uma fonte de raro prazer e satisfação	Uma fonte de pouco prazer e satisfação	Uma fonte de prazer e satisfação

8 – Você tem idéias e sentimentos muito confusos?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

9 – Você costuma ter sentimentos que não gostaria de ter?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos freqüente	Pouco freqüente	Raramente	Muito raramente ou nunca

10 – Muitas pessoas (mesmo as que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu fracassado no passado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Pouco	Mais ou menos	Com alguma frequência	Frequentemente	Muito frequentemente

11 – Quando alguma coisa aconteceu na sua vida a importância que você deu foi:

1	2	3	4	5	6	7
Maior ou menor do que deveria ter dado	Não adequada	Pouco adequada	Mais ou menos adequada	Relativamente adequada	Quase adequada	Adequada

12 – Com que frequência você vê pouco sentido nas coisas que faz na sua vida diária?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos frequente	Pouco frequente	Raramente	Muito raramente ou nunca

13 – Com que frequência você tem sentimentos que não pode controlar?

1	2	3	4	5	6	7
Muito frequentemente	Frequentemente	Com alguma frequência	Mais ou menos frequente	Pouco frequente	Raramente	Muito raramente ou nunca

F1 - (VALIDAÇÃO FACE A FACE) Agora eu gostaria de saber se foi fácil ou difícil para você entender o significado das perguntas do questionário. Por favor, escolha uma das opções do quadro abaixo:

Muito fácil	Mais ou menos fácil	Mais ou menos difícil	Difícil
1	2	3	4

F2 - (VALIDAÇÃO FACE A FACE) Agora eu gostaria de saber se foi fácil ou difícil para você entender as respostas de cada pergunta. Por favor, escolha uma das opções do quadro abaixo:

Muito fácil	Mais ou menos fácil	Mais ou menos difícil	Difícil
1	2	3	4

APENDICE B - GRADE DE RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OIDP)

Número do Questionário: _____

	P1)		P2)		P3)	P4)	P5)	P6)
	SIM	NÃO	Seguidamente	Parte do período	Com que frequência?	Por quanto tempo?	Efeito 0-5	Problema(s)
Para comer	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para falar claramente	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para limpar seus dentes (dentaduras)	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para sair (e.g. ir às compras ou visitar alguém)	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para dormir	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	1	2	1 → P3	2 → P4				
Com seu estado emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para trabalhar (se não trabalha fora = código 66)	1	2	1 → P3	2 → P4				
Em aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos	1	2	1 → P3	2 → P4				
Para descansar	1	2	1 → P3	2 → P4				

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OIDP) E CRITÉRIOS PARA PREENCHIMENTO

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA (OIDP):
QUESTIONÁRIO PARA ADULTOS ADMINISTRADO POR
ENTREVISTADOR**

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

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

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

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

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

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

MARQUE APENAS UMA E ENTÃO PERGUNTE P3 OU P4, CONFORME INDICADO. CASO SEJA “SEGUIDAMENTE” (MARCADO 1 NA P2)

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

todos os dias ou quase todos os dias	5
de 3-4 vezes por semana	4
de 1-2 vezes por semana	3
de 1-2 vezes por mês	2
menos de 1 vez por mês?	1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

Idade em Anos: ____

Sexo () 1. masculino () 2. feminino

Caracterização socioeconômica da família

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

Uso de serviços odontológicos e dor dentária

8. Já foi ao dentista alguma vez na vida? () 0 – Sim () 1- Não
9. Há quanto tempo? () 0 - nunca foi ao dentista
() 1 – menos de um ano
() 2 – de 1 a 2 anos
() 3 – 3 ou mais anos
10. Onde? () 0 - Nunca foi ao dentista
() 1 – Serviço Público
() 2 – Serviço Privado liberal
() 3 – Serviço Privado (planos e convênios)
() 4 – Serviço filantrópico
() 5 - Outros
11. Por quê? () 0 – Nunca foi ao dentista
() 1 – Consulta de rotina/ reparos/ manutenção
() 2 – Dor () dentes () gengivas
() 3 – Sangramento gengival
() 4 – Cavidade nos dentes
() 5 – Feridas, caroços ou manchas na boca
() 6 - Outros
12. O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?
() 0 – Nenhuma dor () 1 – Pouca dor
() 2 – Média dor () 3 – Muita dor
13. Considera que Necessita lhe de tratamento atualmente?
() 0 – Sim
() 1 – Não

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos, em Porto Alegre/RS**

Prezado (a) Senhor (a)

A Faculdade de Odontologia da UFRGS está realizando uma pesquisa sobre os impactos da saúde bucal na qualidade de vida. Nessa investigação, será realizada uma entrevista e um exame da sua boca. Este procedimento, não representa risco nem desconforto para quem é entrevistado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão nas ações de planejamento de serviços de saúde e de educação em saúde. Sendo assim, **a sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a entrevista e o exame**, é muito importante. Esclarecemos que a sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que o Sr.(a) julgue necessárias. O Sr.(a), não será prejudicado(a) de forma alguma, caso sua vontade seja de não colaborar. Se quiser mais informações sobre o nosso trabalho, por favor ligue para Dra. Claides Abegg (51) 3308 5267. Esperamos contar com o seu apoio, e desde já agradecemos em nome de todos os que se empenham para melhorar a saúde em nosso Estado e no Brasil.

Atenciosamente,
A coordenação da pesquisa.

Autorização

Após ter sido informado sobre as características da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diários dos Indivíduos de 50 anos a 74 anos , em Porto Alegre/RS”, autorizo a realização da entrevista e do exame.

Porto Alegre, ____ de _____ de ____.

Assinatura

ANEXOS

ANEXO A – ORIENTAÇÕES PARA EXAME CLÍNICO

ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ANEXO A – ORIENTAÇÕES PARA EXAME CLÍNICO

ORIENTAÇÕES PARA O EXAME CLÍNICO

A situação quanto às próteses dentárias será avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade, os quais têm como base a presença de espaços protéticos. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). Deve ser assinalado o uso e a necessidade para os arcos superior e inferior.

As observações ao exame levarão em conta os códigos e critérios ilustrados nos quadros a seguir. Vale lembrar que os exemplos citados são apenas os mais comuns. É importante que, durante o treinamento, a equipe considere outras ocorrências e crie um mesmo padrão de análise.

Uso de prótese

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Não usa prótese dentária
1	Usa uma ponte fixa
2	Usa mais do que uma ponte fixa
3	Usa prótese parcial removível
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5	Usa prótese dentária total
9	Sem informação

Necessidade de prótese

CÓDIGO	CRITÉRIO
0	Não necessita de prótese dentária
1	Necessita uma prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de um elemento
2	Necessita uma prótese, <i>fixa ou removível</i> , para substituição de mais de um elemento
3	Necessita uma combinação de próteses, <i>fixas e/ou removíveis</i> , para substituição de um e/ou mais de um elemento
4	Necessita prótese dentária total
9	Sem informação

Serão avaliados três aspectos em cada espaço dentário: as condições da **coroa** e da **raiz** e a necessidade de **tratamento**. Após o exame de cada espaço, o examinador dirá os três respectivos códigos para serem anotados e passará ao espaço dentário seguinte. Para as idades de 5, 12, 15 a 19 anos não será avaliada a condição da raiz, registrando-se o código 9 (dente excluído) em todas as caselas correspondentes. Serão empregados códigos alfabéticos para dentes *decíduos* e numéricos para dentes *permanentes*.

Estruturas dentárias

CÓDIGO		CONDIÇÃO/ESTADO
Coroa	Raiz	
0	0	Hígido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado mas com cárie
3	3	Restaurado e sem cárie
4	9	Perdido devido à cárie
5	9	Perdido por outras razões
6	Não se aplica	Apresenta selante
7	7	Apoio de ponte ou coroa
8	8	Não erupcionado – raiz não exposta
T	Não se aplica	Trauma (fratura)

Foram avaliadas as condições da coroa e da raiz de todos os elementos dentários.

Coroa Hígida (0): Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa;
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame táctil/visual, resultem de abrasão.

Raiz Hígida (0). A raiz está exposta e não há evidência de cárie ou de restauração

(raízes não expostas são codificadas como 8).

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.

Coroa Cariada (1): Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

Nota: Na presença de cavidade originada por cárie, mesmo sem doença no momento do exame, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente atacado por cárie, registrando-se cariado. Entretanto, este enfoque epidemiológico não implica admitir que há necessidade de uma restauração.

Raiz Cariada(1): A lesão pode ser detectada com a sonda CPI. Se há comprometimento radicular discreto, produzido por lesão proveniente da coroa, a raiz só é considerada cariada se há necessidade de tratamento radicular em separado.

Nota: Quando a coroa está completamente destruída pela cárie, restando apenas a raiz, a OMS recomenda que o código 1 seja registrado apenas na casela correspondente à coroa. A FSP-USP indica registrar o código 9 na casela da raiz.

Coroa Restaurada mas Cariada (2): Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

Raiz Restaurada, mas Cariada (2): Idem coroa restaurada mas cariada. Em situações nas quais coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como restaurada mas cariada. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como restauradas mas com cárie. **Coroa**

Restaurada e Sem Cárie (3): Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7.

Raiz Restaurada e Sem Cárie (3): Idem coroa restaurada e sem cárie. Em situações onde coroa e raiz estão envolvidas, a localização mais provável da lesão primária é registrada como restaurada. Quando não é possível avaliar essa probabilidade, tanto a coroa quanto a raiz são registradas como restauradas.

Nota: Com relação aos códigos 2 e 3, apesar de ainda não ser uma prática consensual, a presença de ionômero de vidro em qualquer elemento dentário será considerada, neste estudo, como condição para elemento restaurado.

Dente Perdido Devido à Cárie (4): Um dente permanente foi extraído *por causa* de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à *coroa*.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é **9** ou **7** (quando tiver um implante no lugar).

tomada de decisão.

Dente Perdido por Outra Razão (5): Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

Nota: Nesses casos o código registrado na casela correspondente à raiz é **7** ou **9**.

Selante (6): Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código **1**.

Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície oclusal, deve-se registrar a presença de selante localizado em qualquer superfície.

Apoio de Ponte ou Coroa (7): Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como **4** ou **5**, enquanto o código **9** deve ser lançado na casela da raiz.

Implante: Registrar este código **7** na casela da raiz.

Coroa Não Erupcionada (8): Quando o dente permanente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos ou trauma.

Raiz Não Exposta (8): Não há exposição da superfície radicular, isto é, não há retração gengival para além da junção cimento-esmalte.

Trauma (Fratura) (T): Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

Dente Excluído (9): Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Nota: Conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

Imediatamente após registrar as *condições* da **coroa** e da **raiz**, e antes de passar ao

espaço dentário seguinte, deve-se registrar o **tratamento indicado**. Quando não houver necessidade de tratamento, um “0” deve ser registrado no espaço correspondente. Isso precisa ser feito **sempre**, para evitar dificuldades no posterior processamento dos dados, uma vez que, não havendo registro, não será possível ao digitador saber o que aconteceu (se não há necessidade ou se o anotador esqueceu-se de preencher a casela).

Os **códigos e critérios** para as necessidades de tratamento são:

Necessidades de tratamento

CÓDIGO	TRATAMENTO
0	Nenhum tratamento
1	Restauração de uma superfície dentária
2	Restauração de duas ou mais superfícies dentárias
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e Restauração
6	Extração
7	Remineralização e mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

Nenhum Tratamento (0): A coroa e a raiz estão híginas, ou o dente não pode ou não deve ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.

Restauração de uma superfície dentária (1)

Restauração de duas ou mais superfícies dentárias (2)

Coroa por qualquer razão (3)

Faceta Estética (4)

Tratamento Pulpar e Restauração (5): O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.

Nota: Nunca se deve inserir a sonda no fundo de uma cavidade para confirmar a presença de uma provável exposição pulpar.

Extração (6): Um dente é registrado como indicado para extração, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando:

- a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo;
- a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal;

- um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou
- a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.

Remineralização de Mancha Branca (7)

Selante (8): A indicação de selantes de fósulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme *regra de decisão* adotada pela FSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições:

- o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 anos;
- o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;
- há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.

Nota a respeito das necessidades de tratamento:

Os códigos 1 (restauração de uma superfície), 2 (restauração de 2 ou mais superfícies), 7 (remineralização de mancha branca) ou 8 (selante) serão usados para indicar o tratamento necessário para:

- tratar as cáries iniciais, primárias ou secundárias;
- tratar a descoloração de um dente ou um defeito de desenvolvimento;
- reparar o dano causado por trauma, abrasão, erosão ou atrição; ou
- substituir restaurações insatisfatórias ou selantes se existirem uma ou mais das seguintes condições:

- margem deficiente, permitindo ou em vias de permitir infiltração na dentina. A decisão deve ser tomada com base no senso clínico do examinador, após ter inserido a sonda CPI na margem entre a restauração e o tecido duro ou após observar uma significativa descoloração do esmalte adjacente;

- excesso marginal, causando irritação local do tecido gengival e não podendo ser removido por meio de um ajuste da restauração;

- fratura, que possa causar a perda da restauração ou infiltração marginal;

9 - Sem Informação

Quando, por alguma razão, não for possível definir a necessidade de tratamento do dente. Via de regra, quando a condição da coroa for **9** (dente excluído), assinala-se **9** também na necessidade de tratamento. Na condição em que a coroa foi considerada não-erupcionada (**8**) ou dente perdido (**4** ou **5**), também deve ser assinalado **9** na casela referente à necessidade de tratamento.

ANEXO B – PROTOCOLO DE APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Faculdade de Odontologia

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RESOLUÇÃO

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

Número: 46/05

Título: AVALIAÇÃO DO IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO DOS INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS EM PORTO ALEGRE/RS

Investigador(es) principal(is): Professora Cláides Abegg

O Projeto foi aprovado na reunião do dia 24/01/2006, Ata nº 01/06 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2006.

Prof. Marisa Maltz

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

Prof. Heloise Ernã Dias da Silveira

Coordenadora da Comissão de Pesquisas