

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

A relação entre variáveis clínicas de saúde bucal e qualidade de vida dos indivíduos entre 50 e 74 anos de três distritos sanitários de Porto Alegre.

VICTOR NASCIMENTO FONTANIVE

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para a obtenção do título de Mestre em Odontologia. Área de concentração: Saúde Bucal Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Claides Abegg

Porto Alegre

Outubro - 2010

À **Karina**, minha futura esposa, por seu
companheirismo, amor e carinho,
todos os dias.

À **minha família**, por todo o incentivo
ofertado durante minha vida.
Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À professora Claides Abegg, pela amizade, ensinamento, orientação e desenvolvimento de meu espírito crítico.

Aos meus pais, Vera Maria Nascimento Fontanive e Vadis Paulo Fontanive, pelo apoio e carinho durante a minha vida.

Aos meus irmãos Vadis Alexandre e Verges Rossano (mano), por estarem sempre presentes, mesmo que distantes, em minha jornada.

Ao meu irmão Paulo, e cunhada Liége, pelos ensinamentos, conselhos, discussões em saúde coletiva e orientações sobre a vida.

À nossa valente equipe de pesquisa: Aline Caume, Gustavo Ligocki, Fernanda Mallmann, Maiara Jahnke, Monique Ponte, Paulo Ricardo Matje, Liese Ilha, Rosane Davoglio, Charles Cavalheiro e Vanessa Bittencourt. Agora, podemos dizer o quanto é difícil realizar um estudo transversal de base populacional...

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

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

Aos colegas da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena do Pólo Base Barra do Ribeiro, em especial à Roselaine Bunilha; e às comunidades indígenas Mbyá-Guarani das aldeias: Água Grande, Pacheca, Coxilha da Cruz, Passo Grande, Flor do Campo e Irapuá. Agradeço a estes atores pela compreensão de que a formação em saúde coletiva instiga a uma prática diferenciada, estimulando mudanças nas condições sociais tanto dos indivíduos, como dos coletivos.

À Assessoria de Saúde Indígena da FUNASA-RS, em especial à Inajara Rodrigues, Sônia Menegazzi e Juliana Patzer pelo apoio incondicional durante minha trajetória e desenvolvimento de meu mestrado.

A todos os professores e colegas de mestrado, em especial ao prof. Fernando Hugo e aos Cirurgiões-Dentistas, Aline Martins e Jessye Giordani.

Às professoras Mônica Oliveira, Elsa Mundstock e Jandyra Fachel pelas aulas, esclarecimentos, supervisões, discussões e fios de cabelo branco durante as análises da pesquisa.

Aos meus grandes amigos: Alberth Correa, Carlos Barros, Lisandro Marmitt, e especialmente à Marcius Comparsi Wagner (mister), pela amizade, estímulo e apoio desde a graduação até hoje.

A todos que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

MUITO OBRIGADO !!

RESUMO

Atualmente, poucos estudos avaliam o impacto que as doenças bucais, assim como as reabilitações protéticas, desempenham sobre a qualidade de vida geral dos indivíduos. O objetivo desta pesquisa foi investigar a relação entre variáveis clínicas de saúde bucal com os domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente da qualidade de vida geral. Neste estudo transversal, 720 indivíduos entre 50 e 74 anos residentes de três distritos sanitários de Porto Alegre, sul do Brasil, participaram da pesquisa, sendo selecionados através de amostragem proporcional de múltiplos estágios. As entrevistas e exames clínicos foram realizados nos domicílios dos sujeitos por 4 duplas de examinadores e anotadores previamente treinados e calibrados. Os dados foram coletados seguindo duas etapas: 1) Entrevista usando questionário estruturado sobre dados sociodemográficos e o World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF) para avaliação da qualidade de vida; 2) Exame clínico bucal sob luz artificial, utilizando-se índices e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e complementados pelo Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2000. Para efeito de análise os escores de qualidade de vida foram categorizados em: baixo (\leq mediana) e alto ($>$ mediana). A associação entre os desfechos e os fatores em estudo foi analisada através de Regressão de Poisson múltipla, com ajuste para variância robusta, e função *svyset* programada seguindo os estágios da pesquisa. Um maior escore no domínio físico foi associado ao uso de prótese superior e com nível educacional. No domínio psicológico, um escore mais elevado foi associado ao nível educacional. Um maior escore no domínio de relações sociais esteve associado ao CPOD, gênero e nível educacional. Por fim, no domínio meio ambiente, maiores escores estiveram associados ao uso e necessidade de prótese inferior, idade e nível educacional. Pode-se concluir que nesta população a qualidade de vida geral está associada a variáveis clínicas de saúde bucal como CPOD, uso e necessidade de prótese.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Epidemiologia; Odontologia.

ABSTRACT

Currently, there are few studies assessing the impact of oral diseases and prosthetic rehabilitation on the general quality of life of individuals. The objective of this study was to investigate the relationship between oral health clinical variables and the following domains of general quality of life: physical, psychological, social relations, and environment. This cross-sectional study involved 720 individuals between 50 and 74 years living in three health districts of Porto Alegre, southern Brazil. The subjects were selected using multi-stage proportional sampling. The interviews and clinical examinations were performed at home by four pairs of researchers previously trained and calibrated. Data were collected following two steps: 1) interview using a structured questionnaire on demographic data and the World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF) to assess quality of life; 2) oral clinical examination under artificial light, using rates and criteria recommended by the World Health Organization (WHO) and complemented with the Epidemiological Survey SB/Brazil 2000. For the analysis, the scores of quality of life were categorized as low (\leq median) and high ($>$ median). The association between the outcomes and the factors studied was analyzed using Poisson Multiple Regression, with adjustment for robust variance, and svyset function following the stage of the study. A higher score in the physical domain was associated with the use of upper prosthesis and with higher educational level. In the psychological domain, a higher score was associated with the educational level. A higher score in the social relations domain was associated with the DMFT, gender and educational level. Finally, in the environment domain, higher scores were associated with use and need of lower prosthesis, age and educational level. It was concluded that this population's quality of life is associated to oral health clinical variables such as DMFT, use and need of prosthesis.

Keywords: Quality of life; Epidemiology; Dentistry.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – População residente, população residente entre 50-74 anos e n calculado por distrito.....	25
Quadro 2 – Amostra e número de setores censitários a serem visitados por distrito sanitário.....	26
Quadro 3 – Distribuição dos domínios e facetas do <i>Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment</i> (WHOQOL-BREF).....	28
Quadro 4 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de intensidade.....	29
Quadro 5 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de capacidade.....	29
Quadro 6 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de frequência.....	30
Quadro 7 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de avaliação.....	30
Quadro 8 – Cálculo do escore de qualidade de vida do WHOQOL-BREF.....	31
Quadro 9 - Variáveis sociodemográficas do estudo e suas categorias.....	34
Quadro 10 – Variáveis clínicas do estudo e suas categorias.....	36
Quadro 11 – Variáveis do estudo relacionadas ao WHOQOL-BREF e suas categorias.....	37
Quadro 12 – Interpretação do coeficiente de <i>Kappa</i>	39
Quadro 13 – Distribuição absoluta e percentual da população e indivíduos incluídos na pesquisa agrupados por sexo e idade.....	41
Quadro 14 – Coeficiente de ponderação para os indivíduos da pesquisa, agrupados por sexo e idade.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Médias, desvios padrões e n calculado para cada domínio do WHOQOL-BREF. Porto Alegre-RS, 2010.....	24
Tabela 1 (Artigo) Variáveis associadas ao alto escore dos domínios físico e psicológico do WHOQOL-BREF – Regressão de Poisson com variância robusta. Porto Alegre-RS, 2010.....	62
Tabela 2 (Artigo) – Variáveis associadas ao alto escore dos domínios relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF – Regressão de Poisson com variância robusta. Porto Alegre-RS, 2010.....	63

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado apresenta-se dividida em três partes: na primeira parte, são apresentados a introdução, os objetivos, as hipóteses, a revisão de literatura e os materiais e métodos; na segunda parte, é apresentado um artigo científico, com os resultados da estatística analítica; e na terceira parte, são apresentadas as conclusões e referências gerais do trabalho.

A primeira e a terceira parte do trabalho estão formatadas segundo as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para apresentação de trabalhos acadêmicos, ABNT-NBR 14724 (2006), e para elaboração de referências bibliográficas ABNT-NBR 6023 (2002). O artigo científico será submetido à publicação na revista *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, estando formatado conforme as normas do referido periódico.

O projeto de pesquisa da presente dissertação foi aprovado pela Banca Examinadora composta pelos Professores Doutores Júlio Baldisseroto e Luciane Carniel Wagner em 18 de dezembro de 2007 (Anexo 1). O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS concedeu aprovação para a pesquisa em 31 de janeiro 2008 (Anexo 2).

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
LISTA DE QUADROS	6
LISTA DE TABELAS	7
APRESENTAÇÃO	8
SUMÁRIO	9
1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	14
3. HIPÓTESES	15
3.1 HIPÓTESE 1.....	15
3.2 HIPÓTESE 2.....	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 DEFINIÇÕES DE SAÚDE.....	16
4.2 CONCEITOS E AVALIAÇÃO EM QUALIDADE DE VIDA.....	18
4.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE BUCAL.....	20
5. METODOLOGIA	23
5.1 DELINEAMENTO.....	23
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
5.3 POPULAÇÃO ALVO.....	23
5.4 PLANO AMOSTRAL.....	23
5.4.1 CÁLCULO DA AMOSTRA.....	23
5.4.2 PROCESSO DE AMOSTRAGEM.....	24

5.4.2.1 PRIMEIRO ESTÁGIO: DISTRITO SANITÁRIO.....	24
5.4.2.2 SEGUNDO ESTÁGIO: SETOR CENSITÁRIO.....	25
5.4.2.3 TERCEIRO ESTÁGIO: QUARTEIRÕES.....	26
5.4.2.4 QUARTO ESTÁGIO: ESQUINAS.....	26
5.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	26
5.6 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	27
5.6.1 QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF.....	27
5.6.2 EXAME CLÍNICO.....	32
5.7 CONSTRUÇÃO DE MEDIDAS.....	32
5.7.1 VARIÁVEIS EXPLICATIVAS.....	33
5.7.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES (DESFECHOS).....	37
5.8 COLETA DE DADOS.....	37
5.9 CALIBRAÇÃO E TREINAMENTO.....	38
5.10 ESTUDO PILOTO.....	39
5.11 CONTROLE DE QUALIDADE DE DADOS.....	39
5.12 CONFIABILIDADE DAS ENTREVISTAS E CONSISTÊNCIA DOS EXAMES.....	40
5.13 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
5.14 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
6. ARTIGO.....	43
7. CONCLUSÕES.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	68
ANEXO 1 – APROVAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA.....	69
ANEXO 2 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	70
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	71
ANEXO 4 – WORLD HEALTH ORGANIZATION ABBREVIATED INSTRUMENT FOR QUALITY OF LIFE ASSESSMENT (WHOQOL-BREF).....	72
ANEXO 5 – FICHA EXAME E ORIENTAÇÕES PARA EXAME CLÍNICO.....	75
ANEXO 6 – ALGORITMO PADRONIZADO PARA APURAÇÃO DOS SCORES DE QUALIDADE DE VIDA.....	83
ANEXO 7 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84

1 INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas, vários estudos foram desenvolvidos na tentativa de avaliar quantitativamente a influência de determinadas patologias na vida das pessoas. Guyatt et al (1993) afirmam, em sua revisão de literatura sobre o assunto, que diversas nomenclaturas como "condições de saúde", "funcionamento social" e "qualidade de vida" têm sido utilizadas com o objetivo de avaliar a capacidade do indivíduo de viver plenamente, sendo frequentemente referidas como sinônimos.

Autores como Gill e Feinstein (1994) argumentam que a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação, sendo muitos destes instrumentos desenvolvidos nos Estados Unidos, despertando um crescente interesse em sua validação trans-cultural.

Bullinger et al. (1993) consideram que o termo qualidade de vida abrange uma ampla variedade potencial de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição e às intervenções em saúde. Assim, a preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida.

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (The WHOQOL Group, 1994), definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A partir deste conceito, mudanças na perspectiva de avaliação das ações em saúde têm ocorrido em diversos países.

Locker (1989) refere que uma das primeiras definições de conhecimento da natureza multidimensional da saúde foi formulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)

em 1948, sendo esta definida como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença”, indicando que a saúde envolve preocupações sócio-médicas e físicas.

A saúde bucal, neste contexto, pode ser definida como “estado dos tecidos orais, anexos e estruturas que contribui positivamente para o bem-estar físico, mental e social e aproveitamento das possibilidades da vida, permitindo ao indivíduo falar, comer e se socializar sem impedimento por dor, desconforto ou embaraço.” (Canadian Dental Association, 2001).

As condições clínicas de saúde bucal da população brasileira foram investigadas recentemente pelo Ministério da Saúde (Projeto SB Brasil, 2003). Os resultados demonstraram que os grupos etários avançados apresentam um CPOD, (contabiliza o número de dentes cariados “C”, perdidos “P” e obturados “O” por cárie), mais elevado. Na faixa etária compreendida entre 35 e 44 anos, o CPOD foi de 20,61, e na faixa de 65-74 anos 27,33. Destaca-se o fato que o componente perdido é responsável por aproximadamente 66% do índice no grupo de 35 a 44 anos e em torno de 93% no grupo de 65 a 74 anos.

No Brasil, atualmente, vivemos um período de transição demográfica e consequente mudança no perfil epidemiológico em saúde bucal. Em 1950, o Brasil ocupava o 16º lugar na classificação mundial, no percentual de idosos na população, tendo 2 milhões de idosos. Para o ano de 2025, é previsto para o país o 6º lugar com 32 milhões de idosos. Com este processo de transição epidemiológica, é possível antever situações de grande impacto social, devido às implicações relativas à saúde e previdência social (Chaimovicz, 1997).

Corroborando com esta linha, Silva e Júnior (2000) em seu estudo avaliando a associação entre qualidade de vida e condições de saúde bucal em idosos, demonstraram que uma saúde bucal precária estava associada a uma baixa qualidade de vida.

No processo de envelhecimento da população, algumas alterações bucais tornam-se frequentes como a redução da capacidade mastigatória, dificuldade de deglutição, diminuição da salivação, modificações no paladar e perda da dimensão vertical (Silva, 2000; Rosa 1993). Estas alterações/patologias podem repercutir sobre a qualidade de

vida do idoso, especialmente por seu papel como indicadores/fatores de risco para diversas outras patologias bucais freqüentes em idosos como: cáries radiculares, infecções fúngicas (queilite angular, candidíases, estomatite por dentadura), lesões da mucosa bucal (úlceras bucais, glossite, língua fissurada) e doenças periodontais.

Uma condição bucal deficiente, como a ausência dentária, que contribui para a restrição da alimentação, pode gerar desconforto aos indivíduos em relação ao aproveitamento das refeições com sua família ou amigos, e participa como um fator negativo em suas atividades sociais, forçando-os a permanecer em casa e se isolar do convívio social (Yoshida et al, 2003).

Partindo-se destes referenciais, o estudo do impacto de doenças bucais na qualidade de vida de indivíduos da faixa etária entre 50 anos e 74 anos tornou-se uma necessidade, pois sua influência sobre auto-estima, capacidade mastigatória, nutrição entre outras dimensões da saúde já haviam sido estabelecidos (WHO, 2003).

Apropriando-se deste entendimento e de um conceito ampliado de saúde (Paim, 1998), condizentes com a relevância da saúde bucal, a quantificação de sua influência na qualidade de vida através de instrumentos multidimensionais torna-se importante em uma perspectiva de integralidade das ações em saúde.

Tendo em vista um conceito ampliado de saúde bucal e a escassez de estudos de base populacional avaliando a relação entre variáveis clínicas de saúde bucal e qualidade de vida através do WHOQOL-BREF, o desenvolvimento de um estudo, nesta perspectiva, representa um novo caminho no que tange a avaliação em saúde bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a associação entre variáveis clínicas de saúde bucal e qualidade de vida de indivíduos entre 50 e 74 anos residentes em três distritos sanitários de Porto Alegre-RS.

2.2 Objetivo Específico

Investigar a associação entre o número de dentes presentes, CPOD, uso, e necessidade de próteses odontológicas e os diferentes domínios da qualidade de vida por intermédio do WHOQOL-BREF.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese 1

A qualidade de vida, mensurada por intermédio do WHOQOL-BREF, está associada às variáveis clínicas de saúde bucal. Indivíduos com alto índice CPOD e baixo número de dentes possuem prevalência aumentada de piores escores de qualidade de vida, quando comparados aos indivíduos com baixo índice CPOD e alto número de dentes presentes.

3.2 Hipótese 2:

A qualidade de vida, mensurada por intermédio do WHOQOL-BREF, está associada às variáveis clínicas de saúde bucal. Indivíduos com perdas dentárias, em uso ou com necessidade de próteses odontológicas, possuem prevalência aumentada de piores escores de qualidade de vida, quando comparados aos indivíduos que não fazem uso ou que não necessitem de próteses odontológicas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Definições de Saúde

A elaboração de um conceito multidimensional de saúde pela OMS em 1948 (Locker, 1997), definindo saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença; representou um marco na ampliação do seu entendimento, indo para além dos conceitos físicos, enfatizando seu caráter subjetivo.

Kawamoto (1995) salienta que “de forma errada, tenta-se definir saúde como sendo a não-doença, pois os sistemas de saúde, em sua maioria, baseiam-se no conceito de que se obtém saúde erradicando-se doenças.”

Para uma adequada definição de saúde, faz-se necessário distinguir os conceitos de saúde e de doença, aprofundando-se no estudo de suas relações. O adoecer pode ser definido como “processo patológico que (em conjunto com injúria e desenvolvimento anormal) afeta a integridade biológica e funcional do corpo”. Este conceito remete a uma influência biológica, aplicada ao corpo, suas partes, sistemas e tecidos. Sua concepção pertence ao paradigma biomédico, o qual tem seu foco em agentes etiológicos, parâmetros fisiológicos e desfechos clínicos (Locker, 1997).

O conceito de saúde pode ser compreendido como “uma experiência subjetiva pessoal do bem estar funcional, social e psicológico”, sendo conseqüentemente relacionado às nossas experiências, e às conseqüências da condução da vida diária. Portanto, é um conceito sociológico e psicológico que se aplica às pessoas e populações (Wilson, 1995).

Cabe salientar que saúde e doença não são apenas pontos em um contínuo, mas dimensões independentes da experiência humana. Pode-se afirmar que estas condições

frequentemente se sobrepõem, mas na verdade, não são necessariamente coincidentes e podem ser experimentados separadamente. Neste sentido, a doença não implica, necessariamente, em redução de saúde, e uma saúde debilitada pode não ter sua origem em condições patológicas, indicando que doença é apenas uma de suas muitas ameaças (Locker,1997).

O estado de saúde de uma população é determinado por fatores que agem no nível ecológico (população), e não somente no nível individual. Neste contexto, a condição de saúde de uma comunidade é determinada também pelas características ambientais, comportamentais, senso de conexão e graus de coesão social na comunidade. O mesmo raciocínio pode ser inferido para as condições sociais, como níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros (Starfield, 2002).

De acordo com Laurel (1983), a história social do paciente também pode ser considerada como fator que condiciona sua biologia e determina a probabilidade de que este adoça de um modo particular. O vínculo entre o processo social e biológico, saúde-doença, é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos.

A OMS, em seu segmento europeu, propôs que a saúde fosse definida como “a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente”. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abrangendo os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, sendo considerada um conceito positivo (Starfield, 2002).

4.2 Conceitos e Avaliação em Qualidade de Vida

A qualidade de vida vem sendo considerada como uma questão central das ações em saúde (Katschnig, 1997). O termo qualidade de vida, apesar de ser frequentemente referenciado na área da saúde, não parece ter um único significado. Qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida (termo genérico) são conceitos afins focados na avaliação subjetiva do paciente e ligados a capacidade do indivíduo viver plenamente (The WHOQOL Group, 1998).

Pode-se considerar que a qualidade de vida (genérica) inclui uma variedade potencialmente maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando à sua condição de saúde e às intervenções médicas (The WHOQOL Group, 1998).

Pilon (1998), considera que a qualidade de vida possui uma relação dialética entre a realidade subjetiva e objetiva, sendo uma questão de processos, mais do que produtos, em que diferentes padrões de pensamentos, sentimentos e ações desenvolvidos na relação homem-ambiente afetam a maneira de conceber a existência em seus aspectos de trabalho, lazer, convivência e educação. Para elaborar estes conceitos, é necessário entender a interação entre o homem e o ambiente a partir de uma ótica interdisciplinar, flexível, que possibilite revelar a interface das situações.

O Centro para Promoção de Saúde da Universidade de Toronto desenvolveu uma definição de qualidade de vida que difere um pouco das abordagens tradicionais objetivas, em que “a qualidade de vida está relacionada ao grau com que a pessoa aproveita as importantes possibilidades da vida”, respeitando desta forma, a autonomia do indivíduo, atribuindo a este o fornecimento da informação que é de seu próprio interesse (Raphael et al., 1994).

Assim, a avaliação da qualidade de vida foi, aos poucos, acrescentada aos ensaios clínicos randomizados como uma dimensão a ser avaliada, além da eficácia e da segurança das intervenções em estudo (Bech, 1995). A oncologia foi a especialidade que, pioneiramente, se viu confrontada com a necessidade de avaliar as condições de vida dos pacientes que tinham sua sobrevida aumentada com os tratamentos propostos

(Katschnig, 1997), já que, muitas vezes, na busca de acrescentar “anos à vida”, era deixada de lado a necessidade de acrescentar “vida aos anos”.

Ainda que, por muitas vezes, os conceitos de qualidade de vida relacionada à saúde e qualidade de vida sejam tratados como sinônimos em artigos acerca do tema, ambos os conceitos partem de entendimentos distintos e têm, pois, utilizações diferenciadas e potencialmente complementares (Katsching et al, 1997).

Schwartzmann (2003) define Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) como “o impacto que uma enfermidade e seu consequente tratamento têm sobre a percepção do paciente de seu bem-estar”. Os instrumentos que avaliam QVRS baseiam-se, fundamentalmente, nos aspectos relacionados ao fardo e ao impacto que as condições de saúde têm na qualidade de vida e bem-estar. Entre os constructos desta categoria estão o *Health-Related Quality of Life (HRQL)*, *The Sickness Impact Profile (SIP)*, *The Short Form-12 Health Survey Questionnaire (SF-12)*, *The Short Form-36 Health Survey Questionnaire (SF-36)*, entre outros. Estes instrumentos são usualmente aplicados em populações clínicas, e vinculam-se, assim, a tais situações.

Por outro lado, o conceito de qualidade de vida, genérica, tem por objetivo ampliar a abrangência dos desfechos medidos na área da saúde. Esta ampliação proporciona a realização de avaliações, não somente em contextos clínicos, mas também em pesquisas de base populacional (Schwartzmann, 2003). São representantes destes instrumentos o *Spitzer Quality of Life Index (QL)*, *World Health Organization instrument for Quality Of Life (WHOQOL-100)*, *World Health Organization abbreviated instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF)*, entre outros.

A Organização Mundial da Saúde, através de seu grupo técnico de pesquisa em Qualidade de Vida (WHOQOL) desenvolveu inicialmente em projeto multicêntrico o WHOQOL-100, instrumento contendo 100 questões divididas em 6 domínios com 24 facetas. A necessidade observada de instrumentos mais curtos que demandassem pouco tempo em seu preenchimento, com características psicométricas satisfatórias, fez com que este grupo desenvolvesse posteriormente uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF (Fleck et al., 2000).

O WHOQOL-BREF apresenta 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, tendo sido validado para aplicação no Brasil em 2000 (Fleck et al, 2000). Este constructo tem sido amplamente utilizado em mais de 18 países (The WHOQOL Group, 1998) pela sua habilidade de detectar, de forma abrangente, várias dimensões da vida do sujeito, incluindo algumas não diretamente vinculadas a situações clínicas (tais como espiritualidade, meio-ambiente e relacionamento social).

4.3 Avaliação em Saúde Bucal

As medidas tradicionalmente empregadas para descrever a saúde bucal da população, a exemplo dos Índices CPOD (Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) e CPITN (Community Periodontal Index and Treatment Need) medem o passado da doença. Esses índices avaliam e quantificam a presença e a extensão do dano nos dentes e em suas estruturas de suporte como resultado do processo patológico bucal (Locker, 1989).

Do ponto de vista das definições mais atuais de saúde, tais índices são objetos de sérias limitações: nada dizem sobre funcionalidade e nem sobre a cavidade oral ou da pessoa como um todo, e tampouco sobre a percepção subjetiva dos sintomas como dor e desconforto (Locker, 1989).

Sheiham (2000) também aponta algumas deficiências dos modelos de definições de necessidades de tratamento baseados nestes índices:

- As necessidades definidas a partir de processos patológicos não são quantificáveis com extrema precisão: em geral, trata-se de uma avaliação subjetiva feita pelo profissional que procura decidir se uma pessoa irá ou não se beneficiar com um determinado procedimento, valendo observar que os julgamentos profissionais nem sempre estão isentos de valores ou são objetivos;
- A norma padrão de diagnóstico de doenças aceita pelos cirurgiões-dentistas, que são traduzidas em necessidade de tratamento, nem sempre é a norma em termos de dimensão funcional ou social das pessoas examinadas;

- A satisfação dentária das pessoas tem pouca relação com a avaliação clínica da condição bucal;
- As técnicas epidemiológicas de documentação da incidência e da prevalência de doenças agudas e crônicas não são as mesmas que servem para identificar as necessidades de cuidados de saúde: é importante a participação das ciências sociais no desenvolvimento de uma compreensão da perspectiva do paciente no tocante a sua doença e as suas necessidades;
- Os conceitos de doença freqüentemente são determinados por valores culturais. A definição clínica, que está baseada na analogia da doença, raramente coincide com as definições do paciente. A avaliação de saúde por pessoas leigas difere daquela dos profissionais;
- Ao concentrar-se no aspecto técnico de necessidade, as atitudes e o comportamento do paciente com frequência não recebem atenção suficiente, nem se dá a devida ênfase à promoção da saúde, ao bem-estar e à prevenção de doença.

Cohen (1997) salienta que embora existam muitos usos para as avaliações de qualidade de vida em saúde bucal, como tomada de decisões e gerenciamento de seleção de tratamentos, um dos mais importantes é a decisão em relação às prioridades associadas à alocação de recursos, que envolve, entre outros, pesquisas, planejamento, implementação e avaliação de programas.

Por fim, consolidando esta necessidade de associação de avaliações para execução e planejamento das ações em saúde bucal, Sheiham (2000) conclui:

A verdadeira importância atribuída à odontologia está relacionada ao grau em que os cuidados dentários contribuem para a qualidade de vida. Os indicadores de qualidade de vida e saúde bucal devem ser vistos não como substitutos para os critérios convencionais e, sim, como um importante complemento a eles. (Sheiham, 2000).

5 METODOLOGIA

5.1. Delineamento do estudo

Estudo analítico transversal de base populacional.

5.2. Local do estudo

Este estudo foi realizado em três distritos sanitários do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A cidade é constituída por oitenta e dois bairros e dividida em dezesseis Distritos Sanitários, dos quais foram sorteados três: Partenon, Glória e Leste.

5.3. População Alvo

A população alvo desse estudo foi composta por indivíduos com idade entre 50 e 74 anos de três distritos sanitários de Porto Alegre/RS.

5.4. Plano Amostral

5.4.1 Cálculo da Amostra

A amostra foi calculada através do software PS Power and Sample Size Calculations Versão 3.0.12 mediante valores obtidos no estudo piloto (n=40) para um poder de 80%, nível de significância para rejeição da hipótese nula de 0,05, desenho não pareado, diferença entre média experimental e da população de 3 pontos e efeito delineamento de 1.5. Considerou-se como características de interesse para efeito deste estudo as médias dos escores: 1) Domínio físico; 2) Domínio psicológico; 3) Domínio

de relações sociais e 4) Domínio meio ambiente. O tamanho amostral calculado para cada desfecho segue conforme tabela 1. A compensação para possíveis perdas na amostra foi obtida através do acréscimo de 10% neste valor totalizando um n final de 630 indivíduos entre 50-74 anos.

Tabela 1 – Médias, desvios padrões e n calculado para cada domínio do WHOQOL-BREF. Porto Alegre, 2010.

Desfecho	Média Score	Desvio padrão	N calculado	Efeito Delineamento (1.5)	N Final (acrescido 10%)
Domínio Físico	61,4	16,8	278	417	459
Domínio Psicológico	64,4	14,8	216	324	356
Domínio Relações Sociais	67,3	18	319	478	526
Domínio Meio Ambiente	57,2	15,4	222	272	299

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior o qual incluiu desfechos não expressos nesta pesquisa. Para a composição final da amostra, contemplando as análises de todos os desfechos, foram estimados 793 indivíduos. Durante o estudo ocorreram 73 recusas, totalizando 720 indivíduos participantes da pesquisa.

5.4.2 Processo de Amostragem

Utilizou-se uma amostragem aleatória proporcional de múltiplos-estágios.

5.4.2.1 Primeiro estágio: Distrito sanitário

Entre os 16 distritos sanitários de Porto Alegre, foram sorteados três distritos de forma aleatória simples: Partenon, Leste e Glória. O número de indivíduos a serem examinados em cada distrito sanitário foi calculado com base na distribuição proporcional do n total do estudo (793), levando-se em conta a população entre 50 e 74 anos de cada distrito sanitário. Para este cálculo utilizou-se a seguinte fórmula:

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

Total de indivíduos entre 50-74 anos nos 3 distritos

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

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	0,33	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.

5.4.2.2 Segundo estágio: Setor censitário

Inicialmente foram obtidas listagens de todos os setores censitários que compunham os distritos sanitários sorteados. Posteriormente foi elaborado um mapa através do programa Arch Explorer. A seguir, os setores foram selecionados por intermédio de amostragem aleatória simples, excluindo-se aqueles que não apresentavam seu território no interior dos distritos sorteados.

O número de setores censitários necessários foi obtido considerando-se a realização de 8 exames por dupla de examinadores/anotador/dia, de acordo com a metodologia proposta por Barros & Victora (1998). A partir do tamanho da amostra calculada (793), distribuída proporcionalmente em cada distrito, dividiu-se o n de cada distrito por 8. Com base neste resultado, obteve-se o número de setores a ser visitado em cada distrito. Para cada distrito, foram acrescentados 10% de setores para compensar possíveis perdas (Quadro2).

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

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

5.4.2.3 Terceiro estágio: Quarteirões

A seleção do ponto de partida para os exames e entrevistas em cada setor sorteado foi realizada a partir dos mapas dos setores com suas respectivas quadras. As quadras de cada setor eram numeradas e sorteava-se uma delas.

5.4.2.4 Quarto estágio: Esquinas

As esquinas do quarteirão sorteado foram numeradas e um novo sorteio realizado, determinando o ponto de partida para as visitas domiciliares. A primeira casa visitada era a da esquina, a partir daí, as casas eram visitadas de maneira contígua, andando para a esquerda de quem está de frente para a casa até a realização de oito entrevistas. (Barros & Victora, 1988). Em cada domicílio foi realizado somente uma entrevista. Havendo mais de um indivíduo elegível, de ambos os sexos, optou-se pelo sujeito de sexo masculino. Havendo apenas indivíduos do mesmo sexo, realizou-se um sorteio para seleção do entrevistado.

5.5 Critérios de elegibilidade

Os indivíduos elegíveis para o estudo foram aqueles com idade entre 50 e 74 anos, residentes nos domicílios dos Distritos Sanitários sorteados. Também foram excluídas

pessoas visitantes não residentes no domicílio, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos de pesquisa. O primeiro instrumento foi composto por perguntas relacionadas a aspectos sociodemográficos (anexo 3), seguido do *World Health Organization abbreviated instrument for Quality Of Life Assessment* (WHOQOL-BREF), desenvolvido pelo grupo técnico de pesquisa em Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL) e validado para aplicação transcultural no Brasil (Fleck et al., 2000) (anexo 4). O segundo instrumento foi o exame clínico, adaptado do Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2003 (Projeto SB Brasil, 2003), contendo variáveis de uso de prótese, necessidade de prótese, condições das estruturas dentárias e necessidade de tratamento (anexo 5).

5.6.1 *World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment* (WHOQOL-BREF)

Conteúdo do instrumento e sistema de classificação

O WHOQOL-BREF consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõem os quatro domínios do instrumento (ambiental, social, psicológico e físico) além de um escore global.

As duas perguntas iniciais representam a avaliação subjetiva da qualidade de vida do sujeito e de sua satisfação com a saúde. Estas questões compõem o escore global.

Domínios	Facetas
I – Físico	Dor e desconforto
	Energia e fadiga
	Sono e repouso
	Mobilidade
	Atividades da vida cotidiana
	Dependência de medicação ou de tratamentos
	Capacidade para o trabalho
II- Psicológico	Sentimentos positivos
	Pensar, aprender, memória e concentração
	Autoestima
	Imagem Corporal e aparência
	Sentimentos negativos
	Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais
III- Relações sociais	Relações pessoais
	Suporte (apoio) social
	Atividade sexual
IV- Meio ambiente	Segurança física e proteção
	Ambiente no lar
	Recursos financeiros
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	Participação em oportunidades de recreação/Lazer
	Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
	Transporte

Fonte: Adaptado de *Fleck et al. 2000*

Quadro 3 – Distribuição dos domínios e facetas do *World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF)*.

O sistema de classificação para o WHOQOL-BREF quantifica a qualidade de vida em cada faceta através de escala de resposta do tipo Lickert de 5 pontos.

Classificação de Respostas

A classificação das respostas é dividida em quatro categorias possuindo, cada qual, seus respectivos pontos âncoras: escala de *intensidade* (nada - extremamente), *capacidade* (nada - completamente), *frequência* (nunca - sempre) e *avaliação* (muito insatisfeito - muito satisfeito; muito ruim - muito bom).

A influência de cada faceta na qualidade de vida é determinada quando os entrevistados expressam sua percepção através de uma escala do tipo Lickert de 5 pontos, variando do ponto âncora negativo que representa “0” ao ponto âncora positivo “5”, passando por três valores intermediários.

INTENSIDADE	PONTUAÇÃO
Nada	1
Muito Pouco	2
Mais ou menos	3
Bastante	4
Extremamente	5

Quadro 4 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de intensidade.

CAPACIDADE	PONTUAÇÃO
Nada	1
Muito Pouco	2
Médio	3
Muito	4
Completamente	5

Quadro 5 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de capacidade.

FREQUÊNCIA	PONTUAÇÃO
Nunca	1
Algumas Vezes	2
Frequentemente	3
Muito Frequentemente	4
Sempre	5

Quadro 6 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de frequência.

AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO
Muito Insatisfeito/ Muito Ruim	1
Insatisfeito/ Ruim	2
Nem Satisfeito Nem Insatisfeito/ Nem Ruim Nem Bom	3
Satisfeito/ Bom	4
Muito Satisfeito/ Muito Bom	5

Quadro 7 – Critérios de classificação de respostas das facetas na categoria de avaliação.

A soma de cada classificação de resposta das facetas contribui para o resultado em seu respectivo domínio.

Método de classificação

O escore de qualidade de vida é verificado em quatro domínios distintos além de um escore global. Para suas determinações, multiplica-se a média dos valores das facetas constituintes do respectivo domínio por 4. Este resultado, para ser expresso em escala de 0-100, deve ter a subtração de 4 e multiplicado por 100/16.

O somatório dos escores individuais para cada domínio, dividido pelo número de pessoas analisadas, fornece o escore médio de cada domínio do WHOQOL-BREF para a população.

Fórmula de cálculo do WHOQOL-BREF

A apuração dos escores de qualidade de vida do WHOQOL-BREF é realizada de acordo com o algoritmo construído e padronizado pela OMS, no programa SPSS 8.0.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Este algoritmo considera o número de questões respondidas em cada um dos domínios do instrumento e padroniza os escores para que esses, em todos os domínios, variem de 0 a 100 pontos (100 pontos = escore mais favorável possível).

Os valores das três questões (Q3, Q4, Q26) formuladas na direção oposta (quanto maior o escore mais desfavorável a situação) são invertidos neste algoritmo para a composição final do escore.

Domínio	Questões	Pontuação por faceta	Cálculo	Resultado (Escore)
Global	Q1 e Q2	De 1 a 5	$((\text{Média facetas}) \times 4) - 4 \times 100/16$	Global
I – Físico	Q3*, Q4*, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18	De 1 a 5	$((\text{Média facetas}) \times 4) - 4 \times 100/16$	Domínio Físico
II - Psicológico	Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26*	De 1 a 5	$((\text{Média facetas}) \times 4) - 4 \times 100/16$	Domínio Psicológico
III- Relações Sociais	Q20, Q21, Q22	De 1 a 5	$((\text{Média facetas}) \times 4) - 4 \times 100/16$	Domínio Relações Sociais
IV- Meio ambiente	Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25	De 1 a 5	$((\text{Média facetas}) \times 4) - 4 \times 100/16$	Domínio Meio Ambiente

Quadro 8 – Cálculo do escore de qualidade de vida do WHOQOL-BREF.

* As questões Q3, Q4 e Q26, apresentam direção oposta, devendo ser recodificadas suas respostas (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1) para composição no escore.

5.6.2 Exame Clínico

O exame clínico foi realizado no domicílio dos sujeitos, em ambiente reservado, após entrevista, por 4 cirurgiões-dentistas previamente calibrados, auxiliados por anotadores (cirurgiões-dentistas e alunos de graduação em Odontologia). As fichas utilizadas para coleta de dados (anexo 5) foram desenvolvidas para essa pesquisa, baseadas nas fichas do Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2003 (Projeto SB Brasil, 2003).

Para o exame clínico foi utilizado odontoscópio com espelho plano número 5, sonda periodontal da OMS e lanterna de mão. A esterilização do material foi realizada com grau cirúrgico, na central de esterilização da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Os exames foram realizados utilizando índices e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde, complementados por critérios, como uso e necessidade de próteses, adotados no Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2003 (anexo 5).

Os primeiros critérios a serem observados foram o uso e a necessidade de próteses, seguindo pela análise de cada elemento dentário, condição e tratamento. Para a análise dos elementos dentários, iniciou-se pelo primeiro quadrante, dente 18, seguindo para o segundo, terceiro e quarto quadrante, dente 48. O anotador era avisado toda vez que o examinador trocava de quadrante. Após realizou-se a avaliação dos tecidos moles.

Todos os indivíduos foram orientados sobre sua condição de saúde bucal, sendo encaminhados aos serviços de atendimento odontológico de referência caso houvesse necessidade.

5.7 Construção de medidas

Variáveis do estudo

As seguintes variáveis foram analisadas neste estudo:

5.7.1 Variáveis Explicativas

5.7.1.1 Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas, apresentadas no quadro 9, foram incluídas nas análises como variáveis explicativas e, potenciais confundidoras. A variável 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 os países da América Latina.

a) Idade:

50-59 anos: código 0

60-74 anos: código 1

b) Gênero: coletada seguindo a sua ocorrência.

Masculino: código 0

Feminino: código 1

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

6 anos ou mais de estudo: código 0

De 0 – 5 anos de estudo: código 1

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

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

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

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	CATEGORIAS
Idade	0 – De 50 até 59 anos 1 – De 60 à 74 anos
Gênero	0- Masculino 1- Feminino
Renda pessoal	0 – Maior que 415 reais 1 – De 0 à 415 reais
Nível educacional	0 – 6 anos ou mais 1 – De 0 a 5 anos

Quadro 9 - Variáveis sociodemográficas do estudo e suas categorias.

5.7.1.2 Clínicas

As variáveis clínicas analisadas estão apresentadas no quadro 10, sendo elas:

a) Uso de prótese superior: coletada de acordo com as 5 categorias utilizadas no SB 2000 (Anexo 3) e recodificada em 4 categorias para avaliação do impacto de reabilitações combinadas, parciais e totais na qualidade de vida

Não usa: código 0

Usa uma ou mais fixas ou combinação de próteses: código 1

Usa Prótese Parcial Removível: código 2

Usa Prótese Total: código 3

b) Uso de prótese inferior: coletada de acordo com as 5 categorias utilizadas no SB 2000 (Anexo 3) e recodificada em 4 categorias para avaliação do impacto de reabilitações combinadas, parciais e totais na qualidade de vida

Não usa: código 0

Usa uma ou mais fixas ou combinação de próteses: código 1

Usa Prótese Parcial Removível: código 2

Usa Prótese Total: código 3

c) Necessidade de prótese superior: coletada de acordo com as 4 categorias utilizadas no SB 2000 (Anexo 3) e recodificada em 3 categorias para avaliação do impacto da necessidade de reabilitações parciais e totais na qualidade de vida

Não necessita: código 0

Necessita combinação de próteses ou uma fixa/removível: código 1

Necessita Prótese Total: código 2

d) Necessidade de prótese inferior: coletada de acordo com as 4 categorias utilizadas no SB 2000 (Anexo 3) e recodificada em 3 categorias para avaliação do impacto da necessidade de reabilitações parciais e totais na qualidade de vida

Não necessita: código 0

Necessita combinação de próteses ou uma fixa/removível: código 1

Necessita Prótese Total: código 2

e) CPOD: calculado através da soma do número de dentes cariados, perdidos e restaurados por cárie do exame clínico. Tendo em vista a análise preliminar das frequências desta variável, optou-se por sua categorização através da mediana devido à influência do elevado número de indivíduos edêntulos na população estudada.

CPOD até 25: código 0

CPOD maior que 25: código 1

f) Número de dentes presentes: o número de dentes presentes foi obtido através do exame clínico, excluindo-se os dentes com extração indicada e extraídos. Tendo em vista a realização de análise exploratória preliminar, através do teste chi quadrado de associação entre diversos pontos de corte desta variável e os desfechos em estudo, optou-se por sua categorização através da mediana.

De 14 a 32 dentes: código 0

De 0 a 13 dentes presentes: código 1

VARIÁVEIS CLÍNICAS	CATEGORIAS
Uso de prótese superior	0 - Não usa 1 - Usa uma ou mais fixas ou combinação de próteses 2- Usa Prótese Parcial Removível 3 - Usa Prótese Total
Uso de prótese inferior	0 - Não usa 1 - Usa uma ou mais fixas ou combinação de próteses 2- Usa Prótese Parcial Removível 3 - Usa Prótese Total
Necessidade de prótese superior	0- Não necessita de prótese 1- Necessita combinação de próteses, prótese fixa ou removível 2- Necessita prótese total
Necessidade de prótese inferior	0- Não necessita de prótese 1- Necessita combinação de próteses, prótese fixa ou removível

	2- Necessita prótese total
CPOD	0 – CPOD até 25 1 – CPOD maior que 25
Número de dentes presentes	0 – De 14 a 32 dentes 1 – De 0 a 13 dentes

Quadro 10 – Variáveis clínicas de saúde bucal do estudo e suas categorias

5.7.2 Variáveis Dependentes (desfechos)

As variáveis dependentes foram formadas através dos escores obtidos em cada um dos quatro domínios e do escore global do WHOQOL-BREF.

Os resultados dos escores de qualidade de vida foram classificados em duas categorias, levando-se em consideração a mediana dos resultados: Valores iguais ou menores que as medianas foram considerados baixo escore e maiores que as medianas alto escore.

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO WHOQOL-BREF	CATEGORIAS
Escore Global	0 = Baixo
	1 = Alto
Escore Domínio Físico	0 = Baixo
	1 = Alto
Escore Domínio Psicológico	0 = Baixo
	1 = Alto
Escore Domínio Relações Sociais	0 = Baixo
	1 = Alto
Escore Domínio Meio Ambiente	0 = Baixo
	1 = Alto

Quadro 11 - Variáveis do estudo relacionadas ao WHOQOL-BREF e suas categorias.

5.8 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por 4 examinadores (Cirurgiões-Dentistas) e 4 anotadores (cirurgiões-dentistas e alunos de graduação em Odontologia), nos domicílios dos sujeitos. Para cada indivíduo, foi realizado uma entrevista utilizando um questionário (anexo 1 e 2) e um exame clínico (anexo 3).

O instrumento WHOQOL-BREF, foi auto-aplicado. Caso fosse solicitado ajuda, os entrevistadores faziam a leitura das questões de uma forma clara e pausada para que o indivíduo pudesse assinalar a resposta adequada.

5.9 Calibração e Treinamento

Dos 4 examinadores deste estudo, 3 já haviam sido calibrados previamente de acordo com as orientações do Levantamento Nacional SB Brasil (2003) e da OMS (1999). A calibração iniciou-se por uma leitura individual do manual do examinador do SB/Brasil, seguida de um encontro para a apresentação em *PowerPoint* sobre os tópicos do mesmo e discussões para a padronização de critérios, com duração de três horas.

A seguir foi realizado um exame clínico em cinco pacientes, os quais foram re-examinados pelos mesmos examinadores, sob as mesmas condições de trabalho, após uma semana, totalizando seis horas para a calibração intra-examinador. Novamente fez-se um encontro teórico para discussão dos exames aplicados e novas combinações.

Com os resultados obtidos, foi calculado o índice Kappa, que avaliou a concordância dos exames de cada examinador nos dois momentos. Para todas as variáveis do exame em questão (uso e necessidade de prótese, condição de coroa, de raiz e necessidade de tratamento para cárie), os valores foram superiores a 0,81, considerado um índice de concordância ótimo.

Considerando que houve empate de três examinadores em relação ao número de índices com valor de kappa mais alto, o examinador padrão-ouro foi considerado aquele que obteve a maior soma total dos valores de Kappa intra-examinador.

Para a calibração inter-examinador, foram realizados doze exames por cada pesquisador separadamente. Os valores de Kappa foram obtidos através da comparação entre cada examinador e o padrão ouro, sendo todos índices superiores a 0,76 (bom).

A interpretação do *Kappa* foi realizada de acordo com o quadro abaixo

<i>KAPPA</i>	CONCORDÂNCIA
<0,00	Ruim
0,00 – 0,20	Fraca
0,21 – 0,40	Sofrível
0,41 – 0,60	Regular
0,61 – 0,80	Boa
0,81 – 0,99	Ótima
1,00	Perfeita

Fonte: Adaptado de Landis e Koch (1977).

Quadro 12 – Interpretação do coeficiente de *Kappa*.

Para a aplicação do questionário, os examinadores receberam um treinamento com o objetivo de familiarizar-se com as perguntas do mesmo e de padronizar a metodologia de aplicação.

5.10 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado com o objetivo de testar a aplicação dos instrumentos de pesquisa (questionário e exame clínico), treinamento e calibração dos entrevistadores, bem como fornecer subsídios para cálculo do tamanho da amostra. Foram examinados e entrevistados um total de 40 indivíduos entre 50 e 74 anos usuários do Centro de Saúde-Escola Murialdo (Porto Alegre-RS).

5.11 Controle de Qualidade de Dados

Ao término de cada exame e entrevista, o anotador revisava as fichas a fim de verificar o correto preenchimento e coerência nos registros. A digitação dos dados foi realizada por participantes do estudo previamente treinados. Utilizou-se o método de

dupla digitação por digitadores diferentes no Epi info 6.0. Foram elaborados relatórios de divergências entre as digitações no SPSS 16.0, sendo realizado sua elucidação através da avaliação dos questionários originais. Com o banco final de cada instrumento consolidado foi sorteado aleatoriamente 1 a cada 25 dos questionários originais para conferência com o banco consolidado.

Após esta etapa foram realizadas freqüências, no programa SPSS 16.0, de todas as variáveis do estudo para identificação dos *missings* e de valores *outliers* sendo realizado de busca ativa nos questionários originais e possível correção.

5.12 Confiabilidade das Entrevistas e dos Exames

A reprodutibilidade das entrevistas estruturadas e dos exames foram avaliadas durante a pesquisa através da reaplicação e re-exame em 10% dos sujeitos do estudo após 1 semana da primeira visita . Os coeficientes Kappa, para avaliação da reprodutibilidade intra e inter-examinador, ficaram acima de 0,98 e 0,88 para reprodutibilidade intra e inter-examinadores respectivamente. O coeficiente alfa de cronbach para o WHOQOL-BREF foi de 0,983 e para dados sociodemográficos 0,97.

5.13 Processamento e Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados em um banco de dados criado no Programa Epi-info 6 e posteriormente importados para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* para *Windows*, versão 16.0.

A análise da representatividade da pesquisa foi efetuada através da comparação dos dados das variáveis sexo e idade obtidos com as informações da população dos distritos sanitários sorteados (IBGE,2000). Quando se realizou a freqüência das variáveis sexo e idade da amostra da pesquisa comparando com as informações obtidas dos setores censitários sorteados, observou-se que na faixa etária de 50-59 anos, a população masculina foi subestimada, enquanto na idade de 60-74 anos, o sexo feminino foi superestimado. Portanto, foram realizados ajustes da amostra da pesquisa através da função “weight cases” do SPSS 16.0 para distribuição destas variáveis de

acordo com os dados da população estudada. Utilizou-se como parâmetro para este cálculo a distribuição das variáveis idade e sexo da população dos setores estudados (quadro 13). Foram atribuídos pesos amostrais diferenciados para cada grupo estudado através da razão do N na população/ n amostral (quadro 14).

Idade	População Setores Censitários (IBGE,2000)		Amostra incluída na pesquisa	
	Masculino N (%)	Feminino N (%)	Masculino N (%)	Feminino N (%)
50-59	2195 (23,12)	2844 (29,96)	98 (13,6)	210 (29,2)
60-74	1801 (18,97)	2652 (27,94)	140 (19,4)	272 (37,8)

Quadro 13 – Distribuição absoluta e percentual da população e indivíduos incluídos na pesquisa agrupados por sexo e idade.

Idade	Masculino	Feminino
50-59	1,70	1,026
60-74	0,977	0,739

Quadro 14 – Coeficiente de ponderação para os indivíduos da pesquisa, agrupados por sexo e idade.

Para as análises, utilizou-se o programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), sendo o comando *Svysset* programado seguindo os estágios da amostragem.

A existência de associação entre os desfechos e os fatores em estudo foi verificada por meio da realização de Regressões de Poisson univariadas com ajuste para variância robusta para cada variável explicativa. A seguir foram realizadas quatro modelos de Regressão de Poisson multivariados, um para cada desfecho, com o mesmo ajuste. Nestes modelos todas as variáveis independentes com $P < 0,20$ nas análises univariadas foram incluídas. A cada etapa de cada modelo foram removidas as variáveis com categorias com $P > 0,05$. Ao final do modelo todas as variáveis mantidas deveriam possuir ao menos uma categoria com $P \leq 0,05$.

5.14 Aspectos Éticos

Todos os participantes receberam explicações, antes do início da entrevista, sobre os objetivos da pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os participantes consentiram participar voluntariamente, assinando este termo (anexo 7). Foi garantido ao participante a possibilidade de recusa ou abandono da pesquisa em qualquer momento do projeto sem qualquer justificativa.

O presente projeto fez parte da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, que obteve financiamento do edital SUS/FAPERGS/CNPq 08-04, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com número de processo 46/05.

Previamente à realização da coleta de dados, a equipe de pesquisa entrou em contato com lideranças do local onde foram aplicados os instrumentos, a fim de esclarecer a coleta de dados e os objetivos da pesquisa.

Ao término de cada entrevista foram fornecidas informações sobre a condição de saúde bucal aos participantes da pesquisa, orientações de medidas preventivas específicas, além de encaminhamento aos serviços de referência disponíveis, em casos de necessidade de assistência em saúde bucal.

O presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS (anexo 2).

6. ARTIGO

EXISTE ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS CLÍNICAS DE SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA GERAL? ESTUDO DE BASE POPULACIONAL COM INDIVÍDUOS ENTRE 50-74 ANOS DE PORTO ALEGRE - RS.

IS THERE ASSOCIATION BETWEEN ORAL HEALTH CLINICAL VARIABLES AND GENERAL QUALITY OF LIFE? A POPULATION-BASED STUDY OF INDIVIDUALS AGED 50-74 IN SOUTHERN BRAZIL.

Victor Nascimento Fontanive¹

Claides Abegg²

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Programa de Pós-Graduação em Odontologia - Mestrando em Odontologia - Área de Concentração em Saúde Bucal Coletiva. Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2492, 3º Andar Bairro: Santana, CEP: 90035-003. Porto Alegre. victorfontanive@gmail.com

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

RESUMO

Contexto: Até hoje poucos estudos avaliaram o impacto que as doenças bucais, assim como as reabilitações protéticas, desempenham sobre a qualidade de vida geral dos indivíduos. A partir deste arcabouço, o objetivo desta pesquisa foi investigar a relação entre variáveis clínicas de saúde bucal com os domínios físico, psicológico, de relações sociais e de meio ambiente da qualidade de vida geral.

Metodologia: Este estudo possui delineamento transversal. Ao total, 720 indivíduos entre 50 e 74 anos residentes de três distritos sanitários de Porto Alegre, sul do Brasil participaram da pesquisa. Estes indivíduos foram selecionados através de amostragem proporcional de múltiplos estágios. As entrevistas e exames clínicos foram realizados nos domicílios dos sujeitos por 4 duplas de examinadores e anotadores previamente calibrados. Os dados foram coletados seguindo duas etapas: 1) Entrevista usando questionário estruturado sobre dados sociodemográficos e o World Health Organization abbreviated instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF) para avaliação da qualidade de vida; 2) Exame clínico bucal usando sonda periodontal e luz artificial, utilizando-se de índices e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), complementados pelo Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2000. Os escores de qualidade de vida foram categorizados através de sua mediana em: baixo (\leq mediana) e alto ($>$ mediana). A associação entre os desfechos e os fatores em estudo foi analisada através de Regressão de Poisson múltipla, com ajuste para variância robusta, e função *svyset* programada seguindo os estágios da pesquisa.

Resultados: O domínio físico estava associado ao uso de prótese superior e ao nível educacional. O domínio psicológico, estava relacionado à variável nível educacional. O CPOD, o gênero e a renda estiveram associados ao domínio de relações sociais. No domínio meio ambiente foi observada associação com o uso e a necessidade de prótese inferior, idade e nível educacional.

Conclusões: Variáveis clínicas de saúde bucal como CPOD, uso e necessidade de prótese foram associadas à qualidade de vida geral nesta população.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Epidemiologia; Odontologia.

ABSTRACT

Background: Until now few studies have assessed the impact that oral disease, and the prosthetic rehabilitation, play on the general quality of life of individuals. From this framework, the objective of this study was to investigate the relationship between oral health clinical variables with the physical, psychological, social relationships and environment of the general quality of life.

Methodology: This study has cross-sectional design. In total, 720 individuals between 50 and 74 years residing in three health districts of Porto Alegre, southern Brazil participated in the survey. These individuals were selected through multi-stage proportional sampling. The interviews and clinical examinations were performed at home of the subjects by four pairs of researchers previously trained and calibrated. Data were collected following two steps: 1) interview using structured questionnaire on demographic data and the World Health Organization abbreviated instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF) to assess quality of life, 2) oral clinical examination under artificial light, using rates and criteria recommended by the World Health Organization (WHO) and complemented with the Epidemiological Survey SB/Brazil in 2000. The scores of quality of life were categorized by their median into low (\leq median) and high ($>$ median). The association between outcomes and the factors studied was analyzed by Poisson Regression for multiple backward method, with adjustment for robust variance, and svyset function scheduled following stage of research.

Results: The physical domain was associated with use of upper prosthesis, and educational level. The psychological domain score was related to level of education. The DMFT, gender and educational level were associated to the social relations domain. In the environment domain an association with use and need of lower prosthesis, age and educational level was observed.

Conclusions: Oral health clinical variables as DMFT, use and need of prosthesis were associated with general quality of life in this population.

Keywords: Quality of life; Epidemiology; Dentistry.

INTRODUÇÃO

Vários estudos têm demonstrado o impacto que as doenças bucais têm na qualidade de vida relacionada à saúde dos indivíduos (1-3). Entretanto, um número limitado de estudos tem avaliado o impacto que estas doenças bucais desempenham sobre a qualidade de vida geral dos indivíduos (4-7). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (8). Este conceito inclui uma variedade de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando à sua condição de saúde e às intervenções médicas (9).

Em 1998 a OMS desenvolveu o World Health Organization Abbreviated Instrument For Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF) (9) com o objetivo de avaliar o novo conceito de qualidade de vida proposto de uma forma abreviada, mas com características psicométricas satisfatórias. Este processo envolveu a participação de diversos países, sendo o WHOQOL-BREF validado para aplicação transcultural no Brasil em 2000 (10).

Na Odontologia, as medidas tradicionalmente empregadas para avaliação e determinação de necessidades da população, a exemplo dos índices CPOD (Número de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) e CPI (Community Periodontal Index), medem o passado da doença. Esses índices avaliam e quantificam a presença e a extensão do dano nos dentes e em suas estruturas de suporte como resultado do processo patológico bucal (7). A limitação destes índices reside no fato de que não consideram a percepção

subjetiva do indivíduo em relação à saúde bucal e não avaliam como a saúde bucal pode afetar a qualidade de vida do indivíduo.

Evidências têm demonstrado que as condições bucais (4), doenças sistêmicas (11), variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e cultura (12) têm sido associadas com a percepção de qualidade de vida geral. Entretanto, pouco se conhece sobre o impacto que as reabilitações protéticas odontológicas exercem sobre a qualidade de vida geral.

A hipótese deste estudo foi que indivíduos em uso ou com necessidade de prótese dentária, com alto CPOD e menor número de dentes presentes, possuem uma prevalência aumentada de pior qualidade de vida. Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar a relação entre variáveis clínicas de saúde bucal com a qualidade de vida geral de indivíduos de 50 a 74 anos de Porto Alegre/RS.

MÉTODOS

Este é um estudo transversal, investigando uma amostra representativa de 720 indivíduos, residentes de 3 distritos sanitários do município de Porto Alegre durante os meses de maio de 2008 à março de 2009. O município de Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, encontra-se situado no extremo sul do Brasil possuindo uma população de 1.360.590 pessoas (13) sendo a segunda capital do Brasil com a maior proporção de idosos na população com 11,8% (14).

Previamente ao desenvolvimento da pesquisa, foi desenvolvido um estudo piloto envolvendo 40 usuários do Centro de Saúde-Escola Murialdo em Porto Alegre para

treinamento e calibração dos entrevistadores, avaliação da adequabilidade dos instrumentos e obter subsídios para cálculo do tamanho da amostra. A reprodutibilidade do WHOQOL-BREF, aspectos sociodemográficas e dos exames clínicos bucais foram avaliadas durante a pesquisa através da reaplicação e re-exame em 5% dos sujeitos do estudo após uma semana da primeira visita.

Foram considerados indivíduos elegíveis para a pesquisa pessoas na faixa etária entre 50 e 74 anos e que residissem nos distritos sanitários sorteados. Os participantes foram selecionados usando-se amostragem aleatória proporcional de múltiplos-estágios. O tamanho da amostra foi calculado a partir de valores obtidos no estudo piloto, tendo em vista os seguintes parâmetros: poder de 80%, nível de significância de 5%, diferença entre média experimental e da população de 3 pontos, compensação das perdas na amostra devido à recusa de 10% e efeito delineamento de 1.5. Estes cálculos foram realizados para cada desfecho de interesse sendo a maior amostra necessária de 630 indivíduos. Ao longo do estudo, ocorreram 73 perdas. Ao total 720 indivíduos participaram da pesquisa, tendo em vista a coleta de dados simultânea para outras características de interesse não incluídas neste estudo.

A coleta dos dados foi realizada nos domicílios dos sujeitos por quatro duplas de examinadores e anotadores, previamente treinados e calibrados. A metodologia consistiu em duas etapas: 1) Entrevista usando questionário sobre variáveis sociodemográficas e o World Health Organization abbreviated instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF), instrumento desenvolvido pelo grupo técnico de pesquisa em Qualidade de Vida da OMS (9) e validado para aplicação no Brasil (10); 2) Exame clínico bucal: Realizado com ajuda de luz artificial, odontoscópio e sonda periodontal, utilizando-se índices e critérios recomendados pela Organização Mundial

da Saúde (OMS), complementados por critérios adotados no Levantamento Epidemiológico SB/Brasil 2003 (15). Os primeiros critérios observados foram o uso e a necessidade de próteses, seguindo pela análise de cada elemento dentário, condição e tratamento. As informações foram registradas por anotadores em uma ficha.

As variáveis independentes foram agrupadas em sociodemográficas e clínicas de saúde bucal. As sociodemográficas avaliadas foram: idade, sexo, renda individual e anos de escolaridade formal. As variáveis clínicas de saúde bucal incluem uso e necessidade de próteses para cada arco dentário, número total de dentes presentes e índice CPOD.

Para efeito de análise, as variáveis sociodemográficas foram categorizadas em: idade (50 a 59 anos e 60 a 74 anos), sexo (masculino e feminino), renda (salário mínimo e > 1 salário mínimo) e escolaridade formal (0 a 5 anos ou 6 anos). As variáveis clínicas de saúde bucal foram assim categorizadas: uso de prótese superior ou inferior (não usa, usa uma ou mais fixas ou combinação de próteses, usa prótese parcial removível, usa prótese total), necessidade de prótese superior ou inferior (não necessita, necessita combinação de próteses ou uma fixa/removível, necessita prótese total), CPOD (≤ 25 e > 25) e número de dentes presentes (≤ 13 dentes e ≥ 14 dentes). A reprodutibilidade intra e inter-examinadores foi calculada antes e durante a pesquisa.

A qualidade de vida foi avaliada através do WHOQOL-BREF, instrumento que contém 26 perguntas abrangendo quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. O seu sistema de classificação utiliza escala de resposta do tipo Lickert de 5 pontos para cada questão. Os escores de qualidade de vida em cada domínio são obtidos multiplicando-se a média dos valores

das respostas por quatro. Este resultado, para ser expresso em escala de 0-100, é então subtraído por 4 e multiplicado por 100/16.

No presente estudo, foram investigados quatro desfechos associados à qualidade de vida geral: 1) Domínio físico; 2) Domínio psicológico; 3) Domínio relações sociais e 4) Domínio meio ambiente. Os resultados dos escores de cada domínio foram classificados em duas categorias levando-se em consideração a distribuição, usando-se a mediana como ponto de corte. Valores iguais ou menores que as medianas foram categorizados como baixo escore e, maiores que as medianas, alto escore.

Os dados da pesquisa foram digitados no programa Epi-Info 6.0 e importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS* para *Windows*, versão 16.0, para limpeza e estruturação do banco. As análises foram efetuadas através do programa *Stata 9.0* (*Stata Corp.*, College Station, Estados Unidos), sendo o comando *Svyset* programado seguindo os estágios da amostragem. Os dados foram analisados através de regressão de poisson com ajuste para variância robusta, devido a prevalência comum do desfecho (16) levando-se em consideração uma amostragem por conglomerados.

A análise da representatividade da pesquisa foi efetuada através da comparação dos dados das variáveis sexo e idade obtidos com as informações da população dos distritos sanitários sorteados (13). Observou-se que na faixa etária de 50-59 anos a população masculina estava subestimada, enquanto na idade de 60-74 anos, o sexo feminino superestimado. Foram realizados ajustes na amostra através da função “*weight cases*” no *SPSS 16.0*, atribuindo pesos amostrais diferenciados para cada grupo estudado através da razão do N na população/ N amostral.

A existência de associação entre os desfechos e os fatores em estudo foi verificada por meio de análises univariadas exploratórias. A seguir foram realizadas quatro análises multivariadas, uma para cada desfecho. Nestes modelos todas as variáveis independentes com $P \leq 0,20$ nas análises univariadas foram incluídas. A cada etapa de cada modelo, foram removidas as variáveis com categorias com $P > 0,05$. Ao final do modelo, todas as variáveis mantidas deveriam possuir ao menos uma categoria com $P \leq 0,05$.

O presente estudo faz parte da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com número de processo 46/05, seguindo as recomendações da *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação no estudo.

RESULTADOS

Entre os 720 indivíduos entrevistados, 303 (42,1%) eram do sexo masculino, 385 (53,5%) tinham entre 50 a 59 anos, 445 (62%) estudaram 6 anos ou mais e 492 (68,4%) possuíam renda menor ou igual a 1 salário mínimo.

Dos entrevistados, 374 (51,9%) responderam individualmente as questões do WHOQOL-BREF sem necessidade de ajuda dos integrantes da pesquisa. Em 346 indivíduos (48,1%), foi realizado hetero-aplicação sendo sua justificativa atribuída principalmente ao analfabetismo e a baixa acuidade visual.

Os coeficientes Kappa, para avaliação da reprodutibilidade intra e inter-examinador de todos os índices bucais, ficaram acima de 0,81 e 0,76, respectivamente, no início da pesquisa. Durante o estudo, estes coeficientes ficaram acima de 0,98 e 0,88 para reprodutibilidade intra e inter-examinadores respectivamente. O coeficiente alfa de Cronbach para o WHOQOL-BREF foi de 0,983 e para dados sociodemográficos 0,97.

No modelo univariado, o desfecho domínio físico associou-se com nível educacional, renda, uso de prótese superior, uso de prótese inferior, necessidade de prótese inferior, CPOD e número de dentes presentes; o domínio psicológico mostrou associação com nível educacional, necessidade de prótese inferior, CPOD e número de dentes presentes (Tabela 1). O domínio relações sociais apresentou associação apenas com a variável renda, já o domínio meio ambiente associou-se com a variável idade, nível educacional, renda, uso de prótese superior, uso de prótese inferior e necessidade de prótese inferior (Tabela 2).

No modelo ajustado, o domínio físico apresentou associação estatisticamente significativa com o uso de prótese superior, mostrando que pessoas usuárias de uma ou mais próteses fixas, assim como combinação de próteses, possuem uma prevalência de alto escore de qualidade de vida 40% mais elevada [Intervalo de Confiança de 95% (IC95%) 1.1-1.76] do que indivíduos que não fazem uso. Também houve associação significativa entre esse desfecho e nível educacional. Os indivíduos que possuíam até 5 anos de escolaridade formal apresentaram 0,65 da probabilidade de ter escore alto (IC 95% 0.53-0.79), quando comparados aos indivíduos com maior escolaridade. O domínio psicológico mostrou-se associado, significativamente, com nível educacional. Indivíduos com baixa escolaridade apresentaram 0,74 da probabilidade de apresentar

escore alto (IC 95% 0.61-0.9), quando comparados aos indivíduos com maior escolaridade formal (Tabela 1).

Na avaliação do domínio de relações sociais constatou-se associação estatística significativa com o índice CPOD. O escore de alta qualidade de vida ocorreu com menor frequência nos indivíduos com CPOD maior que 25 (RP 0.83 – IC 95% 0.66-1.03) quando comparado aos indivíduos que apresentaram CPOD menor ou igual a 25. Este desfecho também esteve associado ao gênero, apresentando prevalência 32% maior em mulheres (IC 95% 1.03-1.7), quando comparado aos homens, e a renda, sendo que sujeitos com renda menor ou igual a um salário mínimo apresentaram 0,72 (IC 95% 0.56-0.93), da probabilidade de apresentarem alto escore de qualidade de vida quando comparados aos indivíduos com maior renda (Tabela 2).

Em relação ao domínio meio ambiente, houve associação estatística significativa com as variáveis de uso e necessidade de prótese inferior. Indivíduos usuários de uma ou mais próteses inferiores fixas, assim como combinação de próteses, apresentaram uma prevalência 53% maior de alto escore (IC 95% 1.2-1.94), enquanto que pessoas com necessidade de prótese total inferior demonstraram 0.64 (IC 95% 0.45-0.91) da probabilidade de apresentarem alto escore neste domínio quando comparados aos indivíduos que não necessitam de prótese inferior. As variáveis idade e nível educacional também demonstraram associação estatística significativa com o domínio meio ambiente. Pessoas entre 60 e 74 anos apresentaram prevalências 53% maior (IC 95% 1.28-1.82) de alto escore para este domínio, enquanto que indivíduos possuindo até 5 anos de escolaridade demonstraram 0,74 (IC 95% 0.63-0.89) da probabilidade de ter alto escore de qualidade de vida, comparados às pessoas com maior escolaridade (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos que avalia a relação entre os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF com variáveis clínicas de saúde bucal associadas às diferentes modalidades de reabilitações protéticas disponíveis em Odontologia.

Diferentes pesquisas têm demonstrado que menores escores de qualidade de vida geral estão associados à presença de doenças crônico-degenerativas (11), transtornos psiquiátricos (18), e variáveis sociodemográficas (12). Entretanto, até hoje uma quantidade limitada de estudos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar o impacto que as variáveis clínicas de saúde bucal, exercem na qualidade de vida geral dos indivíduos. Em um estudo realizado com idosos brasileiros independentes (4) foi demonstrada associação entre habilidade para mastigar e as dimensões relacionadas a qualidade de vida geral dos indivíduos.

Neste estudo o uso de uma ou mais próteses fixas, ou combinação de próteses, superiores e inferiores demonstraram associação com uma melhor qualidade de vida. Por outro lado um CPOD > 25 e necessidade de prótese total inferior estavam associados a uma pior qualidade de vida.

Estes resultados demonstram a existência de uma relação entre a reabilitação protética e o escore de qualidade de vida. O uso de próteses fixas, combinado ou não

com próteses removíveis, demonstrou associação estatística significativa com o alto escore de qualidade de vida em seu domínio físico. Este domínio apresenta perguntas como “Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades de seu dia-a-dia?” ou “Em que medida você acha que sua dor física impede você de fazer o que você precisa?”. Pode-se argumentar que a reabilitação oral, por intermédio de próteses, melhora a qualidade de vida dos indivíduos na medida em que melhora a capacidade de mastigação, reduzindo o desconforto e a dor, facilitando o desenvolvimento dos seus afazeres diários (17).

A associação entre o uso de próteses fixas, combinadas ou não com próteses removíveis, assim como necessidade de prótese total inferior também foi observada com o domínio meio ambiente. Neste domínio o uso de próteses fixas, combinadas ou não com próteses removíveis superiores, foi associado a um maior escore de qualidade de vida, enquanto que a necessidade de prótese total inferior esteve associada com menores escores de qualidade de vida. Este domínio é composto por questões sobre recursos financeiros, acesso à informação, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde. Estes fatores podem ser considerados facilitadores para a reabilitação oral dos indivíduos, desta forma favorecendo uma melhora na sua qualidade de vida. Em alguns estudos (15), a associação entre nível socioeconômico, acesso, uso e necessidade de prótese foi demonstrada, reforçando a relação entre variáveis clínicas de saúde bucal e o domínio meio ambiente.

O índice CPOD apresentou associação estatística significativa com qualidade de vida em seu domínio de relações sociais. Indivíduos com CPOD > 25 apresentaram menores escores de qualidade de vida neste domínio. No presente estudo uma parcela expressiva da população (33%) apresentava dentes cariados e/ou restaurados com cárie,

além disso, 41% dos indivíduos necessitavam de prótese superior e 66,7%, prótese inferior. A face, a boca e os dentes desempenham papéis importantes para a inibição ou encorajamento do convívio natural com amigos, colegas, parentes ou vizinhos principalmente em populações idosas (19). Estudos também têm demonstrado que a perda dental de população semelhante, quando não reabilitada, afeta funções bucais normais como mastigação, pronúncia, sorriso e aparência (20,21) e em função destes aspectos, a auto-percepção de saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A variável número de dentes presentes não apresentou associação estatística significativa com os desfechos analisados. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo com idosos brasileiros, avaliando a relação entre qualidade de vida geral e número de dentes presentes, em que foi observada associação apenas entre o edentulismo e o domínio físico (4). Uma possível explicação para a falta de associação entre o número de dentes presentes e os domínios do WHOQOL, é que com o aumento das perdas dentárias, comuns na faixa etária estudada, a demanda por reposição dos elementos dentários perdidos, apresenta-se relacionada à posição do dente no arco. Assim, nesta situação, a substituição de elementos dentários anteriores apresenta maior valorização, devido às demandas estéticas (22). Considerando que o número de dentes presentes, por si só, não parece explicar adequadamente as variações obtidas nos escores de qualidade de vida geral, é possível que a divisão desta variável por segmentos dentários (anterior e posterior), possa ser uma boa estratégia de análise.

Dentre as variáveis sociodemográficas a variável nível educacional demonstrou associação com os domínios físico, psicológico e meio ambiente. Indivíduos com até 5 anos de escolaridade formal apresentaram menor escore de qualidade de vida nestes domínios. Estudos demonstram que indivíduos com baixa escolaridade formal referem

menor necessidade em saúde bucal (23,24), restringindo sua demanda por atenção aos problemas de saúde e a dor, atribuindo, ao mesmo tempo, uma redução de sua qualidade de vida.

As variáveis renda e gênero demonstraram associação estatística significativa com o domínio de relações sociais. Pessoas do sexo masculino e com renda \leq 1 salário mínimo apresentaram menores escores para relações sociais. Este resultado difere daqueles encontrados em outros estudos em que homens tendem a apresentar uma melhor auto-percepção de saúde geral (23,25-27). Uma possível explicação é que indivíduos do sexo masculino apresentam maior prevalência de tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas (28) e de determinadas doenças crônico-degenerativas, dentre elas as cardiovasculares (29), podendo resultar no desenvolvimento de incapacidades que possivelmente afetam suas relações sociais. Além disso, as mulheres referem possuir um maior apoio da rede social informal (28), item constituinte do domínio de relações sociais. Locker (30) refere que indivíduos com baixa renda provavelmente possuem uma maior exposição aos fatores desencadeantes de stress, além de possuírem uma maior vulnerabilidade para o efeito de desordens nas relações sociais.

A variável idade demonstrou associação com o domínio meio ambiente. Pessoas com mais de 59 anos apresentaram maior escore de qualidade de vida neste domínio. É possível que esta relação possa ser parcialmente atribuída ao estatuto do idoso, lei que estabelece ações de proteção e promoção de saúde específicos para indivíduos acima de 59 anos no Brasil (31). Nesta faixa etária, os indivíduos possuem prioridade de atenção nos serviços de saúde, garantia de deslocamento gratuito nos transportes coletivos além de fazerem uso de benefícios previdenciários. Além disso, as diversas atividades

voltadas para este grupo etário podem ter um impacto positivo na sua qualidade de vida em relação ao meio ambiente (32).

Os estudos transversais apresentam limitações inerentes ao seu delineamento, como a dificuldade em estabelecer relação temporal entre o fator de exposição e o desfecho, uma vez que os dados são coletados em uma única oportunidade, o que resulta numa avaliação simultânea dos fatores de estudo e dos efeitos. Entretanto, os resultados obtidos neste estudo suportam a hipótese de que as variáveis clínicas de saúde bucal estão associadas com a qualidade de vida geral.

Os domínios Meio Ambiente, Relações Sociais e Físico apresentaram associação estatística significativa com variáveis clínicas de saúde bucal. Estas associações reforçam a necessidade de integração entre políticas públicas de saúde bucal e de proteção aos indivíduos na faixa etária estudada, com o objetivo de promover uma melhor qualidade de vida. Acrescenta-se que estudos longitudinais avaliando o impacto que as diferentes formas de reabilitações protéticas sobre a qualidade de vida geral podem oferecer informações adicionais relevantes para o planejamento de políticas públicas voltadas aos indivíduos entre 50 e 74 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Allen PF, McMillan AS, Walshaw D, Locker D. A comparison of the validity of generic- and disease-specific measures in the assessment of oral health-related quality of life *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999 Oct;27(5):344-52.
2. Locker D. Oral health and quality of life. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2 Suppl 1:247-53. Review.
3. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Apr;37(2):171-81. Epub 2009 Jan 17.
4. Hugo FN, Hilgert JB, de Sousa Mda L, Cury JA. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Jun; 37(3):231-40.
5. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Tooth loss, chewing ability and quality of life. *Qual Life Res*. 2008 Mar;17(2):227-35. Epub 2007 Dec 14.
6. Brennan DS, Spencer AJ. Comparison of a generic and a specific measure of oral health related quality of life. *Community Dent Health*. 2005 Mar;22(1):11-8.
7. Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med*. 2004 Sep;59(5):1109-16.
8. World Health Organization. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p 41-60.
9. The Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF. *Quality of Life Assessment 1998*. *Psychol Med* 1998;28:551-8.

10. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF. *Rev Saúde Pública*, 34(2):178-83. 2000.
11. Camfield L, Skevington SM. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008 Sep;13(6):764-75. Review.
12. Skevington SM. Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Oct [Epub ahead of print]
13. IBGE– INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2000: Resultados. Rio de Janeiro, 2000.
14. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>>. Acesso: 16 ago. 2008.
15. _____. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 – condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais. 1. ed. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>>. Acesso em: 02 mai. 2008.
16. Coutinho LM, Scazufca M, Menezes PR. Methods for estimating prevalence ratios in cross-sectional studies. *Rev Saude Publica*. 2008 Dec;42(6):992-8.
17. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology* 2008; 25: 42–48.
18. Awad G, Voruganti LNP. Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bull* 2000; 26:557-64.
19. Pereira KC, de Lacerda JT, Traebert J. The oral impact on daily performances and self-reported quality of life in elderly people in Florianópolis, Brazil. *Oral Health Prev Dent*. 2009;7(2):163-72.
20. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number, position and condition of teeth: studies in Brazilian adults. *J Oral Rehabil*. 1999 Jan;26(1):53-71.
21. Strauss RP, Hunt RJ. Understanding the value of teeth to older adults. *J Am Dent Assoc* 1993; 124: 105–3 110.

22. Matos, DL; Lima-Costa, MF; Guerra, HL; Marcenés, W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2002, vol.36, n.2, 237-243.
23. Reisine ST, Bailit HL. Clinical Oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med* 1980; 14A: 597–605.
24. Skevington SM. Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Oct [Epub ahead of print]
25. Locker D, Jokovic A, Payne B. Life circumstances, lifestyles and oral health among older Canadians. *Community Dent Health* 1997; 14:214–20.
26. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43:1213–22.
27. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54:167–76.
28. Paskulin LM, Vianna LA. Sociodemographic profile and self-referred health conditions of the elderly in a city of Southern Brazil] *Rev Saude Publica*. 2007 Oct;41(5):757-68.
29. Moraes RS, Fuchs FD, Moreira LB, Wiehe M, Pereira GM, Fuchs SC. Risk factors for cardiovascular disease in a Brazilian population-based cohort study. *Int J Cardiol*. 2003 Aug;90(2-3):205-11.
30. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *City Dental Health* 1992; 9: 109– 124.
31. BRASIL. Estatuto do idoso: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Senado Federal. Senador Paulo Paim PT/RS. Brasília, 2004.
32. SILVESTRE, Jorge Alexandre and COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 839-847.

Tabela 1: Variáveis associadas ao alto escore dos domínios físico e psicológico do WHOQOL-BREF – Regressão de Poisson com variância robusta. Porto Alegre, 2010.

Variáveis	Domínio Físico				Domínio Psicológico				
	Modelo Univariado		Modelo Ajustado		Modelo Univariado		Modelo Ajustado		
	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P	
Sociodemográficas									
Idade									
	50-59	1	-	-	1	-	-		
	60-74	0.96 (0.82-1.14)	0.7		0.98 (0.82-1.16)	0.829			
Gênero									
	Masculino	1	-	-	1	-	-		
	Feminino	0.91 (0.77-1.08)	0.31		0.96 (0.8-1.15)	0.685			
Nível educacional									
	6 ou mais	1	1		1	1			
	0-5 anos	0.62 (0.52-0.75)	0.00	0.65 (0.53-0.79)	0.000	0.7 (0.58-0.84)	0.000	0.74 (0.61-0.9)	0.003
Renda									
	> 1 salário	1	-	-	1	-	-		
	≤ 1 salário	0.79 (0.65-0.95)	0.014		0.82 (0.68-1)	0.053			
Clínicas									
Uso de prótese superior									
	Não usa	1	1		1	-	-		
	1 ou + fixas, combina.	1.49 (1.18-1.89)	0.001	1.4 (1.1-1.76)	0.005	1.23 (0.95-1.58)	0.108		
	Usa PPR	1.19 (0.95-1.49)	0.12	1.21 (0.97-1.51)	0.090	0.95 (0.74-1.21)	0.696		
	Usa PT	0.98 (0.79-1.21)	0.89	1.17 (0.91-1.5)	0.206	0.88 (0.71-1.09)	0.253		
Uso de prótese inferior									
	Não usa	1	-	-	1	-	-		
	1 ou + fixas, combina.	1.45 (1.11-1.9)	0.006			1.28 (0.92-1.79)	0.139		
	Usa PPR	1	0.941			1.11 (0.88-1.4)	0.365		
	Usa PT	0.89	0.425			1.04 (0.81-1.34)	0.727		
Necessidade de prótese superior									
	Não necessita	1	-	-	1	-	-		
	Combina, fixa ou remov.	0.88 (0.72-1.06)	0.190			0.95 (0.79-1.15)	0.654		
	Necessita Prótese Total	0.75 (0.56-1)	0.053			0.73 (0.54-1)	0.52		
Necessidade de prótese inferior									
	Não necessita	1	-	-	1	-	-		
	Combina, fixa ou remov	0.88 (0.74-1.04)	0.159			0.86 (0.72-1.03)	0.120		
	Necessita Prótese Total	0.74 (0.56-0.99)	0.049			0.63 (0.46-0.88)	0.007		
CPOD									
	≤ 25	1	-	-	1	-	-		
	> 25	0.83 (0.71-0.98)	0.032			0.79 (0.67-0.94)	0.009		
Número de dentes presentes									
	> 13 dentes	1	-	-	1	-	-		
	≤ 13 dentes	0.81 (0.69-0.95)	0.011			0.81 (0.68-0.96)	0.016		

Tabela 2: Variáveis associadas ao alto escore dos domínios relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-BREF – Regressão de Poisson com variância robusta. Porto Alegre, 2010.

Variáveis	Domínio Relações Sociais				Domínio Meio Ambiente				
	Modelo Univariado		Modelo Ajustado		Modelo Univariado		Modelo Ajustado		
	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P	RP (IC 95%)	P	
Sociodemográficas									
Idade									
	50-59	1		-	-	1		1	
	60-74	1.05 (0.84-1.31)	0.63			1.45 (1.21-1.73)	0.000	1.53 (1.28-1.82)	0.000
Gênero									
	Masculino	1		1		1		-	-
	Feminino	1.22 (0.95-1.56)	0.102	1.32 (1.03-1.7)	0.027	1.03 (0.87-1.22)	0.702		
Nível educacional									
	6 ou mais	1		-	-	1		1	
	0-5 anos	0.95 (0.76-1.18)	0.660			0.73 (0.61-0.87)	0.001	0.74 (0.63-0.89)	0.001
Renda									
	> 1 salário	1				1		-	-
	≤ 1 salário	0.75 (0.58-0.97)	0.030	0.72 (0.56-0.93)	0.013	0.79 (0.66-0.95)	0.017		
Clínicas									
Uso de prótese superior									
	Não usa	1		-	-	1		-	-
	1 ou + fixas, combina.	1.01 (0.68-1.5)	0.937			1.49 (1.19-1.88)	0.001		
	Usa PPR	1.14 (0.85-1.54)	0.360			1.08 (0.86-1.37)	0.469		
	Usa PT	0.02 (0.78-1.33)	0.878			1.02 (0.83-1.26)	0.784		
Uso de prótese inferior									
	Não usa	1		-	-	1		1	
	1 ou + fixas, combina.	0.94 (0.55-1.61)	0.838			1.94 (1.58-2.37)	0.000	1.53 (1.2-1.94)	0.001
	Usa PPR	1.08 (0.8-1.45)	0.606			1.30 (1.05-1.6)	0.013	1.1 (0.85-1.43)	0.449
	Usa PT	0.9 (0.63-1.26)	0.546			1.17 (0.93-1.47)	0.175	1.17 (0.86-1.59)	0.300
Necessidade de prótese superior									
	Não necessita	1		-	-	1		-	-
	Combina, fixa ou remov	1.05(0.82-1.34)	0.654			0.9 (0.74-1.08)	0.278		
	Necessita Prótese Total	0.85 (0.59-1.23)	0.405			0.82 (0.62-1.07)	0.150		
Necessidade de prótese inferior									
	Não necessita	1		-	-	1		1	
	Combina, fixa ou remov	0.88 (0.7-1.12)	0.328			0.74 (0.63-0.87)	0.000	0.9 (0.73-1.11)	0.349
	Necessita Prótese Total	0.82 (0.57-1.18)	0.303			0.54 (0.39-0.74)	0.000	0.64 (0.45-0.91)	0.013
CPOD									
	≤ 25	1		1		1		-	-
	> 25	0.83 (0.66-1.03)	0.104	0.73 (0.55-0.96)	0.026	0.87 (0.74-1.02)	0.103		
Número de dentes presentes									
	> 13 dentes	1		-	-	1		-	-
	≤ 13 dentes	0.98 (0.79-1.22)	0.894			0.86 (0.73-1.01)	0.080		

7. CONCLUSÕES

A principal conclusão deste estudo é que os resultados encontrados sustentam a hipótese de que a qualidade de vida geral está relacionada com variáveis clínicas de saúde bucal. Indivíduos em uso de uma ou mais próteses fixas, ou combinação de próteses superiores e inferiores, demonstraram uma maior prevalência de alto escore de qualidade de vida para os domínios físico e meio ambiente, respectivamente. As reabilitações protéticas removíveis, avaliadas através da variável uso de prótese parcial removível e prótese total, por si só, não apresentaram associação estatística significativa com maior escore de qualidade de vida geral quando comparado aos escores de pessoas não usuários de próteses. Indivíduos com CPOD > 25 e necessidade de prótese total inferior apresentaram maior prevalência de baixo escore de qualidade de vida, respectivamente, para os domínios de relações sociais e meio ambiente. O número de dentes presentes, contudo, não apresentou associação estatística significativa com a qualidade de vida geral.

Os resultados também demonstram que a qualidade de vida geral dos indivíduos está relacionada com as variáveis sociodemográficas. Indivíduos idosos apresentaram maior prevalência de qualidade de vida alta para o domínio meio ambiente quando comparados com pessoas entre 50 e 59 anos. Variáveis como renda e gênero demonstraram associação com o domínio de relações sociais. Indivíduos do sexo masculino e com renda ≤ 1 salário mínimo apresentaram menores escores para este domínio. Por fim, a variável nível educacional esteve associada com os domínios físico, psicológico e meio ambiente. Indivíduos com ≤ 5 anos de escolaridade formal apresentaram menor escore de qualidade de vida nestes domínios.

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, é possível concluir que os agravos bucais afetam a qualidade de vida geral dos indivíduos em seus domínios físico, de relações sociais e de meio ambiente. Estas associações reforçam a necessidade de

planejamento e integração entre políticas públicas de saúde bucal e de proteção aos indivíduos na faixa etária estudada, com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida geral destes indivíduos.

Tendo em vista que estudos transversais apresentam limitações inerentes ao seu delineamento, como a dificuldade em estabelecer relação temporal entre o fator de exposição e o desfecho, estudos longitudinais avaliando o impacto das diferentes formas de reabilitações protéticas sobre a qualidade de vida geral, podem oferecer informações adicionais relevantes para o planejamento de políticas públicas voltadas aos indivíduos entre 50 e 74 anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BULLINGER M.; ANDERSON R.; CELLA D. *Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models*. Qual Life Res v.2 p. 451-9. 1993.

CANADIAN DENTAL ASSOCIATION. *Oral health complications. What is oral health?* (Approved by Resolution 2001.02, Canadian Dental Association Board of Governors, March 2001). Disponível em: <www.cdaadc.ca/en/oral_health/complications/index.asp>. Acessado em dezembro de 2007.

COHEN L.K. The emerging field of oral health-related quality of life outcomes. In Slade G.D. (ed) *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina., p. 1-9, 1997.

CHAIMOWICZ F. *A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas*. Rev. Saúde Pública, v.31, n. 2, p. 184-200, 1997.

FLECK M.P.A., LOUZADA S., XAVIER M., CHACHAMOVICH E., VIEIRA G., SANTOS L. *et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-BREF*. Rev Saúde Pública, v. 34(2), p. 178-83. 2000.

GILL T.; FEINSTEIN A. *A critical appraisal of the quality of quality-of life measurements*. JAMA v. 272 p.619-26, 1993.

GUYATT G.; FEENY D.; PATRICK L. *Measuring health related quality of life*. Ann Int Med v. 118 p. 622-9, 1993.

IBGE. *Censo Demográfico 2000: Resultados*. Rio de Janeiro, 2000

KATSCHNIG H.; FREEMAN H.; SARTORIOUS N. *Quality of life in mental disorders*. New York : John Wiley & Sons. 1997.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS M.C.H.; MATTOS T.M. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU, 200p. 1995.

LANDIS, J. R. & KOCH, G. G., *The measurement of observer agreement for categorical data*. Biometrics, v. 33 p. 159-174, 1977.

LAUREL A.C.; *A Saúde-Doença como Processo Social. In Everardo Nunes. Textos 3. Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global Ed., p.135-158, 1983.

LOCKER D. *An introduction to behavioral science & dentistry.* New York and London: Routledge. 1989. p.73-101.

LOCKER D. Concepts of oral health, disease and quality of life. In Slade G.D. (ed) *Measuring oral health and quality of life.* Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina, 1997.p.105-112.

PAIM J.S.; ALMEIDA FILHO N. *Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* Revista de Saúde Pública, São Paulo: v.32, n.4, p. 299-316, 1998.

RAPHAEL D.; BROWN I.; RENWICK R.; ROOTMAN I. *Quality of life theory and assessment: what are the implications for health promotion.* Issues in health promotion series. University of Toronto, Centre for Health Promotion, 1994.

ROSA A.G.F.; CASTELLANOS R.A.; PINTO V.G. *Saúde bucal na terceira idade. Rev Gauch Odontol.* 1993. v.41 p. 97-102.

SCHWARTTZMANN L. *Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos conceptuales.* Ciencia y Enfermería IX, v. 2 p.9-21, 2003.

SHEIHAM A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto, V.G. (ed.) - *Saúde Bucal Coletiva.* Livraria Editora Santos, 2000. p.223-50.

SILVA SRC, VALSECKI JÚNIOR A. *Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro.* Rev Panam Salud Pública. v.8 p. 268-71, 2000.

PILON A.F. *Construção da Qualidade de Vida.* São Paulo, 1998. 172 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana. *Diagnóstico Socioeconômico das Áreas de Intervenção Social do Projeto Cidadania e Paz.* Beatriz Morem da Costa (resp. téc.). Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Segurança Urbana, 2006. 85p.

PROJETO SB BRASIL. *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais /* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

THE WHOQOL GROUP. *The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med* 1998; v.46 p.1569-85.

WILSON I.; CLEARY P.D. *Linking Clinical Variables With Health-Related Quality of Life: A Conceptual Model of Patient Outcomes. JAMA*, v. 271(1) p.59-65, 1995.

WHO - World Health Organization. *Diet nutrition and prevention of chronic diseases. WHO technical Report Series 916. Joint WHO/FAO. Expert Consulation. 2003.*

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

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação da Banca Examinadora.**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA****ATA DE DEFESA DE PROJETO DE DISSERTAÇÃO**

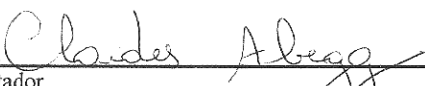
Aos dezoito dias do mês de dezembro de dois mil e sete, na sala 401B da Faculdade de Odontologia da UFRGS, reuniu-se a comissão examinadora de projeto de dissertação composta pelos professores Doutores Luciane Carniel Wagner e Júlio Baldisserotto, sob a presidência da professora Doutora Claides Abegg, orientadora do candidato Victor Nascimento Fontanive, para avaliar o projeto intitulado “**Saúde Bucal e Qualidade de Vida da População com 50 anos ou mais de Três Distritos Sanitários de Porto Alegre**”.

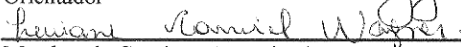
O candidato apresentou seu projeto, foi argüido pelos membros da banca, discutiu com a platéia e, ao final, a banca examinadora considerou o projeto:

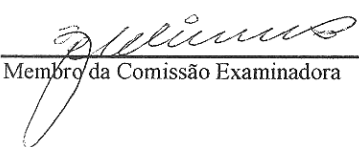
- aprovado na íntegra
 aprovado com alterações
 reprovado.

Desta sessão, foi lavrada a presente ata que é assinada pelo orientador e pelos membros da comissão de avaliação.

Porto Alegre, 18 de dezembro de 2007.


Orientador


Membro da Comissão Examinadora


Membro da Comissão Examinadora

ANEXO 2 – Aprovação do Comitê de Ética.

Universidade Federal do Rio Grande do



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: 265/08

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

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

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

Porto Alegre, 31 de Janeiro de 2008.

Profª. Heloisa Emília D. Da Silveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas

Profª. Deise Ponzoni
Coordenadora da Comissão de Pesquisas

ANEXO 3 – Questionário aspectos sociodemográficos.

Número do Questionário: _____

AVALIAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

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

Caracterização socioeconômica da família

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

ANEXO 4 – Questionário World Health Organization Abbreviated Instrument for Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF).

Instruções

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

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas** . Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

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.

Quadro 12 - 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

Quadro 13 - 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*.

Quadro 14 - 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)
9	9	Dente excluído

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:

Quadro 14 - 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 6 – Algoritmo padronizado para apuração dos escores de qualidade de vida.

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF

(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<p>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26</p> <p>(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYSMIS).</p> <p>(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased items	<p>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)</p> <p>(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<p>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.</p> <p>(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<p>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</p>
Delete cases with > 20% missing data	<p>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)</p> <p>(This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <p>SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE</p> <p>(This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

ANEXO 7 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos
Indivíduos maiores de 50 anos em Porto Alegre/RS**

Prezado (a) Senhor (a)

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

Atenciosamente,
A coordenação da pesquisa.

Autorização

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

Em _____ de _____ de 2008.

Assinatura