

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

VANESSA BITTENCOURT

**PREVALÊNCIA DO IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO  
DE INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS  
DE PORTO ALEGRE/RS**

Porto Alegre

2011

**VANESSA BITTENCOURT**

**PREVALÊNCIA DO IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO  
DE INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS  
DE PORTO ALEGRE/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dra. Claides Abegg

Porto Alegre

2011

**VANESSA BITTENCOURT**

**PREVALÊNCIA DO IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO  
DE INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS  
DE PORTO ALEGRE/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Aprovada em 12 de janeiro de 2011.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Dra. Karen Loureiro Weigert

---

Dr. Júlio Baldisseroto

---

Dra. Ramona Fernanda Ceriotti Toassi

## **AGRADECIMENTOS**

Em especial, à professora Claides Abegg, pelos ensinamentos valiosos e pela oportunidade de crescimento pessoal que me foi dada.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e me incentivaram nos momentos de dificuldades enfrentados durante a realização dessa pesquisa.

Aos alunos de graduação, bolsistas e voluntários, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço, principalmente, aos meus colegas Victor Fontanive e Charles Cavalheiro, pelos esforços e dedicação na construção dessa pesquisa.

## RESUMO

Estudo transversal de base populacional cujo objetivo é investigar a prevalência do impacto odontológico no desempenho diário e sua relação com variáveis demográficas e sociais em indivíduos com 50 anos a 74 anos (n= 720), em três Distritos Sanitários de Porto Alegre-RS. Utilizou-se uma amostragem por múltiplos estágios. Foram realizadas entrevistas domiciliares utilizando um questionário contendo informações sobre aspectos sociais e demográficas e o indicador sócio-dental: “*Oral impact on daily performances*” (OIDP). Mais da metade dos sujeitos, (57,8%), relataram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas bucais. Comer, (36,8%), sorrir, dar risada e mostrar os dentes sem ficar envergonhado (30,7%) e falar claramente (19,6%) foram os desempenhos diários de maior impacto odontológico. Não se observou relação estatisticamente significativa entre o impacto e as variáveis sociais e demográficas. Os principais problemas bucais causadores de impactos foram dentadura mal-ajustada e perda de dentes. A alta prevalência de impacto encontrada demonstra a influência dos problemas bucais no desempenho das atividades diárias dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Saúde Bucal; Qualidade de Vida; Impacto Odontológico.

## ABSTRACT

Cross-sectional study of population base whose main objective is to investigate the prevalence of dental impacts on daily performance and its relationship with demographic and social variables in individuals aged 50 to 74 years (n = 720) from 3 Health Districts in Porto Alegre-RS. A sample for multiple stages was used. Data were collected through interviews using a questionnaire containing information on social and demographic aspects and the socio-dental pointer: "Oral impact on daily performances" (OIDP). More than half of the subjects (57,8%), reported at least one daily performances affected by oral health problems in this population. Eating (36.8%), smiling , laughing and showing teeth without being ashamed (30,7%) and speaking clearly (19,6%) were the daily performances of the greatest dentistry impact. There was no statistical significant relation between oral impact and socio-demographic variables. The main oral problems causing impacts were ill-fitting dentures and tooth loss. The high prevalence of oral impact which was reported demonstrates the influence of oral problems in the performance of daily activities of the individuals.

**Keywords:** Oral Health; Quality of Life; Oral Impact.

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Prevalência dos impactos bucais nos desempenhos diários.....	49
TABELA 2 - Prevalência, frequência e severidade dos impactos bucais nos desempenhos diários.....	50
TABELA 3 - Relação de associação entre desempenho diário e variáveis sociodemográficas. Frequências absolutas e relativas dos indivíduos que relataram impacto.....	51
TABELA 4 - Distribuição dos escores de OIDP, classificados em níveis de impacto, por idade, sexo, escolaridade e renda.....	52

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - População residente, população residente entre 50-74 anos e n calculado por distrito.....	26
QUADRO 2 - Amostra e número de setores censitários a serem visitados por distrito sanitário.....	27
QUADRO 3 - Atividades/Desempenhos incluídas no OIDP.....	29
QUADRO 4 - Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses.....	30
QUADRO 5 - Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses.....	30
QUADRO 6 - Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses.....	30
QUADRO 7 - Critérios de classificação da severidade dos impactos percebidos nos últimos seis meses.....	31
QUADRO 8 - Critérios de classificação dos problemas bucais que causaram impacto no desempenho diário.....	32
QUADRO 9 - Cálculo do OIDP.....	33
QUADRO 10 - Variáveis do estudo relacionada ao OIDP e suas categorias.....	35

## LISTA DE SIGLAS

CEO - Centros de Especialidades Odontológicas

*CPITN - Community Periodontal Index of Treatment Needs*

CPOD - Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

CGVS – Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde

*DIDL - Dental Impact Of Daily Living*

*DIP - Dental Impact Profile*

*GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index*

*OHIP - Oral Health Impact Profile*

*OHQOL - Oral Health Related Quality of Life Measure*

*OIDP - Oral Impact Of Daily Performance*

*SIDD - Social Impacts of Dental Disease*

*SIP - Sickness Impact Profile*

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

*SOHSI - Subjective Oral Health Status Indicators*

SPSS – Statistical Pack page for Social Sciences

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
2.1 Indicadores Sociodentais.....	15
2.1.1 <i>The Sickness Impact Profile</i> .....	16
2.1.2 <i>Social Impacts of Dental Disease</i> .....	16
2.1.3 <i>General Oral Health Assessment Index</i> .....	17
2.1.4 <i>Dental Impact Profile</i> .....	17
2.1.5 <i>Oral Health Impact Profile</i> .....	17
2.1.6 <i>Subjective Oral Health Status Indicators</i> .....	18
2.1.7 <i>Oral Health Related Quality of Life Measure</i> .....	18
2.1.8 <i>Dental Impact of Daily Living</i> .....	19
2.1.9 <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> .....	19
2.2 Principais Estudos com o uso do Instrumento OIDP.....	21
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	23
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	24
4.1 Delineamento.....	24
4.2 Local do estudo.....	24
4.3 População-alvo.....	24
4.4 Plano amostral.....	25
4.4.1 Cálculo da amostra.....	25
4.4.2 Processo de amostragem.....	25
4.4.2.1 Primeiro estágio: Distrito sanitário.....	25
4.4.2.2 Segundo estágio: Setor censitário.....	26
4.4.2.3 Terceiro estágio: quarteirão.....	27

4.5 Efeito delineamento.....	27
4.6 Critérios de elegibilidade.....	28
4.7 Instrumento de pesquisa.....	28
4.7.1 <i>Oral Impact on Daily Performances</i> (OIDP).....	28
4.7.2 Classificação de Frequência.....	29
4.7.3 Classificação de severidade.....	30
4.7.4 Método de Classificação.....	31
4.7.5 Relação Causal dos impactos.....	31
4.7.6 Fórmula de cálculo para o OIDP.....	33
4.8 Variáveis do estudo.....	34
4.8.1 Variáveis do OIDP.....	35
4.9 Coleta de dados.....	39
4.10 Capacitação dos entrevistadores.....	39
4.11 Estudo piloto.....	39
4.12 Processamento dos dados.....	39
4.13 Controle de qualidade dos dados.....	40
4.14 Confiabilidade das entrevistas.....	40
4.15 Análise dos dados.....	40
4.16 Considerações éticas.....	41
<b>5 ARTIGO: PREVALÊNCIA DO IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO DE INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS DE PORTO ALEGRE/RS.....</b>	<b>42</b>
<b>6 CONCLUSÕES.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>70</b>
Apêndice A - Questionário sociodemográfico e OIDP.....	71
Apêndice B - Grade de respostas do OIDP.....	75

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
<b>ANEXOS</b> .....	77
Anexo A – Aprovação do comitê de Ética.....	78

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação de mestrado apresenta-se dividida em três partes: na primeira parte, são apresentados a introdução, os objetivos, a revisão de literatura e os aspectos metodológicos; 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 partes 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 *Cadernos de Saúde Pública*, estando formatado conforme as normas do referido periódico.

Este projeto está inserido na pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre/RS” aprovada pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com o número do processo 46/05, desenvolvida em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CVGS), e o grupo de pesquisa em *Dental Public Health do University College London*, tendo financiamento de recursos do edital SUS/FAPERGS/CNPq 08-04.

O aumento da expectativa de vida ocorrido nos países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento como o Brasil, teve entre suas consequências, a mudança do perfil de morbidade, levando à elevação da prevalência das doenças crônico-degenerativas, incluindo os problemas bucais (SEIDL; ZANNON, 2004). Esta mudança implica na reorganização das políticas de atenção à saúde com o intuito de desenvolver ações que favoreçam o bem-estar dos indivíduos considerados de meia-idade (entre 40 e 60 anos) e idosos (60 anos ou mais).

Portanto, consciente de seu papel fundamental em busca da promoção de saúde é que recentemente a comunidade científica na área odontológica tem dedicado maior interesse a

questionamentos de como os problemas bucais afetam a qualidade de vida dos indivíduos (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Em odontologia, as medidas tradicionais utilizadas para medir a condição de saúde bucal da população são, em geral, o CPOD para a cárie, e o CPITN para a doença periodontal. São avaliações baseadas em critérios exclusivamente clínicos, que não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida diária dos indivíduos (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Medidas clínicas refletem somente um aspecto da condição de saúde bucal e podem ter uma fraca associação com a percepção subjetiva dos indivíduos sobre a saúde bucal e, portanto, não refletem as necessidades sentidas pela população (SRILAPANAN; SHEIHAM, 2001).

Nos últimos anos, em resposta ao reconhecimento da relação entre qualidade de vida e saúde bucal, foram desenvolvidos vários indicadores cujo objetivo é avaliar os impactos sociais, psicológicos, culturais e econômicos dos problemas bucais. Além disso, buscam mensurar a percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua saúde e suas necessidades em saúde (SRILAPANAN; SHEIHAM, 2001).

Ressalta-se que esses indicadores, denominados de indicadores sociodentais, devem ser usados em complemento às informações clínicas, possibilitando determinar a repercussão integral das condições de saúde bucal no desenvolvimento da vida diária.

Entre os indicadores sociodentais, destacam-se o GOHAI (*Geriatric Oral Health Assessment Index*) desenvolvido por Atchison e Dolan (1990), o OHIP (*Oral Health Impact Profile*), criado por Slade e Spencer (1994), o DIDL (*Dental Impact Of Daily Living*), apresentado por Leão e Sheiham, em 1997 e o OIDP (*Oral Impact Of Daily Performance*).

Devido a esta gama de indicadores sociodentais existentes, passíveis de aplicação com distintos objetivos no afã de ampliar as informações fornecidas pelos dados clínicos, a importância dos indicadores sociodentais para o bem-estar de indivíduos e populações já está reconhecida pela comunidade científica (BUSS, 2000).

Portanto, o desenvolvimento de indicadores sociodentais contribui para que se estabeleça um diagnóstico mais amplo das necessidades sentidas por indivíduos e populações permitindo, desta forma, a construção de políticas públicas cunhadas em dados epidemiológicos capazes de estabelecer diagnóstico situacional mais adequado. Dessa forma, possibilitando a redução de gastos e o aperfeiçoamento nos investimentos voltados à melhoria da saúde e das condições de vida da população.

Visto o caráter recente do desenvolvimento dos instrumentos de avaliação das repercussões dos problemas bucais no desempenho da vida diária dos indivíduos, e ainda, considerando a escassez de estudos sobre o tema no Brasil, justifica-se a realização deste trabalho.

O objetivo principal desta pesquisa é investigar a prevalência do impacto odontológico no desempenho de atividades da vida diária dos indivíduos com 50 a 74 anos, ciente da importância que desempenha a saúde bucal na qualidade de vida, tanto em nível individual, quanto coletivo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Indicadores Sociodentais

Saúde é atualmente considerada como um conceito multidimensional e que envolve não somente a presença ou ausência de doença, mas também as consequências psicológicas e sociais dos agravos na vida diária das pessoas (LOCKER, 1989).

Medidas clínicas de saúde que avaliam a presença ou ausência de doença precisam ser complementadas por medidas que avaliem os aspectos subjetivos de saúde. Essas medidas devem ser baseadas no comportamento psicológico e social e, ainda, na percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua saúde e bem-estar (LOCKER, 1989).

A utilização dessa nova abordagem em saúde na prática clínica poderá resultar em transformações nos modelos de assistência e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença. Dessa forma, contribuindo para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes nas ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde.

Assim sendo, qualidade de vida é um construto eminentemente interdisciplinar e a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e mesmo, indispensável (SEIDL; ZANNON, 2004). A odontologia, inserida nesse contexto, busca integrar medidas de qualidade de vida à saúde bucal.

Historicamente, a saúde bucal vinha sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos, os quais não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida diária dos indivíduos. O que impulsiona as pesquisas odontológicas ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (CASTRO; PORTELA; LEÃO, 2007).

Nas últimas duas décadas, um número expressivo de indicadores foram desenvolvidos para avaliação específica do papel da saúde bucal na qualidade de vida. A seguir, alguns dos principais Indicadores sócio-dentais serão descritos brevemente:

### 2.1.1 *The Sickness Impact Profile*

O *Sickness Impact Profile* (SIP) foi formulado no início da década de 1970 e representa um dos primeiros esforços em desenvolver um instrumento de avaliação multidimensional da condição de saúde, baseado no comportamento. Forneceu as fundamentações conceituais e metodológicas de muitos indicadores sociodentais pesquisados hoje (REISINE, 1997).

Consiste de 136 itens e 12 subescalas, que incluem dormir e descansar, alimentação, gerenciamento da casa, trabalhar, recreação e passatempos, cuidados com o corpo e movimento, capacidade para caminhar, mobilidade, comportamento emocional, comportamento afetivo, interação social e comunicação. O instrumento pode ser aplicado por entrevistas ou ser auto-aplicado (REISINE, 1997).

### 2.1.2 *Social Impacts of Dental Disease*

O *Social Impacts of Dental Disease* (SIDD) foi desenvolvido na década de 1980 e foi o primeiro indicador sociodental. Foi formulado em resposta ao descontentamento com as medidas tradicionais de saúde que não incorporavam avaliações do impacto dos problemas bucais no desempenho diário dos indivíduos e sua qualidade de vida (SHEIHAM; CUSHING; MAIZELS, 1997).

Seu desenvolvimento representou uma tentativa inicial de incorporar a avaliação do impacto da saúde bucal na vida diária. A avaliação do impacto social e psicológico dos problemas bucais foi desenvolvida a partir de entrevistas qualitativas baseadas em cinco

categorias de impacto: restrições alimentares, restrições de comunicação, dor, desconforto e insatisfação com a estética (SHEIHAM; CUSHING; MAIZELS, 1997).

### 2.1.3 *General Oral Health Assessment Index*

O *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) foi desenvolvido na década de 1990 por Atchison e Dolan (1990), questionário voltado a idosos, composto por 12 questões fechadas e perguntas sobre problemas bucais que afetam funções físicas e funcionais, aspectos psicológicos, dor e desconforto. Foi formulado para estimar o grau de impacto psicossocial associado com problemas bucais (ATCHISON, 1997).

### 2.1.4 *Dental Impact Profile*

O *Dental Impact Profile* (DIP) foi desenvolvido pra responder às questões “como os dentes e a cavidade bucal interferem na vida das pessoas?” e “qual a relação, se existente, entre cultura, etnicidade e percepção do valor e os impactos sobre as estruturas bucais?”. É composto por 25 itens. É um questionário totalmente autoaplicável que serve como um indicador do quanto importante os dentes são para cada indivíduo e para as mais variadas populações (STRAUSS, 1997).

### 2.1.5 *Oral Health Impact Profile*

O *Oral Health Impact Profile* (OHIP), criado por Slade e Spencer (1994), é um questionário fechado com 49 questões, e procura indicar se a pessoa teve algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses, no período de um ano (SILVA; FERNANDES, 2001).

O *Oral Health Impact Profile* (OHIP) foi desenvolvido com o propósito de fornecer uma medida compreensiva autoinformada de disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal. O OHIP é direcionado ao comprometimento e com a avaliação das três dimensões funcionais: físicas, psicológicas e sociais (SLADE, 1997).

#### 2.1.6 *Subjective Oral Health Status Indicators*

O *Subjective Oral Health Status Indicators* (SOHSI) foi desenvolvido para descrever o impacto funcional, social e psicológico das condições bucais. A versão final do indicador contém seis itens sobre a capacidade de mastigação, três itens sobre a habilidade de falar claramente, nove itens sobre sintomas de dor facial e bucal e dez itens sobre outros sintomas bucais. A escala dos impactos psicológicos e sociais dos problemas bucais é dividida em quatro subescalas, que abordam os problemas com alimentação, problemas com comunicação e relação social, outras limitações no desempenho de atividades diárias, e ainda preocupações sobre a saúde bucal (LOCKER; MILLER, 1994).

#### 2.1.7 *Oral Health Related Quality of Life Measure*

O *Oral Health Related Quality of Life Measure* (OHQOL) foi elaborado para avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. É composto por três itens que incluem possíveis efeitos dos problemas bucais na vida diária. O OHQOL busca contribuir na construção de um melhor entendimento sobre a influência das características psicossociais de cada indivíduo, como saúde mental, atitudes, valores, otimismo e pessimismo; na percepção do impacto da condição bucal no desempenho da vida diária e bem-estar (KRESSIN, 1997).

### 2.1.8 *Dental Impact of Daily Living*

O *Dental Impact Of Daily Living* (DIDL) é um indicador sociodental desenvolvido para avaliar os problemas psicossociais com reflexos na qualidade de vida das pessoas segundo sua condição bucal. O instrumento consiste de um questionário de trinta e seis itens que busca avaliar cinco dimensões envolvidas no conceito de qualidade de vida, sejam elas, conforto, reclamações como bolsas sangrentas na gengiva e impactação alimentar; aparência, que inclui a autoimagem; dor; performance, a habilidade de desempenhar atividades diárias e interagir com as pessoas; restrições alimentares, relacionadas a dificuldades de morder e mastigar (LEÃO; SHEIHAM, 1997).

### 2.1.9 *Oral Impacts on Daily Performances*

O *Oral Impacts On Daily Performances* (OIDP) foi desenvolvido como uma adaptação para odontologia do *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (WHO, 1980) realizada por Locker (1989). Tem o propósito de fornecer um indicador sociodental alternativo que foca na avaliação do impacto dos problemas bucais no desempenho de atividades da vida diária (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

A modificação principal foi no estabelecimento de diferentes níveis de impactos. O primeiro nível do índice refere-se ao estado de saúde bucal e corresponde ao que é medido pelos índices clínicos (CPOD e CPITN).

O segundo nível, denominado de “impactos intermediários”, inclui os impactos negativos iniciais causados pela condição de saúde bucal (dor, desconforto e limitação funcional). Insatisfação com aparência foi acrescido a este nível porque esta é considerada uma importante dimensão da saúde bucal. Qualquer dimensão do segundo nível pode causar impacto no desempenho diário.

O terceiro nível, que é o nível em que se concentra o OIDP, é chamado de “impactos definitivos” e envolve a avaliação do impacto físico, psicológico e social. Esse nível é

equivalente às dimensões de incapacidade e invalidez no modelo da OMS (ADULYANON; SHEIHAM, 1997; SHEIHAM, 2000).

Por ser concentrado na avaliação do nível três, eliminam-se os problemas de menor relevância que não produzem impactos significativos. Tornam-se relevantes apenas os problemas que de verdade têm o potencial de ocasionar incapacidade e invalidez (SHEIHAM, 2000).

O instrumento é desenvolvido através de onze itens que envolvem os desempenhos físicos (comer e apreciar comida, falar e pronunciar claramente as palavras, limpar os dentes), psicológicos (dormir e relaxar, sorrir, gargalhar e mostrar os dentes sem constrangimentos, manter o estado emocional normal sem ficar irritado) e sociais (trabalhar, desempenhar o papel social e ter satisfação nos encontros sociais) (SHEIHAM, 2000).

O OIDP busca uma abordagem lógica através da quantificação dos impactos usando frequência e severidade (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). O tempo para uso do OIDP é de seis meses, e foi estabelecido por levar em conta que esse período é geralmente utilizado em estudos de problemas crônicos e pode ser considerado adequado para os problemas bucais (SHEIHAM, 2000).

A abordagem do OIDP tem, como vantagens, ser uma medida fácil dos impactos comportamentais no desempenho da vida diária, avaliar a dimensão subjetiva do indivíduo sobre seu bem-estar, e ainda, ser um instrumento conciso e objetivo de fácil aplicação (ADULYANON; SHEIHAM, 1997).

Os indicadores sociodentais devem ser usados como mais um instrumento de avaliação que complementa as informações clínicas e possibilita identificar pessoas ou populações que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas, contribuindo assim para o planejamento de ações e serviços voltados às reais necessidades da população (SILVA; FERNANDES, 2001).

## 2.2 Principais Estudos com o uso do instrumento OIDP

Locker e Miller (1994), em um estudo envolvendo um questionário subjetivo, observaram que houve variação na variável sociodemográfica de sexo, ou seja, as mulheres referiram mais dor do que os homens; os idosos são a faixa etária que relataram maior impacto com a mastigação e os jovens, maior impacto com a aparência e a saúde bucal.

Em pesquisa sobre a prevalência do impacto da condição oral em uma população da Tailândia, com o uso do OIDP, foi observado que 73,6% tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por impacto odontológico; o impacto mais afetado foi a mastigação (49,7%) e os sintomas mais relacionados com a presença de impacto foram dor e desconforto (ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996).

Em um estudo realizado em dois países da Europa, Grã-Bretanha e Grécia, que teve por objetivo examinar as propriedades psicométricas (consistência interna, conteúdo, critérios e construção da validação) de uma versão modificada do indicador OIDP em uma população de idosos com 65 anos ou mais, concluiu-se que a versão modificada do OIDP é uma medida válida e consistente de saúde bucal relacionada à qualidade de vida em idosos tanto da Grã-Bretanha quanto da Grécia (TSAKOS; MARCENES; SHEIHAM, 2001).

Num estudo realizado em nível nacional na Grã-Bretanha, buscando avaliar a prevalência do impacto dos problemas bucais em uma população de idosos, utilizando o OIDP, concluiu-se que idosos edêntulos não institucionalizados, e dentados institucionalizados foram os que mais sofreram impactos; ainda se pode concluir que o impacto mais afetado foi a mastigação e o segundo mais afetado foi a fala (SHEIHAM *et al.*, 2001).

Através de um estudo realizado com o OIDP em uma população de idosos da Tailândia, pode-se concluir que a presença de impacto está relacionada a algumas variáveis sociais e a algumas variáveis clínicas; indivíduos que foram atendidos por dentista apresentaram uma tendência maior de não ter impacto; 52,8% dos participantes do estudo apresentaram pelo menos um impacto afetado, dentre esses, o impacto mais afetado no estudo foi o de mastigação, correspondendo a 47,2% (SRISILAPANAN; SHEIHAM, 2001).

Num estudo realizado no Brasil, com o uso do OIDP, que buscou avaliar o impacto sociodental, em crianças de 12-14 anos, de traumas não tratados em dentes permanentes, observou-se que crianças que apresentavam traumas dentais não tratados tiveram maior impacto no seu bem-estar diário em comparação às crianças que não apresentavam nenhum trauma dental (CORTES; MARCENES; SHEIHAM, 2002).

Em estudo realizado no Brasil, utilizando o OIDP, para avaliar o impacto odontológico no desempenho diário numa população de trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre (RS), obteve-se que 73,6% dos participantes relataram pelo menos um desempenho afetado por problemas bucais, o impacto mais prevalente foi o de mastigação (48,6%); os sintomas que apareceram como principais causas de impacto foram o desconforto, a insatisfação com a aparência e a dor. Ainda, o estudo apresentou associação significativa entre os desempenhos afetados e as variáveis sociodemográficas, sendo o sexo a variável que mais apresentou associação (GOMES; ABEGG, 2007).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência do impacto odontológico no desempenho diário e sua relação com variáveis demográficas e sociais em indivíduos com 50 a 74 anos, em três Distritos Sanitários de Porto Alegre-RS.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a relação do impacto odontológico com a idade, o sexo, a renda e o nível de escolaridade dos indivíduos.
- Investigar os principais desempenhos diários afetados e sua relação com a idade, o sexo, a renda e o nível de escolaridade dos indivíduos.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 Delineamento do estudo

Estudo observacional do tipo transversal.

### 4.2 Local do Estudo

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

### 4.3 População Alvo

Com o aumento da expectativa de vida, o grupo etário de sujeitos entre 50 e 74 anos tornou-se de interesse para a sociedade e setor público. Existem poucos dados disponíveis sobre pessoas nessa faixa etária, considerando-se principalmente que o edentulismo atinge um percentual expressivo desta população (BRASIL, 2004). Assim, a população alvo desse estudo foi composta pela faixa etária de indivíduos com 50 a 74 anos de três distritos sanitários de Porto Alegre/RS.

#### 4.4 Plano Amostral

##### 4.4.1 Cálculo da Amostra

O cálculo amostral foi realizado projetando-se uma prevalência do impacto de 0,50, um intervalo de confiança de 95% (IC95%) e margem de erro de bilateral de 4%. Obteve-se uma amostra de 601 sujeitos. Considerando-se a possibilidade de perdas, calculou-se um acréscimo de cerca de 10%, chegando-se a 661 indivíduos. Por tratar-se de amostragem por múltiplos-estágios, acrescentou-se um efeito de delineamento de 20%, obtendo-se um n final correspondente a 793 sujeitos.

##### 4.4.2 Processo de Amostragem

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

###### 4.4.2.1 Primeiro estágio: distrito sanitário

Foram sorteados, de forma aleatória simples, 3 distritos sanitários de Porto Alegre. Os distritos selecionados foram: Leste, Partenon e Glória (Quadro 1). O número de indivíduos a serem examinados em cada um deles (distribuição da amostra) foi calculado tomando por base a distribuição proporcional do n total do estudo (793 sujeitos) em relação à população na faixa etária de 50-74 anos em cada um dos três distritos, utilizando-se a seguinte fórmula:

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

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

Fonte: IBGE, 2000.

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

4.4.2.2 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. Para sua seleção, utilizou-se amostragem aleatória simples, excluindo-se os setores que não apresentavam seu território no interior dos distritos sorteados, fazendo apenas divisão com estes.

O número de setores censitários necessários foi obtido considerando-se a realização de 8 exames por dupla de examinadores/dia, de acordo com a metodologia descrita por Barros e Victora (1998) (Quadro 2). Obteve-se seguinte fórmula:

Número de setores = amostra calculada para cada distrito sanitário

Distrito	n por distrito	Nº de setores censitários	
		Necessários por distrito	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. Porto Alegre/RS, 2009.**

#### 4.4.2.3 Terceiro estágio: Quarteirão

Para seleção do domicílio ponto de partida das entrevistas, dentro de cada setor, foi necessário obter previamente seus mapas. Em cada setor sorteado, foram numerados os quarteirões e esses foram novamente sorteados, no quarteirão sorteado eram numeradas as esquinas e um novo sorteio realizado, determinando o ponto de partida para a coleta de dados, do qual se iniciaram as visitas às casas de maneira contígua, andando para a esquerda de quem está de frente para a casa até a realização de oito entrevistas. Em cada domicílio, foi realizada somente uma entrevista, havendo mais de um indivíduo elegível, optou-se pelo sujeito de sexo masculino. Foi realizada uma nova escolha aleatória sempre que existiu mais de um indivíduo de mesmo sexo na residência.

#### 4.5 Efeito delineamento

Como o processo de amostragem não foi aleatória simples e sim por conglomerados, a amostra teve um acréscimo de 20%, totalizando um número final de 793 indivíduos, para dar maior representatividade e heterogeneidade ao estudo.

#### 4.6 Critérios de elegibilidade

Inclusão: Foram eleitos, para participar da pesquisa, indivíduos com idade entre 50 e 74 anos, que residiam no setor censitário pesquisado, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.

Exclusão: As pessoas não residentes no domicílio, como visitantes, foram excluídas, bem como, domicílios não constituídos por famílias, tais como: casas comerciais, casas desabitadas e outras, também foram excluídas.

#### 4.7 Instrumento de Pesquisa

O questionário elaborado, para esse estudo, iniciou com perguntas sociais e demográficas seguido pelo OIDP (Apêndice A), desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997) e, posteriormente, modificado por Tsakos, Marcenes e Sheiham (2001), validado para esse estudo.

##### 4.7.1 *Oral Impact on Daily Performances (OIDP)*

O instrumento desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997) e modificado por Tsakos, Marcenes e Sheiham (2001), apresenta onze performances ligadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais (Quadro 3), que compõem o índice e constituem as atividades ou desempenhos diários a serem questionados no momento da entrevista.

Foi realizada a adaptação transcultural do instrumento para o Português, para tal, realizou-se a tradução reversa (inglês-português/português-inglês) integrada com a avaliação do instrumento por especialistas na área. Também foi obtida a confiabilidade interna e externa do instrumento.

<b>Atividades/Desempenho</b>
Comer
Falar claramente
Limpar seus dentes (dentaduras)
Realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos
Sair (por exemplo: ir às compras ou visitar alguém)
Dormir
Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado
Estado emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal
Trabalhar
Aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos
Descansar

**Quadro 3 - Atividades/Desempenhos incluídas no OIDP. Adaptado de Adulyanon e Sheiham (1997) e Tsakos, Marcenes e Sheiham (2001).**

O sistema de classificação para o OIDP quantifica o impacto pela frequência e severidade, distribuída em uma escala de 5 pontos.

#### 4.7.2 Classificação de Frequência

A frequência do impacto é obtida através do padrão de ocorrência. O padrão de período curto é utilizado para o caso da frequência de impacto ser menor do que uma vez ao mês.

O período de tempo estabelecido para o uso do OIDP é de 6 meses, considerando que esse período é usado para doenças crônicas, tornando-se adequado para ser utilizado para os problemas bucais comuns (SHEIHAM, 2000) (Quadros 4, 5 e 6).

<b>Frequência da atividade/desempenho</b>	<b>Pontuação</b>
Seguidamente	1
Em parte desse período	2

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

<b>Frequência da atividade/desempenho</b>	<b>Pontuação</b>
Mais de 3 meses	5
De 2 a 3 meses	4
De 1 a 2 meses	3
De 5 dias a 1 mês	2
Por 5 dias ou menos?	1

**Quadro 5 - Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses.**

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

**Quadro 6 - Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos 6 meses.**

#### 4.7.3 Classificação de severidade

A severidade dos impactos é obtida pedindo aos entrevistados que indiquem, variando de 0 (representa nenhum) a 5 (representa o extremo), quanta alteração ou incômodo o impacto causou ao seu cotidiano diário (SHEIHAM, 2000) (Quadro 7).

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

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

#### 4.7.4 Método de Classificação

A classificação representa o impacto total em cada desempenho. É obtida pela multiplicação da classificação de frequência pela de severidade. A classificação total é a soma de todas as classificações de desempenho para cada indivíduo.

A soma dos escores individuais divididos pelo número de pessoas entrevistadas fornece o índice OIDP para a população em estudo.

#### 4.7.5 Relação Causal dos impactos

São feitas perguntas aos entrevistados sobre os sintomas percebidos e os prejuízos de todos os impactos sobre o desempenho de suas atividades diárias. Através desses questionamentos, estabelece-se maior representatividade ao OIDP na avaliação das necessidades de tratamentos específicos.

Os entrevistados que relatam algum impacto respondem qual a causa principal de seus problemas decorrente da dor, desconforto, limitação da função, insatisfação com a aparência ou outros (SHEIHAM, 2000) (Quadro 8).

<b>Problemas</b>	<b>Classificação</b>	<b>Problemas</b>	<b>Classificação</b>
Dor de dente	1	Gengiva retraída (gengiva que subiu ou desceu)	12
Dente sensível	2	Tártaro	13
Cárie dentária (buraco no dente)	3	Úlcera, ferida ou mancha na boca	14
Dente quebrado	4	Mau hálito	15
Perda de dente/dentes	5	Deformidade bucal ou do rosto (ex. Lábio leporino, fenda palatina, abertura no céu da boca)	16
Dente frouxo/mole	6	Mandíbula (carrinho) com estalido ou rangido na mandíbula (carrinho)	17
Cor dos dentes	7	Obturação ou coroa com defeito (ex. Quebrado, por causa da cor)	18
Posição dos dentes (ex. Torto ou prá frente, espaço entre os dentes)	8	Dentadura frouxa ou mal-ajustada (machucando)	19
Forma ou tamanho dos dentes	9	Aparelho nos dentes (ortodôntico)	20
Gengiva sangrando	10	Ou qualquer outra razão? (por favor, diga qual)	88
Gengiva inchada (abscesso gengival)	11		

**Quadro 8 - Critérios de classificação dos problemas bucais que causaram impacto no desempenho diário.**

## 4.7.6 Fórmula de cálculo para o OIDP

Para o cálculo do OIDP individual total, referente aos 11 desempenhos diários, segue-se a Quadro 9.

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

**Quadro 9 - Cálculo do OIDP.**

O OIDP Individual Total equivale soma dos impactos dos 11 desempenhos diários.

O escore máximo do indivíduo equivale à soma da pontuação nas 11 categorias, onde foram multiplicadas pelas pontuações máxima de frequência e de severidade, ou seja, 11 (desempenhos diários) x 5 (pontuação de frequência) x 5 (pontuação de severidade) = 275.

#### 4.8 Variáveis do Estudo

As seguintes variáveis foram analisadas neste estudo:

Variáveis referentes às características demográficas e sociais. A variável idade foi coletada em anos de estudo e dividida em duas categorias para fins de análise, considerando que de acordo com a OMS indivíduos idosos na América Latina são os que têm 60 anos ou mais:

- 50 a 59 anos: código 0
- 60 a 74 anos: código 1

A variável sexo foi avaliada seguindo a distribuição da frequência:

- Feminino: código 1
- Masculino: código 2

A variável Escolaridade foi coletada em anos de estudo e, posteriormente, dividida em duas categorias:

- De 0 – 5 anos de estudo: código 1
- 6 anos ou mais de estudo: código 0

A variável de renda foi coletada em reais. A partir da distribuição das frequências foi dicotomizada em:

- Renda pessoal de zero até um salário mínimo (415,00): código 1
- Renda pessoal superior a um salário mínimo (416,00 ou mais): código 0

#### 4.8.1 Variáveis do OIDP

O cálculo do Escore individual do OIDP foi construído a partir da multiplicação da frequência pela severidade do impacto odontológico, seguido pela soma total dos escores dos desempenhos afetados do indivíduo. Os escores variaram de 0 (escore mínimo) a 230 (escore máximo) por indivíduo.

A variável do escore individual do OIDP foi dividida em indivíduos com  $OIDP = 0$  e indivíduos com  $OIDP > 0$ . A partir das distribuições das frequências, os escores do  $OIDP > 0$  foram divididos em tercís. Os indivíduos que apresentaram impacto no desempenho diário foram classificados em OIDP Baixo, OIDP médio ou OIDP Alto. Segundo as categorias abaixo:

- $OIDP = 0$ : código 0
- OIDP Baixo – de 1 a 10: código 1
- OIDP Médio – de 11 a 40: código 2
- OIDP Alto – de 41 a 230: código 3

Variáveis relativas ao OIDP, descritas no quadro abaixo (Quadro 10).

<b>Variáveis relacionadas ao OIDP</b>	<b>Categorias</b>
Dificuldade para:  Comer *	1 - sim  2 - não

<p>Falar claramente *</p> <p>Limpar seus dentes (dentaduras) *</p> <p>Realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos *</p> <p>Sair (ir às compras ou visitar alguém) *</p> <p>Dormir *</p> <p>Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado *</p> <p>Com seu estado emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal *</p> <p>Trabalhar *</p> <p>Aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos *</p> <p>Descansar *</p> <p>* todas tem categorias Sim e Não</p>	
<p>Frequência da dificuldade do desempenho:</p>	<p>1 Seguidamente</p> <p>2 Em parte desse período</p>
<p>Frequência da dificuldade do desempenho:</p>	<p>1 Menos de 1 vez por mês</p> <p>2 De 1-2 vezes por mês</p> <p>3 De 1-2 vezes por semana</p> <p>4 De 3-4 vezes por semana</p> <p>5 Todos os dias ou quase todos os dias</p>

<p>Frequência da dificuldade do desempenho:</p>	<p>1 Por 5 dias ou menos</p> <p>2 De 5 dias a 1 mês</p> <p>3 De 1 a 2 meses</p> <p>4 De 2 a 3 meses</p> <p>5 Mais de 3 meses</p>
<p>Severidade do impacto no desempenho diário:</p>	<p>0 Não tem afetado</p> <p>1 Tem afetado muito pouco</p> <p>2 Tem afetado um pouco</p> <p>3 Tem afetado mais ou menos</p> <p>4 Tem afetado bastante</p> <p>5 Tem afetado demais</p>
<p>Problemas Bucais causadores de dificuldades no desempenho:</p>	<p>Dor de dente *</p> <p>Dente sensível *</p> <p>Cárie dentária (buraco no dente) *</p> <p>Dente quebrado *</p> <p>Perda de dente(s) *</p> <p>Dente frouxo/mole *</p> <p>Cor dos dentes *</p> <p>Posição dos dentes (e.g. torto ou prá frente, espaço entre os dentes) *</p>

	<p>Forma ou tamanho dos dentes *</p> <p>Gengiva sangrando *</p> <p>Gengiva inchada (abscesso gengival) *</p> <p>Gengiva retraída (gengiva que subiu ou desceu) *</p> <p>Tártaro *</p> <p>Úlcera, ferida ou mancha na boca *</p> <p>Mau hálito *</p> <p>Deformidade bucal ou do rosto (e. g. lábio leporino, fenda palatina, abertura no céu da boca) *</p> <p>Mandíbula (carrinho) com estalido ou rangido na mandíbula (carrinho) *</p> <p>Obturação ou coroa com defeito (e.g. quebrado, por causa da cor) *</p> <p>Dentadura frouxa ou mal- ajustada (machucando) *</p> <p>Aparelho nos dentes (ortodôntico) *</p> <p>Outra razão? (diga qual) *</p> <p>* todos têm categorias 1- sim 2 – não</p>
--	--

**Quadro 10 - Variáveis do estudo relacionada ao OIDP e suas categorias.**

#### 4.9 Coleta de Dados

Os dados foram coletados por quatro entrevistadores e quatro anotadores, nos domicílios dos sujeitos por intermédio de uma entrevista, utilizando o questionário (Apêndice A).

#### 4.10 Capacitação dos Entrevistadores

Os entrevistadores passaram por um período de capacitação teórica quanto à aplicação do questionário.

#### 4.11 Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto, com uma amostra de conveniência de 40 pessoas da faixa etária de 50 a 74 anos, usuários do Centro de Saúde Escola-Murialdo, localizado no Distrito Sanitário Partenon (Porto Alegre, RS), o qual foi escolhido pela facilidade de acesso e por ter uma população semelhante a que estava sendo investigada. O objetivo foi testar o questionário, bem como avaliar o tempo gasto para a realização da entrevista.

#### 4.12 Processamento dos Dados

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

#### 4.13 Controle de qualidade dos dados

Ao término de cada 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.

#### 4.14 Confiabilidade das Entrevistas

A confiabilidade das entrevistas foi avaliada durante a pesquisa. As entrevistas foram refeitas em 5% da amostra, no intervalo de uma semana. Os coeficientes de correlação intraclasse foram: 0,85 para o questionário e 0,80 para o OIDP. A confiabilidade interna do OIDP foi de 0,69 (*Alpha* de Cronbach).

#### 4.15 Análise dos dados

A análise estatística compreendeu a análise descritiva das características gerais da amostra mediante a apresentação das frequências. Seguiu-se com análises bivariadas entre as variáveis sociodemográficas e o impacto odontológico nos desempenhos físicos, psicológicos e sociais diários. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando  $p < 0,05$  e os limites de confiança foram de 95%.

#### 4.16 Considerações Éticas

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

As pessoas que aceitaram participar da pesquisa tiveram sua participação em caráter de voluntariado, não sendo obrigatória a sua participação nesta pesquisa.

As pessoas selecionadas para participar da pesquisa, tiveram, antes do início da entrevista, uma explicação sobre o objetivo da pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Informado (Apêndice C), que foi assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder da pessoa entrevistada, e outra em poder do pesquisador.

Os participantes do treinamento dos entrevistadores e do projeto piloto também assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A presente dissertação fez parte de uma pesquisa intitulada “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, e foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com o número do processo 46/05.

**5 ARTIGO PARA O PERIÓDICO “CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA”  
PREVALÊNCIA DO IMPACTO ODONTOLÓGICO NO DESEMPENHO DIÁRIO  
DE INDIVÍDUOS DE 50 A 74 ANOS EM TRÊS DISTRITOS SANITÁRIOS DE  
PORTO ALEGRE/RS**

**Vanessa Bittencourt**, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Odontologia -  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul e **Claides Abegg**, Professora do Programa de  
Pós-Graduação em Odontologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**RESUMO**

Estudo transversal de base populacional cujo objetivo é investigar a prevalência do impacto odontológico no desempenho diário e sua relação com variáveis demográficas e sociais em indivíduos com 50 anos a 74 anos (n= 720), em três Distritos Sanitários de Porto Alegre-RS. Utilizou-se uma amostragem por múltiplos estágios. Foram realizadas entrevistas domiciliares utilizando um questionário contendo informações sobre aspectos sociais e demográficas e o indicador sócio-dental: “*Oral impact on daily performances*” (OIDP). Mais da metade dos sujeitos, (57,8%), relataram pelo menos um desempenho diário afetado por problemas bucais. Comer, (36,8%), sorrir, dar risada e mostrar os dentes sem ficar envergonhado (30,7%) e falar claramente (19,6%) foram os desempenhos diários de maior impacto odontológico. Não se observou relação estatisticamente significativa entre o impacto e as variáveis sociais e demográficas. Os principais problemas bucais causadores de impactos foram dentadura mal-ajustada e perda de dentes. A alta prevalência de impacto encontrada demonstra a influência dos problemas bucais no desempenho das atividades diárias dos indivíduos.

**Palavras-chave: Saúde Bucal; Qualidade de Vida; Impacto Odontológico.**

## ABSTRACT

Cross-sectional population-based study whose main objective is to investigate the prevalence of dental impacts on daily performance and its relationship with demographic and social variables in individuals aged 50 to 74 years (n = 720) from 3 Health Districts in Porto Alegre-RS. A sample for multiple stages was used. Data were collected through interviews using a questionnaire containing information on social and demographic aspects and the socio-dental pointer: "Oral impact on daily performances" (OIDP). More than half of the subjects (57,8%), reported at least one daily performances affected by oral health problems in this population. Eating (36.8%), smiling , laughing and showing teeth without being ashamed (30,7%) and speaking clearly (19,6%) were the daily performances of the greatest dentistry impact. There was no statistical significant relation between oral impact and socio-demographic variables. The main oral problems causing impacts were ill-fitting dentures and tooth loss. The high prevalence of oral impact which was reported demonstrates the influence of oral problems in the performance of daily activities of the individuals.

**Keywords: Oral Health; Quality of Life; Oral Impact.**

---

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida ocorrido nos países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento como o Brasil, teve, entre suas consequências, a mudança do perfil de morbidade, levando à elevação da prevalência das doenças crônico-degenerativas, incluindo os problemas bucais<sup>1</sup>. Esta mudança implica na reorganização das políticas de atenção à saúde com o intuito de desenvolver ações que favoreçam o bem-estar dos indivíduos considerados de meia-idade (entre 40 e 60 anos) e idosos (60 anos ou mais).

Portanto, consciente de seu papel fundamental em busca da promoção de saúde é que, recentemente, a comunidade científica na área odontológica tem dedicado maior interesse a questionamentos de como os problemas bucais afetam a qualidade de vida dos indivíduos<sup>2</sup>.

Nos últimos anos, foram desenvolvidos vários instrumentos cujo objetivo é analisar os impactos sociais, psicológicos, culturais e econômicos dos problemas bucais. Além disso, eles também avaliam a percepção subjetiva dos indivíduos sobre sua saúde e suas necessidades em saúde<sup>4</sup>.

Estes instrumentos têm sido genericamente denominados de indicadores sociodentais, sócio-odontológicos ou indicadores de qualidade de vida relacionados à saúde bucal e contribuem para que se estabeleça um diagnóstico mais amplo das necessidades em saúde a partir da percepção dos sujeitos. As avaliações de necessidade em saúde baseadas exclusivamente em critérios clínicos refletem somente um aspecto da condição de saúde bucal, e podem ter pouca relação com a percepção subjetiva dos indivíduos sobre a saúde bucal. Desse modo, não permitem a determinação do real impacto dos problemas bucais na vida diária dos indivíduos<sup>3</sup>.

Os indicadores sociodentais podem ser usados como um complemento da avaliação das informações clínicas e possibilitam identificar pessoas ou populações que necessitam de ações curativas, preventivas ou educativas, contribuindo assim para o planejamento de políticas e serviços voltados às reais necessidades da população<sup>5</sup>.

Entre os indicadores sociodentais o Oral Impact of Daily Performances, (OIDP),

desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997), é considerado um dos mais completos e aborda a quantificação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos, através da frequência e severidade. Também procura mensurar a importância da percepção do indivíduo sobre este impacto, bem como avaliar suas causas. Por ser mais abrangente que os antecedentes, foi desenvolvido para ser utilizado no planejamento e avaliação de programas de saúde <sup>2</sup>.

Considerando o caráter recente do desenvolvimento dos instrumentos de avaliação das repercussões dos problemas bucais no desempenho da vida diária dos indivíduos, considerando bem como a escassez de pesquisas sobre o tema em indivíduos de meia-idade e idosos no Brasil, justifica-se a realização de estudos que propiciem um maior aprofundamento das questões que envolvem o tema. Assim, o objetivo principal desse estudo foi de investigar a prevalência do impacto odontológico no desempenho de atividades da vida diária e sua relação com variáveis sociodemográficas de indivíduos com 50 a 74 anos, em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS.

## **MÉTODOS**

Este é um estudo transversal de base populacional realizado em Porto Alegre, RS. A cidade de Porto Alegre é constituída por 82 bairros, agrupados em 16 Distritos Sanitários. Entre os distritos, três foram aleatoriamente selecionados: Partenon, Glória e Leste. A população alvo foi composta por pessoas com idade entre 50 e 74 anos. Desenvolveu-se um estudo piloto antes da pesquisa principal, envolvendo 40 usuários do Centro de Saúde – Escola Murialdo, Porto Alegre. O objetivo do piloto foi o treinamento e calibração dos entrevistadores e a avaliação da adequação dos instrumentos de pesquisa.

O cálculo amostral foi realizado projetando-se uma prevalência para o impacto odontológico de 0,50, um intervalo de confiança de 95% (IC95%) e margem de erro de bilateral de 4%. Obteve-se uma amostra de 601 sujeitos. Considerando-se a possibilidade de perdas, calculou-se um acréscimo de cerca de 10%, chegando-se a 661 indivíduos. Por tratar-

se de amostragem por múltiplos-estágios, acrescentou-se um efeito de delineamento de 20%, obtendo-se um *n* final correspondente a 793 sujeitos. Ao final do estudo, obteve-se uma taxa de resposta de 91% da população em estudo, sendo 720 sujeitos entrevistados.

Utilizou-se amostragem aleatória proporcional de múltiplos estágios. No primeiro estágio, foram sorteados de forma aleatória simples três distritos sanitários. No segundo, foram sorteados aleatoriamente os setores censitários através das listagens e mapas obtidos na Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre. No terceiro estágio, foram sorteados os quarteirões. A seguir, sorteou-se a esquina e o domicílio, ponto de início da coleta de dados. O número de indivíduos em cada distrito sanitário foi proporcional ao total de pessoas na faixa etária de 50 a 74 anos de cada distrito. Em cada domicílio, foi realizada somente uma entrevista. Foram excluídas pessoas visitantes não residentes no domicílio, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

Os dados foram coletados por intermédio de um questionário composto pelo Oral Impact on Daily Performances (OIDP), e questões relacionadas a dados sociais e demográficos. Estas questões foram adaptadas do estudo SB Brasil<sup>7</sup>.

Utilizou-se a versão modificada do OIDP proposta por Sheiham *et al.*<sup>20</sup>; Tsakos *et al.*<sup>27</sup>. Este instrumento é composto por onze performances ou atividades cotidianas envolvendo as dimensões física, psicológica e social: comer; falar claramente; limpar seus dentes; realizar atividades físicas leves; sair; dormir; sorrir, dar risada e mostrar os dentes sem ficar envergonhado; estado emocional; trabalhar; aproveitar o convívio das pessoas e descansar.

O sistema de classificação para o OIDP quantifica o impacto pela multiplicação da frequência (distribuída em uma escala que varia de 1 a 5) pela severidade (distribuída em uma escala com variação de 0 a 5) para cada um dos onze desempenhos diários (comer, falar, limpar os dentes, realizar atividade física, sorrir, dormir, sair, alteração em seu estado emocional, trabalhar, aproveitar o convívio com as pessoas e descansar). O índice individual

resulta da soma dos valores dos onze desempenhos. A soma de todos os escores individuais dividido pelo número de pessoas em uma determinada população forneceu o índice OIDP para a população. A relação causal dos impactos é estabelecida por intermédio de perguntas feitas aos entrevistados sobre os sintomas percebidos e os prejuízos de todos os impactos sobre o desempenho de suas atividades diárias. Através desses questionamentos, estabelece-se maior representatividade ao OIDP na avaliação das necessidades de tratamentos específicos. A confiabilidade interna do OIDP para essa pesquisa foi de 0,69 (*alpha* de Cronbach).

Os dados foram coletados por quatro entrevistadores e quatro anotadores treinados previamente. A confiabilidade dos dados foi realizada por intermédio da re-entrevista de 5% da amostra num intervalo de uma semana. O coeficiente Intra-Classe foi 0,85 para o questionário e 0,80 para o OIDP.

A variável do escore individual do OIDP foi dividida em indivíduos com  $\text{OIDP} = 0$  e indivíduos com  $\text{OIDP} > 0$ . A partir das distribuições das frequências, os escores do  $\text{OIDP} > 0$  foram divididos em tercís. Os indivíduos que apresentaram impacto no desempenho diário foram classificados em OIDP Baixo, OIDP médio ou OIDP Alto. Segundo as seguintes categorias:  $\text{OIDP} = 0$ : código 0; OIDP Baixo – de 1 a 10: código 1; OIDP Médio – de 11 a 40: código 2; OIDP Alto – de 41 a 230: código 3.

As variáveis demográficas e sociais foram: sexo, idade (50 a 59 anos, 60 a 74 anos), escolaridade (6 anos ou mais, menos de 6 anos), renda (maior que 1 salário mínimo, até 1 salário mínimo). Os dados coletados foram digitados em um banco de dados criado no Programa Epi-info 6 e posteriormente, transferido para o Programa *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS para Windows, versão 16.0.

A análise estatística compreendeu a análise descritiva das características gerais da amostra mediante a apresentação das frequências. Seguiu-se com análises bivariadas entre as variáveis sociodemográficas e o impacto odontológico, para tal foi utilizado o teste qui-

quadrado de Pearson. Os resultados foram considerados estatisticamente significantes quando  $p < 0,05$  e os limites de confiança foram de 95%.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As pessoas que aceitaram participar da pesquisa tiveram sua participação em caráter de voluntariado, não sendo, obrigatória a sua participação nesta pesquisa.

As pessoas selecionadas para participar da pesquisa tiveram, antes do início da entrevista, uma explicação sobre o objetivo da pesquisa e sobre o Termo de Consentimento Informado, que foi assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma em poder da pessoa entrevistada, e outra em poder do pesquisador.

O presente estudo fez parte de uma pesquisa intitulada “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, e foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa e Ética da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com o número do processo 46/05.

## **RESULTADOS**

A amostra foi composta por 720 indivíduos com idades entre 50 a 74 anos. Em relação ao sexo, 304 (42,2%) eram do sexo masculino e 416 (57,8%) eram do sexo feminino. A distribuição por sexo foi a seguinte: 167(43,7%) eram do sexo masculino na faixa de 50 a 59 anos e 215(56,3%) eram do sexo feminino, e, na faixa de 60 a 74 anos, 137(40,5%) eram homens e 201 (59,5%) eram mulheres.

Dos 720 indivíduos entrevistados, 31,9% declararam receber entre nenhum tipo de renda e renda de até um salário mínimo e 68,1% disseram receber renda pessoal superior a 2 salários mínimos. Do total da amostra, a média de anos de estudo foi de 7,95 (DP= 4,61). A maioria dos participantes, 447 (62,1%) tem 6 anos de estudo ou mais, ou seja, o correspondente à faixa que se estende do Ensino Médio ao Ensino Superior.

Do total de entrevistados, 416 (57,8%) relataram pelo menos um desempenho ou atividade diária afetada por problemas bucais nos últimos seis meses. Os desempenhos que apresentaram maior impacto foram *comer* (36,8%); *sorrir, dar risada e mostrar os dentes sem ficar envergonhado* (30,7%) e *falar claramente* (19,6%). A prevalência de impacto nos desempenhos na amostra pode ser observada na Tabela 1.

**Tabela 1 - Prevalência dos impactos bucais nos desempenhos diários. Porto Alegre, RS, 2009.**

Desempenhos Diários	Pessoas Afetadas (%) N= 720
1. Para comer	265 (36,8%)
2. Para sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	221 (30,7%)
3. Para falar claramente	141 (19,6%)
4. Com seu estado emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal	99 (13,7%)
5. Para limpar seus dentes (dentaduras)	92 (12,8%)
6. Em aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos	86 (11,9%)
7. Para dormir	66 (9,2%)
8. Para sair (ex. ir às compras ou visitar alguém)	61 (8,5%)
9. Para descansar	28 (3,9%)
10. Para trabalhar (se não trabalha fora, não se aplica = código 66)	27 (3,7%)
11. Para realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos	11 (1,5%)
TOTAL	416 (57,8%)

A maioria dos impactos odontológicos apresentou alta frequência (moda = 5) e severidade muito grave (moda = 4) associada a eles. A prevalência dos desempenhos afetados e os escores médios das frequências e severidades dos impactos estão descritos na tabela 2.

**Tabela 2 - Prevalência, frequência e severidade dos impactos bucais nos desempenhos diários. Porto Alegre, RS, 2009.**

Desempenho diário	Pessoas afetadas (n= 416)		Frequência (1-5) Média, Mediana e Moda			Severidade (0-5) Média, Mediana e Moda		
		N%						
1. Para comer	265	36,8	4,51	5	5	2,93	3	4
2. Para falar claramente	141	19,6	4,55	5	5	2,84	3	4
3. Para limpar seus dentes (dentaduras)	92	12,8	4,44	5	5	2,86	3	4
4. Para realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos	11	1,5	3,52	4,27	5	3,24	4	4
5. Para sair (ex. ir às compras ou visitar alguém)	61	8,5	4,05	5	5	3,56	4	4
6. Para dormir	66	9,2	4,28	5	5	2,81	3	4
7. Para sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	221	30,7	4,50	5	5	3,19	4	4
8. Com seu estado emocional, por exemplo, incomodar-se mais que o normal	99	13,7	4,53	5	5	3,30	4	4
9. Para trabalhar (se não trabalha fora não se aplica = código 66)	27	3,7	4,55	5	5	3,29	4	4
10. Em aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos	86	11,9	4,65	5	5	3,37	4	4
11. Para descansar	28	3,9	4,05	5	5	2,91	3	4

Os indivíduos que apresentaram pelo menos um desempenho diário afetado relataram nas entrevistas qual o principal problema odontológico relacionado ao desempenho diário citado. Observou-se que os principais problemas odontológicos mencionados foram: *dentadura mal-ajustada e perda de dentes*. Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as variáveis de *sexo, escolaridade e renda pessoal* com a prevalência do impacto e os escores individuais do OIDP.

Também não foi observada associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociais e demográficas com os desempenhos diários afetados ( $p > 0,05$ ). As variável *idade* foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa com o desempenho diário *limpar seus dentes ou dentaduras* ( $p = 0,012$ ), em que os indivíduos com idade entre 50 e 74 anos apresentaram maior impacto para limpar os dentes/dentaduras. A variável *renda*

apresentou situação limítrofe, em relação ao desempenho diário: *trabalhar*. Os resultados estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3 - Relação de associação entre desempenho diário e variáveis sociodemográficas. Frequências absolutas e relativas dos indivíduos que relataram impacto. Porto Alegre, RS, 2009.**

Desempenhos Diários	Idade (anos)		Sexo		Escolaridade (Anos)		Renda (reais)	
	(50 – 59) n(%)	(60 -74)n(%)	Fem. n (%)	Masc. n (%)	0-5 n(%)	6 ou +n(%)	0-415 n(%)	416 ou + n(%)
	valor p		valor p		valor p		valor p	
1. Para comer	147 (55,5)	118 (44,5)	160(60,4)	105(39,6)	105(39,6)	160(60,4)	86(32,5)	179(67,5)
	0,321		0,296		0,485		0,823	
2. Para falar claramente	74(52,5)	67 (47,5)	86(61,0)	55(39,0)	53(37,6)	88(62,4)	39(27,7)	102(72,3)
	0,879		0,409		0,947		0,224	
3. Para limpar seus dentes (dentaduras)	60(65,2)	32(34,8)	55(59,8)	37(40,2)	42(45,7)	50(54,3)	31(33,7)	61(66,3)
	0,012		0,698		0,102		0,684	
4. Para realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos	9(81,8)	2(18,2)	7(63,6)	4(36,4)	6(54,5)	5(45,5)	3(27,3)	8(72,7)
	0,055		0,699		0,252		0,738	
5. Para sair (ex. ir às compras ou visitar alguém)	36(58,1)	26(41,9)	35(57,4)	26(42,6)	22(36,1)	39(63,9)	18(29,5)	43(70,5)
	0,408		0,937		0,755		0,670	
6. Para dormir	34(51,5)	32(48,5)	34(50,7)	33(49,3)	23(34,8)	43(65,2)	17(25,8)	49(74,2)
	0,792		0,217		0,584		0,265	
7. Para sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	115(52,0)	106(48,0)	134(60,9)	86(39,1)	83(37,7)	137(62,3)	71(32,1)	150(67,9)
	0,715		0,271		0,929		0,944	
8. Com seu estado emocional, por exemplo, incomodar-se mais que o normal	57(57,6)	42(42,4)	59(60,2)	30(39,8)	35(35,4)	64(64,6)	26(26,3)	73(72,7)
	0,332		0,613		0,571		0,199	
9. Para trabalhar (se não trabalha fora não se aplica = código 66)	16(59,3)	11(40,7)	18(66,7)	9(33,3)	8(29,6)	19(70,4)	4(14,8)	23(85,2)
	0,510		0,340		0,366		0,052	
10. Em convívio com as pessoas, tais	45(52,3)	41(47,7)	50(58,9)	35(41,2)	35(40,7)	51(59,3)	25(29,1)	61(70,9)
	0,885		0,848		0,571		0,548	

como parentes, amigos ou vizinhos								
11. Para descansar	16(57,1) 0,658	12(42,9)	18(64,3) 0,486	10(35,7)	11(39,3) 0,879	17(60,7)	6(21,4) 0,223	22(78,6)

Entre os 720 indivíduos entrevistados, a variação do escore individual do OIDP foi de 0 (Escore mínimo) a 230 (escore máximo), apresentando uma média de 1,08 e uma mediana de 1,0 (DP = 1,189). Ainda se pôde observar que, em relação ao OIDP, 47,6% dos indivíduos entrevistados apresentaram OIDP=0; 16,1% OIDP Baixo; 17,0% OIDP Médio; e 19,4% OIDP Alto.

A distribuição dos valores de OIDP e sua relação com *idade, sexo, escolaridade e renda pessoal*, bem como os valores de p estão apresentados na Tabela 4. Não foi encontrada associação significativa ( $p > 0,05$ ) entre o OIDP e as variáveis sociodemográficas.

**Tabela 4 - Distribuição dos escores de OIDP, classificados em níveis de impacto, por idade, sexo, escolaridade e renda. Porto Alegre, RS, 2009.**

Variáveis	OIDP = 0 n(%)	OIDP baixo (1-10) n(%)	OIDP médio (11-40) n(%)	OIDP Alto (41-230) n(%)	Total n (%)	Valor p
Total da Amostra	342 (47,6%)	116 (16,1%)	122 (17,0%)	139 (19,4%)	720 (100%)	
Idade						
50-59anos	176 (46,0%)	57 (14,9%)	66 (17,2%)	84 (21,9%)	383 (100%)	0,285
60-74anos	166 (49,1%)	59 (17,5%)	57 (16,9%)	56 (16,6%)	338 (100%)	
Sexo						
Feminino	185 (44,5%)	73 (17,5%)	76 (18,3%)	82 (19,7%)	416 (100%)	0,234
Masculino	157 (51,8%)	43 (14,2%)	46 (15,2%)	57 (18,8%)	304 (100%)	

Escolaridade (anos)						
0-5	129 (47,3%)	42 (15,4%)	51 (18,7%)	51 (18,7%)	273 (100%)	0,794
6 ou +	214 (47,9%)	74 (16,6%)	71 (15,9%)	88 (19,7%)	447 (100%)	
Renda (reais)						
0-415	111 (48,5%)	31 (13,5%)	45 (19,7%)	42 (18,3%)	229 (100%)	0,383
416 ou +	231 (47,1%)	85 (17,3%)	77 (17,7%)	97 (19,8%)	490 (100%)	

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de base populacional investigando o impacto odontológico no desempenho de atividades diárias de indivíduos com idade entre 50 e 74 anos em Porto Alegre-RS. Observou-se que mais da metade dos participantes da pesquisa tiveram impacto em seu desempenho diário por causa de problemas relacionados com a boca, dentes ou próteses. Tal resultado é semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais e internacionais em indivíduos com faixa etária similar<sup>4,19</sup>.

A prevalência do impacto tende a ser maior em populações mais jovens. Autores como Natuveli e Blane<sup>11</sup> discutem o paradoxo do envelhecimento, em que quanto mais elevada a idade, mais os idosos vão considerando que a vida deve ser desfrutada, sem supervalorizar as perdas e limitações relacionadas com o envelhecimento. Uma possível explicação para isso é a condição bucal dessa população mais jovem que está envelhecendo, pois apesar dos altos índices de edentulismo ainda presentes, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, há uma tendência maior de manutenção dos dentes naturais, o que aumenta a

complexidade de quadros clínicos, com a presença de sintomas como dor dental/bucal oriundas de doenças bucais, como cárie e doença periodontal.

A relação entre a condição de saúde bucal e o bem-estar diário dos indivíduos está bem estabelecida na literatura<sup>13,14</sup>. Ao mesmo tempo, sabe-se que a saúde bucal está associada à saúde geral e que estas apresentam fatores de risco comum às doenças crônicas<sup>15,16</sup>.

Os resultados deste estudo indicam que o desempenho diário mais afetado por problemas odontológicos foi *comer* (35,8%). Evidências científicas mostram que a habilidade de mastigação afeta a escolha dos alimentos da dieta diária dos indivíduos. As perdas dentárias e o uso de próteses mal-adaptadas podem levar a adoção de uma dieta pobre em nutrientes, privilegiando a ingestão de alimentos menos fibrosos e de consistência mais pastosa. Desse modo, provocando modificações nos hábitos dietéticos e, conseqüentemente, desequilíbrios nutricionais podendo acarretar problemas de saúde geral<sup>16,17,18</sup>.

Além de comer, *sorrir e mostrar seus dentes sem ficar envergonhado* (30,7%) e *falar claramente* (19,6%), foram os desempenhos que mais impactaram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos indivíduos. Uma saúde bucal precária pode levar à insatisfação com a aparência e a diminuição da autoestima. Dessa forma, trazendo prejuízo nos relacionamentos social, familiar, amoroso e profissional e em situações extremas levar ao isolamento e à depressão<sup>17</sup>.

Os principais problemas causadores de impacto encontrados nesse estudo foram dentadura mal-ajustada e perda dentária, consistente com resultados encontrados em outros estudos<sup>10,18</sup>. Esse resultado pode estar relacionado à falta de atenção à saúde bucal que os indivíduos foram submetidos ao longo de toda a vida, possivelmente devido à falta ou dificuldade de acesso a serviços odontológicos. Esta condição de saúde bucal ainda pode ser considerada uma grave conseqüência do modelo de atenção em saúde bucal do passado, onde predominavam as exodontias em massa<sup>7</sup>.

Outra realidade que pode contribuir para tal situação é a carência de serviços de atenção secundária que possam vir a minimizar as sequelas prévias desta população. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre, hoje o município conta com apenas quatro Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's), sendo que destes apenas um conta

com serviço de prótese. Além de haver uma demanda expressiva, esse serviço, não atende aos distritos que foram avaliados.

Uma alta frequência e severidade de impacto diário foi observada na população estudada para todos os desempenhos avaliados, sendo que a mais relatada foi todos os dias ou quase todos os dias, mostrando o quanto a saúde bucal interfere na qualidade de vida. Diferentes frequências e severidades foram encontradas por outros autores<sup>4,8,9</sup>. Adulyanon et. al<sup>9</sup>, em estudo com uma população Tailandesa na faixa de 35 a 44 anos, encontrou um efeito paradoxal em relação à frequência e a severidade dos impactos dos diferentes desempenhos analisados, ou seja, alguns desempenhos apresentaram alta frequência e baixa severidade e vice-versa. Contudo, em um estudo realizado no Brasil, em que a população estudada apresentava a mesma faixa etária, de 35 a 44 anos, foi encontrada alta frequência e alta severidade para quase todos os desempenhos<sup>10</sup>. É provável que a faixa etária não seja fator predominante na percepção subjetiva dos impactos por parte dos indivíduos, visto que em uma mesma faixa etária diferentes frequências e severidades foram encontradas, e que mais estudos são necessários para estabelecer a relação do fator idade na frequência e severidade dos impactos. De acordo com a literatura, as diferenças de frequência e severidade do impacto na qualidade de vida relacionadas à saúde bucal podem, em parte, ser atribuídas a aspectos culturais em relação à percepção e manifestação da dor e desconforto<sup>20</sup>.

Diferentemente de outros estudos internacionais<sup>14,21</sup> e nacionais<sup>13,22</sup>, não foi encontrado, nesse estudo, associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociais de escolaridade e renda pessoal e prevalência do impacto e os escores do OIDP. Uma possível explicação é a homogeneidade na distribuição das variáveis na população estudada, em que não se observou grandes diferenças em relação à renda pessoal e escolaridade.

Os resultados da associação entre o sexo e o impacto no desempenho das atividades diárias dos indivíduos não são consistentes na literatura. No presente estudo, não se encontrou diferença significativa na distribuição do impacto no desempenho diário entre os sexos, corroborando com os achados de Pereira<sup>19</sup> e de Gonçalves<sup>23</sup>. Por outro lado, outros estudos encontraram associação entre a variável sexo e o impacto no desempenho diário<sup>10,25</sup>. As diferenças na percepção do impacto entre os sexos têm sido atribuídas a fatores sociais e normas culturais, incluindo padrões estéticos, em que as mulheres percebem e manifestam mais suas necessidades em saúde do que os homens<sup>26</sup>. Além disso, também argumenta-se que

condições hormonais e a maior prevalência de doenças sistêmicas podem influenciar a saúde bucal das mulheres, aumentando, assim, a percepção de seu impacto.

Também não se encontrou associação entre sexo, escolaridade, renda e os três desempenhos diários mais afetados, *comer (35,8%), sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado (30,7%) e falar claramente (19,6%)*.

Por outro lado, relação estatisticamente significativa foi observada entre a variável *idade* e o desempenho diário *limpar seus dentes e dentaduras*. Os indivíduos da faixa etária entre 50 e 59 anos foram os que apresentaram impacto neste desempenho. Quando se analisou as causas do impacto nas duas faixas etárias estudadas, observou-se que, para os indivíduos mais jovens, a principal causa do impacto para limpar os dentes foi a dor de dente o que pode explicar a diferença encontrada.

A alta prevalência, severidade e frequência de impacto relatada neste estudo, sugere que as políticas de atenção a saúde bucal, no que tange à população dos três distritos sanitários estudados, não tem sido capaz de solucionar problemas que interferem no desempenho da vida diária de sua população, tais como a perda dentária e o uso de próteses mal-adaptadas. Estes dados salientam a necessidade de serviços odontológicos ofertados a esse grupo populacional objetivando o aumento da sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

O delineamento do estudo, a capacitação dos entrevistadores, o controle de qualidade por intermédio da dupla digitação, o teste-reteste das entrevistas, foram estratégias empregadas para assegurar a validade do estudo, a confiabilidade e a reprodutibilidade dos dados. Entretanto, uma das possíveis limitações do presente estudo é o predomínio de mulheres na amostra. Ao mesmo tempo, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a variável de sexo e a prevalência de impacto nos desempenhos diários.

Acrescenta-se que os resultados desse estudo, quando comparados com os de outros autores, devem ser avaliados respeitando as diversidades culturais existentes entre as populações estudadas.

## REFERÊNCIAS

1. Seidl EMF, Zannon CML. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. saúde pública* 2004; 20 (2): 580-88.
2. Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. Chapel Hill (United States): University of North Carolina; 1997. 720 p. (Slade GD, editor. *Measuring Oral Health and Quality of Life*; vol. 1).
3. Castro RAL, Portela MC, Leão AT. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. *Cad. Saúde pública* 2007; 23 (10): 2275-84.
4. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Dundee* 2001;18 (2): 102-8.
5. Silva, SRC, Fernandes, RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública* 2001; 35 (4): 349-55.
6. Organização Mundial da Saúde. *Levantamentos Básicos em saúde bucal*. São Paulo: Editora Santos; 1999. 414 p.
7. Brasil. Projeto SB Brasil 2003: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. 314 p.
8. Masalu JR, Astrom AN. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:7-14.

9. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(6):385-9.
10. Gomes AS; Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio grande do Sul, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2007; 23(7): 1707-14.
11. Natuveli G; Blane D. Quality of life in older ages. *Br Med Bull.* 2008; 85: 113-126.
12. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007;12: 1051-56.
13. Leão A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dent Health* 1996; 13(1):22-6.
14. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ et al. The Relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001; 80(2):408-15.
15. Steele JG, Ayatollahi SMT, Walls AWG, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2004; 25:143-149.
16. de Marchi RJ, Hugo FN, Hilgert JB, Padilha DM. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. *Nutrition* 2008; 24: 546-53.

17. Shinkai RSA , Del Bel Cury AA. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(4):1099-1109.
  
18. Dias-da-costa JS, Galli R, Oliveira EA, Backes V, Vial EA; Canuto R et al. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(1): 79-88.
  
19. Pereira KCR, Lacerda JT, Traebert J. The Oral Impact on daily Performances and self-Reported Quality of life in elderly people in Florianópolis, Brasil. *Oral Health & Preventive Dentistry* 2009; 7 (2): 163-172.
  
20. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Tsakos G, Finch S, Walls AW. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29: 195-203.
  
21. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:284-290.
  
22. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Bras Oral Res* 2004; 18(1):85-91.
  
23. Gonçalves JR, Wassall T, Vieira S, Ramalho AS, Flório FM. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre homens e mulheres. *RGO* 2004; 52(4):240-242.

24. Rosa AGF, Fernandes RAC, Pinto VG, Ramos LR. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1992; 26: 155-160.
25. Locker D, Miller Y. Subjectively reported oral health status in an adult population, *Community dent oral Epidemiol* 1994; 22: 425-30.
26. Kandrack MA, Grant KR, Segall A . Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Social Science and Medicine* 1991; 32: 579-90.
27. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham, A. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts on daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries. *Gerodontology* 2001; 18: 121-30.

## 6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo demonstram que existe uma alta prevalência de desempenhos diários afetados por problemas bucais na população estudada. Sendo que das 11 atividades diárias analisadas, *comer* foi o desempenho diário de maior impacto odontológico.

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre a prevalência do impacto, os escores do OIDP e as variáveis sociodemográficas.

Os principais problemas bucais causadores de impactos foram *dentadura mal-ajustada e perda de dentes*. O desempenho diário *limpar seus dentes e dentaduras* foi o único a apresentar associação significativa com a *idade*.

A principal conclusão deste estudo é que os problemas bucais afetam os desempenhos diários dos indivíduos, salientando a importância da utilização de indicadores sociodentais. Tais indicadores permitem identificar a percepção das pessoas sobre sua condição bucal, complementando as informações clínicas obtidas pelos profissionais. Desse modo, contribuem para um diagnóstico mais adequado das necessidades de tratamento de uma população, permitindo a construção de políticas públicas em defesa da saúde e bem-estar dos indivíduos.

Contudo, outros estudos utilizando indicadores sociodentais tornam-se necessários para o conhecimento da prevalência do impacto odontológico no desempenho diário e sua relação com as variáveis sociodemográficas em todas as faixas etárias e diferentes culturas.

## REFERÊNCIAS

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring Oral Health and Quality of Life**. School of Dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 151-160.

ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community dent oral Epidemiol.**, v. 24, p. 385-9, 1996.

ATCHISON, K. A. The General oral Health Assessment Index. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. School of dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 71- 80.

BARROS, F. C.; VICTOR, C. G. **Epidemiologia da saúde infantil**: um manual para diagnósticos comunitários (3ª ed.). São Paulo: Editora HUCITEC-UNICEF, 1998.

BIAZEVIC M.G.H.; MICHEL-CROSATO E.; IAGHER F.; POOTER C. E.; CORREA S.L.;GRASEL C.E. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina. Brazil. **Braz Oral Res.**, v. 18, n.1, p. 85-91, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília, 2004.

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

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

CORTES, M. I. S.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Impact of traumatic injuries to the permanent teeth on the oral health-related quality of life in 12-14 year-old children. **Community Dent Oral Epidemiology**, n. 30, p. 193-198, 2002.

DE MARCHI R. J.; HUGO F. N.; HILGERT J.B.; PADILHA D.M.P.; Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. **Nutrition**, n. 24, p. 546-553, 2008.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; GALLI R.; OLIVEIRA E.A.; BACKES V.; VIAL E.A.; CANUTO R.; SOUZA L.L.; CREMONESE C.; OLINTO M.T.A.; PATUSSI M.P.; TRICHES J. M.. Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 79-88, 2010.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, 2007.

GONÇALVES J. R.; WASSAL T.; VIEIRA S.; RAMALHO A. S.; FLÓRIO F. M. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre homens e mulheres. **RGO** . Porto Alegre/RS; v. 52, p. 240-2, 2004.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p.1051-1056, 2007.

IBGE– INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico: Resultados. Rio de Janeiro, 2000.

KANDRACK, M. A; GRANT K.R; SEGALL A . Gender differences in health related behavior: some unanswered questions. **Social Science and Medicine**, v. 32, p. 579-90, 1991.

KRESSIN, N. R. Oral health-Related Quality of Life. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. School of dentistry, University of North Carolina, p. 113-120, 1997.

LEÃO, A. T.; SHEIHAM, D. Dental Impact on Daily Performance. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, p. 121- 134, 1997.

LOCKER, D. **An introduction to behavioral science & dentistry**. New York and London: Routledge. 1989.

LOCKER, D. Subjective Oral Health Status Indicators. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, p. 105-112, 1997.

LOCKER, D.; MILLER, Y. Subjectively reported oral health status in an adult population, **Community dent oral Epidemiol**, v. 22, p. 425-30, 1994.

MASALU, J.R.; ASTROM, A.N. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. **Community Dent Oral Epidemiol.**, v. 31, p. 7-14, 2003.

NATUVELI, G.; BLANE, D. Quality of life in older ages. **Br Med Bull**, v.85, p. 113-126, 2008.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Levantamentos Básicos em saúde bucal** (4 ed.). São Paulo: Editora Santos, 1999.

PEREIRA, K. C. R.; LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. The Oral Impact on daily Performances and self-Reported Quality of life in elderly people in Florianópolis, Brasil. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 7, n. 2, p. 163-172, 2009.

REISINE, S. Oral health and sickness impact profile. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, p. 57-64, 1997.

ROSA, A. G. F.; FERNANDES, R. A. C.; PINTO, V. G.; RAMOS, L. R. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). **Rev Saúde Pública**, v. 26, p. 155-160, 1992.

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

SHEIHAM A, STEELE JG, MARCENES W, LOWE C, FINCH S, BATES CJ ET AL. The Relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. **J Dent Res**, v. 80 n. 2, p. 408-15, 2001.

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

SHEIHAM, A.; CUSHING, A.; MAIZELS, J. The social impacts of dental disease. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, p. 47-55, 1997.

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

SHINKAI R.S.A.; CURY A. A. D. B.; O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. **Cad. De saúde publica**. Rio de Janeiro, v. 16 n. 4, p. 1099-1109, 2000.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A.C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SLADE, G. D. Oral Health Impact Profile. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, p. 93-104, 1997.

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

STEELE, J.G.; AYATOLLAHI, S.M.T.; WALLS, A.W.G.; MURRAY, J.J. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. **Comm Dent Oral Epidemiol**, v. 25, p. 143-149, 2004.

STRAUSS, R. P. Dental Impact Profile. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of dentistry, University of North Carolina, p. 80- 91, 1997.

TSAKOS, G.; MARCENES, W.; SHEIHAM, A. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts on daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries. **Gerodontology**, v. 18, n. 2, p. 121-30, 2001.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico e OIDP

<b>Número do Questionário:</b> _____
--------------------------------------

AVALIAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DE ACESSO EM SAÚDE BUCAL

Idade em Anos: \_\_\_\_ \_\_\_\_

Sexo ( ) 1. masculino ( ) 2. feminino

Caracterização socioeconômica da família

1. Número de pessoas residentes \_\_\_\_\_ 2. Escolaridade (anos de estudo) \_\_\_\_\_

3. Moradia ( ) 1. Própria  
( ) 2. Própria em aquisição  
( ) 3. Alugada  
( ) 4. Cedida  
( ) 5. Outros

4. Número de cômodos da casa \_\_\_\_ \_\_\_\_

5. Posse de automóvel ( ) 0 – não possui  
( ) 1 – possui um automóvel  
( ) 2 – possui dois ou mais automóveis

6. Renda Familiar \_\_\_\_\_ 7. Renda Pessoal \_\_\_\_\_

(em reais)

(em reais)

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

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

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

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

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

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

CASO SEJA “SEGUIDAMENTE” (MARCADO 1 NA P2)

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

todos os dias ou quase todos os dias

de 3-4 vezes por semana

de 1-2 vezes por semana

de 1-2 vezes por mês

menos de 1 vez por mês?

ANOTE O CÓDIGO EM P3, NA GRADE DE RESPOSTAS. VÁ PARA P5.

CASO SEJA “EM PARTE DESSE PERÍODO” (MARCADO COMO 2 EM P2).

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

mais de 3 meses

de 2 a 3 meses

de 1 a 2 meses

de 5 dias a 1 mês

por 5 dias ou menos?

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

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

Não tem afetado

Tem afetado muito pouco

Tem afetado um pouco

Tem afetado mais ou menos

Tem afetado bastante

Tem afetado demais

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

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

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

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

## APÊNDICE B – Grade de respostas do OIDP

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

## APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prevalência do impacto odontológico no desempenho diário de indivíduos com 50 anos ou mais em três distritos sanitários de 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. 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, 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. Claídes (32338979 ou 33085015).

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 “Prevalência do impacto odontológico no desempenho diário de indivíduos com 50 anos a 74 anos em três distritos sanitários de Porto Alegre/RS”, autorizo a realização da entrevista.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

---

Assinatura

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Aprovação Comitê de Ética

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA****RESOLUÇÃO**

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

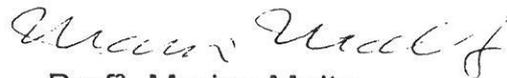
**Número: 46/05**

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

**Investigador(es) principal(ais): Professora Cláides Abegg**

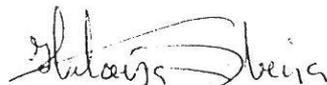
O Projeto foi aprovado na reunião do dia 24/01/2006, Ata nº 01/06 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2006.



Prof<sup>a</sup>. Marisa Maltz

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas



Prof<sup>a</sup>. Heloísa-Emília Dias da Silveira

Coordenadora da Comissão de Pesquisas