

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS ODONTOLÓGICAS  
ASSOCIAÇÃO COM O PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

**RELAÇÃO ENTRE DOR BUCAL E IMPACTO  
ODONTOLÓGICO EM UMA POPULAÇÃO DE 50 A 74  
ANOS DE IDADE DO SUL DO BRASIL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Charles Henrique Cavalheiro**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2010**

**RELAÇÃO ENTRE DOR BUCAL, E IMPACTO  
ODONTOLÓGICO EM UMA POPULAÇÃO DE 50 A 74 ANOS  
DE IDADE DO SUL DO BRASIL**

**por**

**Charles Henrique Cavalheiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências Odontológicas**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claides Abegg**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2010**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas  
Associação com o Programa de Pós-Graduação em Odontologia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

A Comissão Examinadora, abaixo-assinado,  
aprova a Dissertação de Mestrado

**RELAÇÃO ENTRE DOR BUCAL, E IMPACTO ODONTOLÓGICO EM  
UMA POPULAÇÃO DE 50 A 74 ANOS DE IDADE DO SUL DO BRASIL**

elaborada por  
**Charles Henrique Cavalheiro**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Ciências Odontológicas**

**COMISSÃO ORGANIZADORA:**

**Claides Abegg, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. (UFRGS)**  
(Presidente/Orientadora)

**Cassiano Kuchenbecker Rösing, Prof. Dr. (UFRGS)**

**Thiago Machado Ardenghi, Prof. Dr. (UFSM)**

Santa Maria, 07 de julho de 2010

À **Lisandra**, o amor da minha vida, por sua presença e auxílio, todos os dias.

A **meus pais**, por absolutamente tudo. Amo vocês.

À **Lailana**, pela dedicação, perseverança e parceria.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **DEUS**, abrigo seguro a qualquer momento da vida.

Quero ainda agradecer a todos que contribuíram de maneira relevante para a elaboração deste trabalho e pela participação nesse grande passo em minha jornada.

Ao meu pai, **Romildo**, por ser um grande amigo e, sem medir esforços por estar sempre ao meu lado.

À minha mãe **Haidi** pelo amor e carinho.

À **Lisandra** pela paciência, compreensão e companheirismo, que me apoiou desde o começo desta jornada.

À toda **minha família**, que são razão da minha energia, persistência e luta.

À Universidade Federal de Santa Maria, ao Curso de Odontologia e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, pelo constante aprendizado.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ao Curso de Odontologia e ao Departamento de Odontologia Preventiva e Social pela acolhida e oportunidade.

À minha orientadora, **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claides Abegg**, obrigado por ter acreditado em mim e meu profundo reconhecimento e gratidão pelo suporte intelectual e conhecimentos transmitidos.

À professora e amiga, **Dr<sup>a</sup>. Beatriz Unfer**, sempre presente em minha formação, desde a graduação.

Um exemplo por seu caráter e dedicação com que ensina saúde coletiva, obrigado mais uma vez.

Ao professor **Dr. Thiago Ardengui**, obrigado por me dar apoio e incentivo, sem sua contribuição este trabalho não seria possível.

A toda equipe de pesquisa, em especial a: **Fernanda Hilgert Mallmann, Liese Ilha, Vanessa Bittencourt, Victor Nascimento Fontanive e Paulo Ricardo Baccarin Matte**, este trabalho também é de vocês.

Muito Obrigado!

Ao meus superiores na Seção de Saúde do Colégio Militar de Santa Maria, os cirurgiões dentistas **Ten. Cel. Rosalvo Barbosa da Silva**, e o **Maj. Julio Torres Fernandes**, pessoas honrosas e de excelente espírito de liderança, que me apoiaram para a realização do mestrado. Muito obrigado!

Agradeço também aos demais colegas de Seção e a toda família militar, pela camaradagem e os bons momentos que vivemos.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, obrigado pela compreensão, apoio e pelo eficiente trabalho realizado!

À **Jéssica Dalcin**, que com exemplar dedicação e dinamismos exerce sua função junto à secretaria da Pós-Graduação com brilhantismo.

Aos colegas de mestrado, desnecessário nominá-los, pois cada um marcou de forma especial, com amizade, esta etapa de minha vida.

Aos colegas de consultório, em especial à **Carla Corrêa** e à **Jaqueline S. Coimbra da Silveira**, obrigado pela dedicação e competência.

A todos os professores responsáveis pela minha formação, que participaram desta caminhada.

Aos amigos que me acolheram durante este curso.

À todos que gentilmente se submeteram a esta pesquisa.

A você que está lendo...

**Muito Obrigado!**

## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação é parte da pesquisa “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos de idade de Porto Alegre/RS”, desenvolvida em parceria com o grupo de pesquisa em Dental Public Health do University College London. A pesquisa obteve financiamento do Edital SUS/FAPERGS/CNPq 08-04.

A equipe de Pesquisa teve os seguintes componentes: Charles Henrique Cavalheiro, Claides Abegg, Denise Aerts, Fernanda Hilgert Mallmann, Liese Ilha, Vanessa Bittencourt, Victor Nascimento Fontanive e Paulo Ricardo Baccarin Matte.

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas  
Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil

### RELAÇÃO ENTRE DOR BUCAL, E IMPACTO ODONTOLÓGICO EM UMA POPULAÇÃO DE 50 A 74 ANOS DE IDADE DO SUL DO BRASIL

AUTOR: CHARLES HENRIQUE CAVALHEIRO

ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CLAUDES ABEGG

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 07 de julho de 2010.

Este estudo teve como objetivo principal investigar a relação entre dor bucal, procura por atendimento, necessidade de tratamento auto-percebida e o impacto odontológico em pessoas em idades entre 50 e 74 anos de três distritos sanitários de Porto Alegre. Estudo analítico transversal de base populacional no município de Porto Alegre com 720 indivíduos, com idades entre 50 e 74 anos, residentes em três distritos sanitários. Os impactos odontológicos e os dados sociodemográficos foram coletados por meio de entrevistas estruturadas. O *Oral Impacts on Daily Performances – OIDP*, desenvolvido por Adulyanon, Vourapukjaru, e Sheiham (1996) foi utilizado para medir os impactos. As informações foram analisadas através de regressão de *Poisson*. A prevalência de dor na população estudada foi 32,8% e esteve presente em 32,5% dos indivíduos que referiram algum impacto odontológico, sendo as atividades diárias mais frequentemente associadas com a prevalência de dor: Falar (37,6%), limpar seu dentes e gengivas (37,0%) e aproveitar o convívio com as pessoas (36,5%); e com dor severa: Trabalhar (14,8%), aproveitar o convívio com as pessoas (11,6%) e descansar (11,1%). As variáveis associadas significativamente ao desfecho impacto alto foram, procura por atendimento no último ano [RP 0,72 (0,54-0,96)] e motivos da consulta odontológica por dor [RP 1,75 (1,18-2,61)]. Os resultados deste trabalho servem como meio auxiliar na formulação de políticas públicas de saúde, voltadas ao atendimento de adultos e idosos, novos estudos são necessários para estabelecer relação causal entre dor dentária e o impacto odontológico, assim como das condições preditoras de impacto odontológico.

**Palavras-chave:** dor bucal; impacto odontológico; prevalência; OIDP.





## ABSTRACT

### RELATIONSHIP BETWEEN PAIN ORAL, DENTAL AND IMPACT IN A POPULATION OF 50 TO 74 YEARS OF AGE SOUTH OF BRAZIL

AUTOR: CHARLES HENRIQUE CAVALHEIRO

TEACHER ADVISER: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CLAUDES ABEGG

DATE AND LOCAL: Santa Maria, 07 de julho de 2010.

This study aimed to investigate the relationship between oral pain, seeking treatment, treatment need and self-perceived dental impact in people ages 50 to 74 years in three sanitary districts of Porto Alegre. Cross-sectional study of people in Porto Alegre with 720 individuals, aged between 50 and 74 years living in three sanitary districts. The impacts of dental and sociodemographic data were collected through structured interviews. The Oral Impacts on Daily Performances - OIDP developed by Adulyanon, Vourapukjaru and Sheiham (1996) was used to measure the impacts. The data were analyzed using Poisson regression. The prevalence of pain in this population were 32.8% and was present in 32.5% of those reporting some impact on dental care, and daily activities more often associated with the prevalence of pain: Talking (37.6%), clean their teeth and gums (37.0%) and enjoy being with people (% 36.5) and with severe pain: Work (% 14.8), enjoy socializing with people (% 11.6) and rest (%11.1). The outcome variables significantly associated with high impact were seeking treatment in the last year [PR 0.72 (0.54 to 0.96)] and reasons for visiting a dentist because of pain [PR 1.75 (1.18 to 2, 61)]. These results serve as an aid in formulating public health policies, focusing on services for adults and the elderly, further studies are needed to establish causal relationship between dental pain and impact dental conditions and dental predictors of impact.

**Key words:** oral pain; dental impact; prevalence; OIDP.

## 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 incluídos no OIDP .....	28
Quadro 4 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas nos últimos seis meses .....	29
Quadro 5 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas em partes do período de seis meses .....	29
Quadro 6 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas durante todo o período dos seis meses .....	29
Quadro 7 – Critérios de classificação de severidade dos impactos ocorridos nos últimos seis meses .....	30
Quadro 8 – Critérios de classificação dos problemas bucais que causaram impacto no desempenho diário .....	31
Quadro 9 – Cálculo do OIDP .....	31
Quadro 10 – Variáveis sociodemográficas do estudo e suas categorias .....	32
Quadro 11 – Variáveis de acesso ao serviço odontológico .....	33
Quadro 12 – Variáveis do estudo relacionadas ao OIDP e suas categorias .....	35
Quadro 13 – Variáveis socioeconômicas do estudo e suas categorias .....	37
Quadro 14 – Variáveis de dor dentaria e necessidade de tratamento odontológico autopercebida e suas categorias .....	38
Quadro 15 – Variáveis de uso e acesso a serviços odontológicos do estudo e suas categorias .....	39

Quadro 16 – Distribuição absoluta e percentual da população e indivíduos incluídos na pesquisa agrupados por sexo e idade .....	40
Quadro 17 – Coeficiente de ponderação para os indivíduos da pesquisa, agrupados por sexo e idade .....	40

## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Comitê de Ética em Pesquisa .....	63
Anexo B – Acesso em Saúde Bucal .....	64
Anexo C – Grade Respostas OIDP .....	65

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	6
<b>RESUMO</b> .....	7
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	8
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	10
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	16
<b>2.1 Uso dos serviços da população de meia idade e idosa</b> .....	17
<b>2.2 Dor bucal, o uso dos serviços e o impacto odontológico</b> .....	18
<b>2.3 Indicadores sociodentais</b> .....	20
<b>2.4 Oral Impact on Daily Performance – OIDP</b> .....	21
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	24
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	24
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	24
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	25
<b>4.1 Delineamento do estudo</b> .....	25
<b>4.2 Local do estudo</b> .....	25
<b>4.3 População-alvo</b> .....	25
<b>4.4 Plano amostral</b> .....	25
4.4.1 Cálculo da amostra .....	25
4.4.2 Processo de amostragem .....	26
4.4.2.1 Segundo estágio: setor censitário .....	26
4.4.2.2 Terceiro estágio: domicílios .....	27
4.4.2.3 Efeito delineamento .....	27
<b>4.5 Critérios de elegibilidade</b> .....	27
<b>4.6 O instrumento de coleta de dados</b> .....	28

4.6.1 Oral Impact on Daily Performances (OIDP) .....	28
4.6.1.1 Conteúdo do índice e sistema de classificação .....	28
4.6.1.2 Classificação de frequência .....	29
4.6.1.3 Classificação de severidade .....	29
4.6.1.4 Método de classificação .....	30
4.6.1.5 Relação causal dos impactos .....	30
4.6.1.6 Fórmula de cálculo para o OIDP .....	31
4.6.2 Dados sociodemográficos de acesso aos serviços .....	32
<b>4.7 Variáveis do estudo .....</b>	<b>32</b>
<b>4.8 Coleta de dados .....</b>	<b>35</b>
<b>4.9 Treinamento dos entrevistadores .....</b>	<b>36</b>
<b>4.10 Estudo piloto .....</b>	<b>36</b>
<b>4.11 Controle de qualidade de dados .....</b>	<b>36</b>
<b>4.12 Confiabilidade das entrevistas .....</b>	<b>36</b>
<b>4.13 Construção de medidas .....</b>	<b>36</b>
4.13.1 Variáveis explicativas .....	36
4.13.1.1 Variáveis socioeconômicas .....	36
4.13.1.2 Variáveis de dor dentária e necessidade autopercebida de tratamento ..	37
4.13.1.3 Variáveis de uso de serviços odontológicos .....	38
4.13.2 Variável Dependente (Desfecho) .....	39
<b>4.14 Análise dos dados .....</b>	<b>40</b>
<b>5 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>42</b>
<b>6 ARTIGO .....</b>	<b>43</b>
<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>57</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>58</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>63</b>

# 1 INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo rapidamente desde o início da década de 60, quando se observou um declínio da fecundidade e aumento na expectativa de vida em regiões desenvolvidas do país, dando início ao processo de envelhecimento populacional (CHAIMOWICZ, 1997). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE – PNAD, 2007), a tendência de envelhecimento populacional se manteve, na faixa etária de 40 anos ou mais esse crescimento foi de 4,2%. O aumento da expectativa de vida leva ao crescimento da proporção de pessoas com idade entre 50-59 anos de idade e idosos na população, trazendo uma preocupação crescente com a sua qualidade de vida. Também indicam uma necessidade de reorganização dos serviços de saúde para atender essa faixa etária (WHO, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (1994) definiu qualidade de vida como uma percepção individual das condições de vida, no contexto da cultura e sistema de valores onde vivem os indivíduos, em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações no conjunto de valores de vida e sua relação com metas, expectativas, parâmetros e relações sociais. É uma noção ampla, incorporando de forma complexa a saúde física de uma pessoa, o estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e características mais salientes em relação ao meio ambiente.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, 2000, p. 75).

As doenças bucais estão relacionadas à qualidade de vida considerando-se sua associação à dor e ao desconforto, à perda de horas de trabalho, e ao comprometimento da função social dos indivíduos (MACFARLENE, 2002 e WHO, 2003). A dor é um sintoma comum das condições dentais e orais dos indivíduos, e tem um profundo e imediato impacto sobre a qualidade da vida diária. Ela perturba o



sono, o trabalho, atividades de lazer e as relações com outras pessoas. É um sintoma, ou expressão subjetiva, que provoca grande impacto na qualidade de vida das pessoas, podendo alterar suas atividades e o convívio social (LOCKER e GRUSHKA, 1987). A percepção da dor é multifacetada e modulada por fatores individuais, tais como: genéticos, psicoafetivos e sociais, envolvendo experiências passadas e expectativas culturalmente determinadas (MELZACK, 1982).

A saúde bucal é definida como sendo a ausência de dor e infecção, da qual faz parte uma dentição confortável e funcional, seja ela natural ou protética, permitindo ao indivíduo exercer seu papel social (DOLAN, 1993).

A boca tem funções biológicas (como a mastigação) e funções sociais (como falar, sorrir e comunicar), ou seja, a cavidade oral possui íntima relação social e é o instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade (RODRIGUES, 2006).

Dada a importância da condição de saúde bucal, avaliar de que forma ela afeta a vida diária das pessoas, através de medidas de qualidade de vida é importante para o planejamento de ações que objetivem melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (SHEIHAM, 2000).

Nos últimos anos, vários indicadores vêm sendo desenvolvidos na tentativa de mensurar o impacto da saúde bucal nas atividades diárias, possuindo um enfoque social para decisão das necessidades de tratamento. Estes têm sido genericamente denominados indicadores sócio-dentais. Os indicadores sócio-dentais conseguem mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo, incluindo desde os aspectos funcionais (como, por exemplo, comer), os psicológicos (como humor, irritação) até os sociais (como freqüentar a escola, trabalhar, desempenhar obrigações familiares). O uso destes indicadores, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos, e a principal, é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (SHEIHAM, 2000).

Entre os indicadores sócio-dentais o Oral Impact of Daily Performances, (OIDP), desenvolvido por Adulyanon e Sheiham (1997), aborda a quantificação do impacto odontológico no desempenho diário dos indivíduos, através da freqüência e severidade. Também procura aferir a importância da percepção do informante sobre este impacto, e avaliar as causas dele. Por ser mais abrangente que os

anteriores, foi desenvolvido para ser utilizado no planejamento e avaliação de programas de saúde bucal (ADULYANON e SHEIHAM, 1997).

O objetivo deste estudo é investigar a relação entre dor bucal, tempo de visita ao dentista, necessidade de tratamento auto-percebida e o impacto odontológico em pessoas em idades entre 50 e 74 anos de três distritos sanitários de Porto Alegre.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Com o envelhecimento populacional, torna-se cada vez mais pertinente pensar em novas formas de abordar a saúde do idoso e, assim, garantir um envelhecimento com qualidade de vida. Com o aumento da expectativa de vida, o grupo de indivíduos de meia-idade (entre 40 e 60 anos) e idosos (60 anos ou mais) tornou-se de interesse para os gestores públicos. Por outro lado, existem poucos dados disponíveis sobre pessoas na faixa etária entre 50 e 60 anos, considerando-se principalmente que o edentulismo atinge um percentual expressivo desta população.

De acordo com a pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD (IBGE, 2003), o número de brasileiros com 50 anos ou mais corresponde a 18% da população total, o que equivale a mais de 31 milhões de pessoas.

Existe uma grande variedade de critérios cronológicos para definir a população idosa; isto se deve a grande heterogeneidade observada nessa parcela da população. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), define-se o início da terceira idade aos 60 anos para os países subdesenvolvidos e nos países desenvolvidos esse limite passa para 65 anos de idade (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002). No Brasil, consideram-se idosos (Lei Nº 10.741/03), os indivíduos maiores de sessenta anos de idade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica a população idosa de acordo com a idade cronológica: meia-idade ou primeiro envelhecimento (45 a 59 anos); senescência gradual (60 a 70 anos); velhice conclamada (70 a 90 anos) e longeva (acima de 90 anos) (KINA, 1996).

No entanto, a idade cronológica não é a única medida para caracterizar o envelhecimento, existem diferenças na condição de saúde, participação e nível de independência entre pessoas de mesma idade. Essas devem ser consideradas no planejamento de políticas, especialmente nos países em desenvolvimento, onde são necessárias medidas para ajudar as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas. Para isso, os programas e políticas de saúde devem estar baseados nos direitos, necessidades, preferências e capacidades das pessoas de terceira idade (WHO, 2002).

## 2.1 Uso dos serviços da população de meia idade e idosa

No estudo realizado pelo IBGE (PNAD Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, 2003) verificou-se que 51,30% do total de pessoas com idade de 50-64 anos não compareceram a consulta odontológica há 3 anos ou mais. Esse estudo apresentou uma tendência no aumento do número de consultas médicas com a idade. Há, ainda, uma progressão da proporção de pessoas que declararam restrição de suas atividades habituais por motivos de saúde, alcançando 14% no grupo de 65 anos ou mais de idade.

O processo de envelhecimento é contínuo e inevitável, por isso deve ser vivido da forma mais agradável possível (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002). Para a manutenção de qualidade de vida, a condição médica funcional dos indivíduos de meia-idade e idosos é, talvez, o principal fator que precisa ser levado em consideração. As taxas de doenças crônicas e condições com implicações para a prática odontológica são bastante prevalentes. Essas desordens, freqüentemente incapacitantes, influenciam na capacidade de desempenhar atividades diárias básicas, como caminhar, sair de casa, e realizar movimentos como estender os braços e pegar pequenos objetos. Assim, a necessidade de serviços, não é determinada unicamente pela presença ou ausência de doença, mas está baseada na capacidade do indivíduo de tolerar e se beneficiar do tratamento dentário. Para isso os serviços devem estar preparados para proporcionar a continuidade do cuidado (LOCKER, 1989).

O aumento no número de indivíduos de meia-idade e idosos, e a tendência dessa população, em manter seus dentes possivelmente implicará num aumento de necessidades de tratamento dentário, exigindo, assim, mudanças nos padrões da prática odontológica (LOCKER, 1989).

Sabe-se que envelhecimento causa alterações no sistema estomatognático, como por exemplo: alterações na estrutura óssea da maxila e mandíbula; reabsorções do rebordo residual; perda de resistência e tonicidade dos músculos faciais; diminuição do fluxo salivar e aumento da viscosidade; alterações na mucosa bucal e lingual; aumento de problemas gengivais e periodontais; alterações dentárias (como mudança de cor, desgastes, e modificações em nível de esmalte, dentina, polpa e cimento) (BRUNETTI e MONTENEGRO, 2002).

A condição de saúde bucal dos indivíduos de meia-idade foi analisada no

Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal de 1986 no Brasil, que constatou CPO-D médio de 27,21 em indivíduos com idades entre 50 e 59 anos, sendo 85,97% da composição do mesmo, formada pelo componente perdido. Verificou-se ainda que somente 1,33% dos indivíduos possuíam periodonto saudável (COSTA, 2006). Dados do estudo SB Brasil (2003), e SB-RS (2003) para a população de 65 - 74 anos apresentaram uma média de 26 dentes com experiência de cárie no Rio Grande do Sul (RS), sendo 92,27% da composição do CPO-D representada por dentes perdidos; valor levemente menor que o resultado do país que foi de 27,8 dentes com experiência de cárie e 93% de dentes perdidos. Observa-se um aumento gradativo de perdas dentárias com o avanço da idade, indicando a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde que invertam esta lógica. Também se percebe uma redução no acesso aos serviços odontológicos na medida em que avança a idade. A população idosa, em sua maioria (59% no RS e 66% no Brasil) visitou o cirurgião dentista (CD) há 3 anos ou mais; 52,18% julgou necessitar de algum tratamento no momento da entrevista. A dor foi o motivo da consulta para 48% dos idosos no Brasil e 38% dos idosos no Estado.

Dentre as dores orofaciais, a dor dental é a mais relatada, com uma prevalência média de 12% nos estudos encontrados (LOCKER e GRUSHKA, 1987; RILEY *et al.*, 1998; RILEY e GILBERT, 2001). Dependendo da intensidade da dor dental, ela pode causar grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos (SLADE, 2001), determinando interrupção nas atividades diárias, no sono, falta à escola e ao emprego, dificuldades para comer e se relacionar com outras pessoas, entre outros (LOCKER e GRUSHKA, 1987; REISINE, 1988).

## **2.2 Dor bucal, o uso dos serviços e o impacto odontológico**

A dor é o principal motivo para a procura de serviços odontológicos, principalmente em indivíduos que possuem dificuldade em acessar esses serviços. Essa constatação pode ser comprovada pelo estudo realizado por Petersen *et al.* (2000) em que, para mais de 80% dos pesquisados, a razão da última visita ao dentista foi algum sintoma ou problema bucal agudo.

Apesar de a dor bucal ser um dos principais motivos de visita ao dentista, não há relação direta entre percepção da dor e a busca por atendimento odontológico. Locker e Grushka (1987) encontraram prevalência elevada de dor em 50,1% dos

entrevistados, sendo descrita como moderada, severa e muito severa. No entanto, apenas 40% das pessoas que sentiram dor dental procuraram atendimento odontológico, semelhante ao encontrado por McFarlane *et al.* (2002), em que somente 46% dos participantes com dor orofacial tinham marcado avaliação com dentista ou médico.

Em estudo de Lisboa e Abegg (2006), observa-se que a dor apareceu como quarto motivo de consulta ao dentista, com 13,1% da amostra estudada. Já no último levantamento nacional sobre saúde bucal (SB BRASIL, 2003), constatou-se que a consulta de rotina, manutenção e a procura de atendimento em razão da dor foram os motivos mais frequentes da ida ao consultório dentário. Ao se analisar o intervalo de tempo entre essas visitas, constatou-se que pessoas do sexo masculino entre 35 a 49 anos (maior faixa etária em análise) que possuem até oito anos de estudo e renda de até dois salários mínimos, em sua maioria, relataram buscar atendimento odontológico somente quando sentiam dor dental.

Alexandre e Navadovsky (2003), investigando a associação entre o relato da dor e outras variáveis como características sociodemográficas e o padrão de visita ao dentista, encontraram uma prevalência de dor de dente nos indivíduos que relataram nunca ter visitado o dentista de 11,8% e, dos que o visitaram, somente quando tiveram algum problema (3,9%). Três em cada 100 indivíduos maiores de 22 anos relataram ter tido dor de dente capaz de interromper suas atividades diárias.

Estudos indicam a associação da dor dental com experiência de cárie em grupos socioeconômicos baixos e com acesso reduzido ao tratamento. Além disso, a dor de dente tem um reflexo importante na saúde pública, podendo causar impacto na qualidade de vida (SLADE, 2001). Um estudo realizado no Reino Unido mostrou que 17% dos indivíduos que tiveram dor orofacial perderam tempo de trabalho ou tiveram dificuldades em realizar suas atividades rotineiras por causa da dor (McFARLANE *et al.*, 2001), reiterando relatos de Locker e Grushka (1987) e Riley *et al.* (2001) de que muitas horas de sono, de trabalho e de escola são perdidas por causa de dor dental.

Em pesquisa realizada por Lacerda *et al.* (2004), a prevalência de dor de origem dentária como motivo da última consulta odontológica foi de 18,7%. Salienta-se que a cárie, além da perda dental, traz consigo outro problema que é a dor, cujos reflexos podem interferir no comportamento dos indivíduos e afetar suas atividades cotidianas. Além disso, ela é influenciada por condições sociais e pelo acesso aos

serviços odontológicos.

Para Gagliese e Melzack (1997), uma significativa experiência de dor em idosos pode causar interferências no seu funcionamento normal. A dor é um dos impactos mais comuns das doenças bucais e está associada com a percepção de necessidade de tratamento, cuidados odontológicos e redução na qualidade de vida.

No estudo realizado para validação do Oral Health Impact Profile (OHIP), a dor foi relatada por 71% dos dentados e 51% dos edêntulos, dos quais 69% referiram limitação funcional. Houve variação na distribuição do impacto social entre pessoas dentadas e edêntulas. Escores mais altos de impactos sociais foram apresentados por sujeitos que referiram necessidade de ir ao dentista em comparação aos que não referiram essa necessidade (SLADE e SPENCER, 1994). Em estudo realizado por Gomes e Abegg (2007), com trabalhadores adultos de 35-44 anos, foi demonstrado que entre as pessoas que relataram problemas bucais, o desconforto (40,6%), a insatisfação com a aparência (31,5%) e a dor (31,2%) foram os sintomas mais comuns.

A promoção de saúde bucal e programas preventivos que incentivem a população a conservar seus dentes naturais devem ser iniciados no início da vida e ter continuidade. Tendo em vista a dor e a redução na qualidade de vida associada com problemas bucais, serviços odontológicos básicos e acessibilidade à reabilitação protética são obrigatórios (WHO, 2002).

### **2.3 Indicadores sociodentais**

Com o conceito ampliado de saúde, a definição de necessidades de tratamento baseada apenas na interpretação clínica tornou-se muito limitada. Passou-se a incluir outros aspectos: o impacto da doença nos indivíduos e na sociedade, os graus de deficiência e disfunção que a doença provoca, as percepções e atitudes dos pacientes frente aos seus problemas de saúde e as origens sociais das doenças mais comuns. Acredita-se que esses fatores influenciam a utilização de serviços de saúde, o desenvolvimento de técnicas de cuidado médico e a efetividade do tratamento (SHEIHAM *et al.*, 1982).

A relação entre indicadores sócio-dentais e de qualidade de vida tem sido constantemente estudado a fim de estimar as necessidades de tratamento em saúde bucal (CUSHING *et al.*, 1986; LOCKER, 1989; SLADE, 1997; SHEIHAM, 2000). A

Classificação de Comprometimentos, incapacidades e Deficiências – *Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – desenvolvida pela OMS (1980) foi adaptada para a saúde bucal por Locker em 1988, tornando-se a base para o desenvolvimento dos índices posteriores. Esse modelo utiliza as dimensões de comprometimento, limitações funcional, desconforto, incapacidade e deficiências, conceitos capazes de relacionar as questões biológicas à qualidade de vida (LOCKER, 1989; SHEIAM, 2000). Para a adaptação, Locker (1988) estabeleceu três diferentes níveis de impacto, de acordo com as conseqüências dos problemas de saúde bucal (ADULYANON e SHEIHAM, 1997).

O primeiro nível refere-se à condição oral, incluindo os prejuízos medidos clinicamente: o segundo nível inclui os possíveis impactos negativos da condição bucal, como dor, desconforto e limitação funcional, além da insatisfação com a aparência. Já o terceiro nível representa o impacto na capacidade de realizar atividades diárias para avaliar o desempenho físico, psicológico e social. Assim, qualquer das dimensões do segundo nível pode ter impacto no desempenho diário (ADULYANON e SHEIHAM, 1997). Diferentes instrumentos foram desenvolvidos na tentativa de capturar mais do que os aspectos clínicos das doenças orais, e para facilitar a exploração de associação entre doenças orais e seus desfechos (conseqüências) em termos de saúde e bem-estar. Dados de estudos, usando estes indicadores subjetivos do estado de saúde oral indicam uma grande proporção de indivíduos com experiências de impacto negativo no bem-estar funcional e psicossocial em decorrência de problemas bucais (LOCKER, 1992).

Os indicadores sociodontais baseiam-se nos efeitos, psicológicos, culturais e econômicos dos problemas bucais e têm o objetivo de melhorar a concepção de necessidade de tratamento adicionando a medida de impacto social (SRISILAPANAN e SHEIHAM, 2001). Entre os vários indicadores desenvolvidos está o *OIDP* (ADULAYON e SHEIHAM, 1997).

#### **2.4 Oral Impact on Daily Performance – OIDP**

O *OIDP* – *Oral Impact on Daily Performance* – é um instrumento desenvolvido por Adulayon e Sheiham (1997), cujo objetivo é mesurar como a saúde bucal afeta a qualidade de vida dos indivíduos; inclui, portanto, o terceiro nível de impacto (LOCKER, 1988). O instrumento é um dos indicadores mais abrangentes, pois faz



uma abordagem concisa que engloba todas as conseqüências do nível dois e ainda reduz a repetição de escores. Além disso, apenas os impactos significativos são registrados, eliminando outras condições, que não levam a impactos sobre as atividades diárias. Enfim, é menos difícil medir os impactos comportamentais, em relação ao desempenho diário, como comer e falar, do que aspectos de percepção, como desconforto ou preocupação (ADULAYNON e SHEIHAM, 1997).

O OIDP mede o impacto oral de aspectos físicos (comer, falar claramente, limpar os dentes), psicológicos (dormir e relaxar, sorrir, dar risada e mostrar os dentes sem ficar envergonhado, manter um estado emocional equilibrado) e sociais (trabalhar, desempenhar o papel social e gostar do contato com pessoas) no desempenho diário (ADULAYNON e SHEIHAM, 1997). Posteriormente, adaptações foram feitas para o uso em diferentes populações e faixas etárias, sendo que a versão dessa pesquisa aborda 11 desempenhos diários.

O instrumento quantifica o impacto em frequência e severidade, além de avaliar a importância relativa de cada impacto percebido pelos sujeitos em diferentes desempenhos. Utiliza uma escala de cinco pontos, em que 0 seria “nenhum efeito” e 5 seria “efeito extremo” para indicar a intensidade com que a dificuldade relatada afetou o seu cotidiano. Questiona-se a frequência do impacto utilizando um padrão de ocorrência que pode ser “seguidamente” quando se refere a dias ou vezes na semana, ou “apenas em parte do período” para se referir a dificuldades que duram meses. O cálculo do índice é feito multiplicando o escore da frequência com o escore da severidade, e somando-se todos os desempenhos afetados pelo indivíduo.

Para aumentar a utilidade do OIDP em avaliar necessidades específicas de tratamento, questões sobre sintomas percebidos e prejuízos de qualquer impacto no desempenho foram adicionadas. Assim, a pessoa que perceber algum impacto, questiona-se em relação à causa provável para esse problema e o tipo de prejuízo que tem lhe causado. Ajustando-se pontos de corte, o OIDP demonstrou utilidade como um indicador de necessidades de tratamento oral para planejamento em populações (ADULYANON e SHEIHAM, 1997).

O OIDP tem sido bastante usado nas investigações do impacto da saúde oral na qualidade de vida em pesquisas internacionais (ADULYANON *et al.*, 1996; SRISILAPANAN e SHEIHAM, 2001; SHEIHAM *et al.*, 2001; TSAKOS *et al.*, 2001) e mais recentemente no Brasil (CORTES *et al.*, 2002; GOMES e ABEGG, 2004;

LACERDA *et al.*, 2008). Poucos são os estudos em idosos utilizando esse indicador. Esse instrumento foi utilizado na população acima de 50 anos, apenas na Grã-Bretanha (SHEIHAM *et al.*, 2001), Tailândia (SRISILAPANAN e SHEIHAM, 2001), Grécia (TSAKOS *et al.*, 2001) e Brasil (PEREIRA *et al.*, 2009).

No estudo de Srisilapanan e Sheiham (2001), mais da metade (52,8%) dos indivíduos tiveram pelo menos um desempenho afetado por condição bucal, sendo mais comum o impacto para comer, relacionado a problemas com seus dentes. Verificou-se que a condição bucal afeta a prevalência do impacto, pois os idosos edêntulos tiveram impacto mais frequente e severo do que os dentados. Ainda, os principais sintomas que causaram o impacto foram dor e limitação funcional, sendo dor a principal causa de dificuldades para dormir e relaxar (100%), limpar os dentes (91,7%), realizar atividades físicas (87,5%), ter contato social (51,7%) e manter estado emocional (46,7%). As pessoas com maior renda foram propensas a ter menor pontuação no OIDP, assim como indivíduos que costumam realizar consultas odontológicas não tiveram impacto (OIDP=0) ou uma pontuação mais baixa comparada àqueles que nunca foram ao dentista.

Enquanto na população mais jovem a dor aparece como a principal razão de impacto oral, na população mais velha esta é a perda de dentes, a qual parece estar associada com todas as subescalas do impacto social em indivíduos dentados (SLADE e SPENCER, 1994; ADULYANON *et al.*, 1996; SRISILAPANAN e SHEIHAM, 2001).

Em estudo realizado na Tailândia com o OIDP, verificou-se que 73,6% das pessoas tiveram pelo menos um desempenho diário afetado por impacto odontológico, sendo as principais causas do impacto a dor e o desconforto (ADULYANON *et al.*, 1996).

No estudo de Gomes e Abegg (2007), já anteriormente citado, a prevalência do impacto foi de 73,6% e o desempenho mais afetado foram comer e apreciar a comida (48,6%), higienizar os dentes (38,4%) e sorrir e mostrar os dentes sem ficar envergonhado (37,3%). As pesquisadoras salientam que essa faixa etária é a que apresenta uma maior prevalência de impacto, o que pode ser explicado por uma maior presença de necessidades de tratamento não atendidas, em virtude da dificuldade de acesso ao tratamento clínico deste grupo etário.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral**

Investigar a relação entre dor bucal, procura por atendimento, necessidade de tratamento auto-percebida e o impacto odontológico em pessoas com idades entre 50 e 74 anos de três distritos sanitários de Porto Alegre.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Investigar a prevalência da dor bucal e qual o desempenho mais afetado por ela;
- Descrever a frequência de procura por atendimento;
- Investigar a prevalência da necessidade de tratamento odontológico auto-percebida.

# **1. HIPÓTESES**

## **1.1. Hipótese 1**

A dor bucal afeta o desempenho das atividades diárias. Indivíduos que relataram ter sentido dor nos últimos seis meses apresentam maior impacto odontológico na qualidade de vida, do que aqueles que não apresentaram dor.

## **1.2. Hipótese 2**

A periodicidade de procura por atendimento odontológico tem relação com o impacto odontológico no desempenho diário. Indivíduos que procuraram atendimento odontológico com menor frequência apresentam maior impacto odontológico comparado com os que procuraram atendimento odontológico com maior frequência.

## **1.3. Hipótese 3**

A necessidade auto-percebida de tratamento está associada com o impacto odontológico. Indivíduos com alta necessidade de tratamento auto-percebida apresentam maior impacto odontológico do que aqueles com baixa necessidade auto-percebida de tratamento.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Delineamento do estudo**

Estudo analítico transversal de base populacional.

### **4.2 Local do estudo**

Este estudo foi realizado no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, e segunda capital do Brasil com a maior proporção de idosos na população (11,8%) (IBGE, 2002).

O município de Porto Alegre é constituído por 82 bairros, agrupados em 16 Distritos Sanitários, dos quais foram sorteados três: Partenon, Glória e Leste.

### **4.3 População-alvo**

A população-alvo era composta por pessoas com idade entre 50 e 74 anos residentes em três distritos sanitários de Porto Alegre. A avaliação dessa faixa etária era de interesse para o sistema de saúde e gestores públicos, dada a crescente expectativa de vida da população brasileira e o conseqüente aumento na procura por serviços dessa população.

### **4.4 Plano amostral**

#### **4.4.1 Cálculo da amostra**

O cálculo amostral foi realizado projetando-se uma prevalência do desfecho 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 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.

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

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

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

<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

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

##### 4.4.2.1 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). Obteve-se seguinte fórmula:

$$\text{Número de setores} = \frac{\text{amostra calculada para cada distrito sanitário}}{8}$$

<b>Distrito</b>	<b>n por distrito</b>	<b>Nº de setores censitários Necessários por distrito</b>	<b>Nº de setores censitários necessários por distrito + 10% (perdas)</b>
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.**

#### 4.4.2.2 Terceiro estágio: domicílios

Para seleção do domicílio ponto de partida dos exames dentro de cada setor foi necessário obter previamente seus mapas e realizar o seguinte fluxograma:

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 os exames, do qual se inicia as visitas as 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 realizado somente uma entrevista, havendo mais de um indivíduo elegível, opta-se pelo sujeito de sexo masculino. Foi realizada nova escolha aleatória, através de sorteio, sempre que existia mais de um indivíduo de mesmo sexo na residência.

#### 4.4.2.3 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.

### 4.5 Critérios de elegibilidade

Possuir idade entre 50 e 74 anos e residir no setor censitário pesquisado. Foram excluídas pessoas visitantes não residentes no domicílio, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

## 4.6 O instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário composto pelo Oral Impact on Daily Performances (OIDP), validado para esta pesquisa e questões objetivando mensurar a situação socioeconômica, uso de serviços odontológicos, a necessidade auto percebida de tratamento odontológico e frequência e intensidade de dor bucal.

### 4.6.1 Oral Impact on Daily Performances (OIDP)

#### 4.6.1.1 Conteúdo do índice e sistema de classificação

O índice utilizado é composto por onze performances ou atividades cotidianas ligadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais, com base na validação e adaptação do instrumento utilizado atualmente pelo grupo de pesquisa em Dental Public Health do University College London (SHEIHAM *et al.*, 2001; TSAKOS *et al.*, 2001).

ATIVIDADES/DESEMPENHOS INCLUÍDAS NO OIDP
Comer
Falar claramente
Limpar seus dentes (dentaduras)
Realizar atividades físicas leves, com 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 do que o normal
Trabalhar
Aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos
Descansar

Fonte: Adaptado de Adulyanon e Sheiham, 1997.

#### **Quadro 3 – Atividades/Desempenhos incluídos no OIDP.**

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



#### 4.6.1.2 Classificação de frequência

Semelhante ao utilizado em outros estudos e dor crônica, o tempo de seis meses passados, referido no OIDP, é considerado apropriado para as ocorrências comuns das condições orais (ADULYANON e SHEIHAM, 1997).

O entrevistado relata a frequência do impacto através do padrão de ocorrência. Utilizamos o padrão de período curto caso a frequência de impacto ocorra durante os seis meses e não apenas em parte do período.

<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 seis 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 em partes do período de seis meses.**

<b>FREQUÊNCIA DA ATIVIDADE/DESEMPENHO</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
Todos os dias ou quase todos os dias	5
De 3-4 vezes por semana	4
De 1-2 vezes por semana	3
De 1-2 vezes por mês	2
Menos de 1 vez por mês	1

**Quadro 6 – Critérios de classificação de frequência das atividades afetadas durante todo o período dos seis meses.**

#### 4.6.1.3 Classificação de severidade

A classificação de severidade fornece outra dimensão impacto, além da

frequência, e dá peso à importância relativa percebida dos impactos. A soma de cada classificação de desempenho contribui para o total e para a classificação final.

A severidade dos impactos percebidos no OIDP é obtida pedindo aos entrevistados que justifiquem a classificação, variando de 0 a 5, como uma indicação de quanta alteração ou incômodo o impacto causou à sua atividade diária.

<b>SEVERIDADE DO IMPACTO OCORRIDO</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 de severidade dos impactos ocorridos nos últimos seis meses.**

#### 4.6.1.4 Método de classificação

Para calcular o índice OIDP individual, multiplicou-se o escore da classificação de frequência com o escore de severidade, após somou-se todos os escores de desempenhos afetados. A soma de todos os escores individuais dividido pelo número de pessoas em uma determinada população forneceu o índice OIDP para a população.

#### 4.6.1.5 Relação causal dos impactos

Na tentativa de avaliar as necessidades de tratamentos específicos indicados no OIDP, à pessoa que percebeu algum impacto, foi questionada em relação à causa provável para esse problema e o tipo de prejuízo que tem lhe causado. A partir da resposta, pôde-se relacionar o impacto odontológico à condição clínica especificada pelo indivíduo.

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 do céu da boca)	16
Dente frouxo/mole	6	Mandíbula (carrinho) com estalido ou rangido na mandíbula (carrinho)	17
Cor dos dentes	7	Obturação ou coroa com defeito (ex. quebrado, por causa da cor)	18
Posição dos dentes (ex. torto ou pr� 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 classifica o dos problemas bucais que causaram impacto no desempenho diário.**

#### 4.6.1.6 Fórmula de cálculo para o OIDP

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

**Quadro 9 – Cálculo do OIDP.**

A soma máxima do indivíduo equivale à soma da pontuação das onze categorias, nas quais foram multiplicadas as pontuações de frequência pelas pontuações de severidade, ou seja:

$$11 \times 5 \times 5 = 275$$

#### 4.6.2 Dados sociodemográficos de acesso aos serviços

Os dados sociodemográficos de acesso aos serviços, dor dentária e necessidade de tratamento foram coletados através de uma adaptação da ficha de estudo SB Brasil (2003) (Anexo B).

#### 4.7 Variáveis do estudo

<b>VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
Idade	___ anos
Gênero	1 – Feminino 2 – Masculino
Número de pessoas na casa	___ pessoas
Número de cômodos na casa	___ cômodos
Renda familiar	___ em Reais
Renda pessoal	___ em Reais
Nível educacional	___ em anos de estudo
Moradia	1 – Própria 2 – Própria em aquisição 3 – Alugada 4 – Cedida 5 – Outros
Posse de automóvel	1 – Não possui 2 – Possui 1 automóvel 3 – Possui 2 ou mais automóveis

**Quadro 10 – Variáveis sociodemográficas do estudo e suas categorias.**

Se foi ao dentista alguma vez na vida.	0 – Sim 1 – Não
Tempo da última consulta ao dentista.	0 – Nunca foi ao dentista 1 – Menos de 1 ano 2 – De 1 a 2 anos 3 – 3 ou mais anos
Local.	0 – Nunca foi ao dentista 1 – Serviço Público 2 – Serviço Privado Liberal 3 – Serviço Privado (Planos e convênios) 4 – Serviço Filantrópico 5 – Outros
Motivo da visita ao dentista.	0 – Nunca foi ao dentista 1 – Consulta de rotina/reparos/manutenção 2 – Dor 3 – Sangramento gengival 4 – Cavidade nos dentes 5 – Ferida, caroço ou manchas na boca 6 – Rosto inchado 7 – Outros
A quantidade de dor causada por dentes e gengivas nos últimos seis meses.	0 – Nenhuma dor 1 – Pouca dor 2 – Média dor 3 – Muita dor
Autopercepção quanto a necessidade de tratamento odontológico.	0 – Sim 1 – Não

\* Quando a procura referente ao último atendimento se deu por causa de dor, de qualquer intensidade, nos dentes e/ou gengivas.

**Quadro 11 – Variáveis de acesso ao serviço odontológico.**

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO OIDP	CATEGORIAS
<p><b>Pergunta 1</b></p> <p>Dificuldade para...</p> <p>Comer*</p> <p>Falar claramente*</p> <p>Limpar seus dentes (dentaduras)*</p> <p>Realizar atividades leves, como trabalhos domésticos*</p> <p>Sair (por exemplo: ir as compras ou visitar alguém)*</p> <p>Sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado*</p> <p>Trabalhar*</p> <p>Aproveitar o convívio de parentes, amigos ou vizinhos*</p> <p>Descansar*</p>	<p>1 = Sim</p> <p>2 = Não</p>
<p>* As categorias sim e não se referem a todos os desempenhos citados</p>	
<p><b>Perguntas 2</b></p> <p>Frequência da dificuldade do desempenho</p>	<p>1 = Seguidamente</p> <p>2 = Em desse período</p>
<p><b>Pergunta 3</b></p> <p>Frequência da dificuldade do desempenho</p>	<p>5 = todos os dias ou quase todos os dias</p> <p>4 = de 3-4 vezes por semana</p> <p>3 = de 1-2 vezes por semana</p> <p>2 = de 1-2 vezes por mês</p> <p>1 = menos de uma vez por mês?</p>
<p><b>Pergunta 4</b></p> <p>Frequência da dificuldade do desempenho</p>	<p>5 = mais de 3 meses</p> <p>4 = de 2 a 3 meses</p> <p>3 = de 1 a 2 meses</p> <p>2 = de 5 dias a 1 mês</p> <p>1 = por 5 dias ou menos?</p>
<p><b>Pergunta 5</b></p> <p>Severidade do impacto no desempenho</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>

(cont. Quadro 12)

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO OIDP	CATEGORIAS
<p><b>Pergunta 6</b></p> <p>Problema 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 (ex. torto ou para 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 (ex. abio leporino, fenda palatina, abertura no céu da boca)*</p> <p>Mandíbula (carrinho) com estalido ou rangido na mandíbula (carrinho)*</p> <p>Aparelho nos dentes (ortodôntico)*</p> <p>Qualquer outra razão (citar qual)*</p> <p>* Todos tem categorias 1 – sim; 2 – não.</p>

**Quadro 12 – Variáveis do estudo relacionadas ao OIDP e suas categorias.**

#### 4.8 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 (Anexo C).

## **4.9 Treinamento dos entrevistadores**

Os entrevistadores foram treinados antes do início da coleta de dados. Além disso, foram realizadas reuniões quinzenais para discutir as dificuldades encontradas durante a coleta de dados.

## **4.10 Estudo piloto**

O estudo piloto foi realizado com o objetivo de testar a aplicação do questionário e verificar o tempo necessário para a realização da entrevista. Neste, foram entrevistados um total de 40 indivíduos de 50 anos ou mais, residentes no município de Porto Alegre, selecionados por conveniência.

## **4.11 Controle de qualidade de dados**

Ao término de cada entrevista, as fichas foram revisadas pelo entrevistador, a fim de verificar o correto preenchimento e coerência nos registros. A digitação dos dados foi realizada por pessoal treinado e com conhecimento do estudo em questão. A cada dez questionários digitados foi feita uma listagem dos mesmos para a conferência com os instrumentos originais.

## **4.12 Confiabilidade das entrevistas**

A confiabilidade dos dados foi realizada por intermédio da re-entrevista de 5% da amostra num intervalo de uma semana. Os coeficientes de correlação intraclassa foram: 0,85 para o questionário e 0,80 para o OIDP. A confiabilidade interna do OIDP foi de 0,69 (alpha de Cronbach).

## **4.13 Construção de medidas**

### **4.13.1 Variáveis explicativas**

#### **4.13.1.1 Variáveis sócioeconômicas**

a) Idade: coletada em anos completos e dividida em duas categorias:

50-59 anos: código 0

60-74 anos: código 1



b) Gênero: coletada seguindo a sua ocorrência:

Masculino: código 0

Feminino: código 1

c) Escolaridade: coletada em anos de estudo completados do ensino formal. Não foram contados os anos de repetência. No entanto, cursos de especialização e pós-graduação entraram na contagem. Esta variável foi dicotomizada conforme sua frequência:

6 anos ou mais de estudo: código 0

De 0 – 5 anos de estudo: código 1

d) Renda: coletada em reais. Considerou-se o valor bruto do rendimento de cada indivíduo. Esta variável foi dicotomizada através do valor do salário mínimo (R\$ 415,00) vigente durante o período de coleta de dados do estudo:

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

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

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

**Quadro 13 – Variáveis socioeconômicas do estudo e suas categorias.**

#### 4.13.1.2 Variáveis de dor dentária e necessidade autopercebida de tratamento

a) Prevalência de dor: coletada em categorias de Intensidade de dor e dicotomizada a partir da distribuição da frequência em:

Não: código 0

Sim: código 1

b) Prevalência de dor severa: esta variável foi coletada inicialmente em quatro categorias sendo agrupadas posteriormente em duas novas categorias, objetivando especificar aqueles indivíduos que relataram ter sentido muita dor nos últimos seis meses. A variável ficou então, codificada como:

Nenhuma, pouca ou média dor: código 0

Muita dor: código 1

c) Necessidade autopercebida de tratamento: coletada seguindo a sua ocorrência:

Não: código 2

Sim: código 1

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
Prevalência de Dor	0 – Não 1 – Sim
Prevalência de dor severa	0 – Nenhuma, pouca ou média dor 1 – Muita dor
Necessidade autopercebida de tratamento	0 – Não 1 – Sim

**Quadro 14 – Variáveis de dor dentaria e necessidade de tratamento odontológico autopercebida e suas categorias.**

#### 4.13.1.3 Variáveis de uso de serviços odontológicos

a) Procura por atendimento no último ano: a variável foi coletada em quatro categorias e posteriormente agrupada de acordo com a frequência da procura por atendimento no último ano:

Sim: código 0

Não: código 1

b) Local do Último Atendimento Odontológico: variável coletada inicialmente em seis categorias e dicotomizada em:

Serviço Privado: código 0

Serviço Público: código 1

c) Motivo da consulta odontológica: variável coletada em sete categorias que foram codificadas da seguinte forma:

Atendimento de rotina, manutenção e ou prevenção: código 0

Atendimento por motivos de dor: código 1

Atendimento para demais tratamentos: código 2

VARIÁVEIS	CATEGORIAS
Procura por Atendimento no Último Ano	0 – Sim 1 – Não
Local do Último Atendimento Odontológico	0 – Serviço Privado 1 – Serviço Público
Motivo da consulta odontológica	0 – Atendimento de rotina, manutenção e ou prevenção 1 – Atendimento por motivos de dor 2 – Atendimento para demais tratamentos

**Quadro 15 – Variáveis de uso e acesso a serviços odontológicos do estudo e suas categorias.**

#### 4.13.2 Variável Dependente (Desfecho)

A variável de desfecho foi o escore do OIDP alto (impacto alto).

O cálculo do escore individual do OIDP foi realizado por meio da multiplicação da frequência pela severidade dos desempenhos diários atingidos, seguidos pela soma total dos escores dos desempenhos afetados. Os escores de OIDP variaram de 0 a 230 nesta população. Os indivíduos com OIDP maior que zero foram divididos em tercis, sendo excluídos aqueles cujo valor do OIDP = 0. Os indivíduos que compunham os dois primeiros tercis, (OIDP 1 a 39) foram classificados como *impacto baixo*, enquanto o grupo com os valores mais altos de OIDP (> 40) foi classificado como *impacto alto*, originando as seguintes categorias:

Impacto Baixo – de 1 a 39: código 1

Impacto Alto – maior ou igual a 40: código 2

#### 4.14 Análise dos dados

Os dados foram analisados através de regressão de Poisson com ajuste para variância robusta, levando-se em consideração uma amostragem por conglomerados. Para as análises, utilizou-se o programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), sendo o comando `Svyset` programado seguindo os estágios da amostragem.

Quando se realizou a frequência das variáveis sexo e idade, observou que, na faixa etária de 50-59 anos, a população masculina foi subestimada, enquanto na idade de 60-74, o sexo feminino foi superestimado. Portanto, foram realizados ajustes de amostra da pesquisa através da função “weight cases” do SPSS 17.0 para distribuição das variáveis idade e sexo por alocação otimizada. Utilizou-se como parâmetro para este cálculo a distribuição das variáveis idade e sexo da população dos setores estudados (IBGE, 2000) como exposto no quadro 16. Foram atribuídos pesos amostrais diferenciais para cada grupo estudado através da razão do N.

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

**Quadro 16 – Distribuição absoluta e percentual da população e indivíduos incluídos na pesquisa agrupados por sexo e idade.**

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

**Quadro 17 – Coeficiente de ponderação para os indivíduos da pesquisa, agrupados por sexo e idade.**

A existência de associação entre o desfecho e os fatores em estudo foi verificada por meio de análises univariadas exploratórias. A seguir, foi realizada análise multivariada através do método backward. Neste modelo, todas as variáveis

independentes com  $P \leq 0,20$  nas análises univariadas foram incluídas.

As variáveis: idade, sexo, escolaridade e renda foram incluídas no modelo independente do valor de  $P$  encontrado nas análises univariadas. A cada etapa, foram removidas as variáveis com categorias com  $P > 0,05$ . Ao final do modelo, todas as variáveis mantidas deveriam possuir ao menos uma categoria com  $P \leq 0,05$ .

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os entrevistados assinaram voluntariamente, em momento prévio, a entrevista, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, somente e, após sanada toda e qualquer dúvida relativa à pesquisa; tendo assegurado o sigilo de sua identificação e a garantia de que a participação ou não na pesquisa não lhe traria prejuízo de qualquer natureza, tendo o direito de desistir e excluir seus dados em qualquer momento da pesquisa sem qualquer justificativa.

O presente estudo fez parte da pesquisa intitulada “Avaliação do Impacto Odontológico no Desempenho Diário dos Indivíduos de 50 a 74 anos de Porto Alegre/RS” que teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS no dia 24/01/2006, ata número 01/06, com número de processo 46/05.

Previamente à realização da coleta de dados, a equipe de pesquisa entrou em contato com lideranças locais onde foram aplicados os instrumentos, a fim de esclarecer como seria realizada a coleta de dados e quais os objetivos da pesquisa.

Os entrevistados receberam esclarecimentos sobre suas condições de saúde bucal e eram orientados a procurar serviços de atendimento odontológico quando necessário.

## **6 ARTIGO**

### **RELAÇÃO ENTRE DOR BUCAL, E IMPACTO ODONTOLÓGICO EM UMA POPULAÇÃO DE 50 A 74 ANOS DE IDADE DO SUL DO BRASIL**

**Autores:** Charles Henrique Cavalheiro<sup>1</sup>  
Claides Abegg<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Maria – Programa Pós-Graduação de Ciências Odontológicas UFSM/UFRGS

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Departamento de Odontologia Preventiva e Social e Programa Pós-Graduação de Ciências Odontológicas UFSM/UFRGS – Nível Mestrado – Área de concentração em Saúde Coletiva.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal investigar a relação entre dor bucal, procura por atendimento, necessidade de tratamento auto-percebida e o impacto odontológico em pessoas em idades entre 50 e 74 anos de três distritos sanitários de Porto Alegre. Estudo analítico transversal de base populacional no município de Porto Alegre com 720 indivíduos, com idades entre 50 e 74 anos, residentes em três distritos sanitários. Os impactos odontológicos e os dados sociodemográficos foram coletados por meio de entrevistas estruturadas. O *Oral Impacts on Daily Performances – OIDP*, desenvolvido por Adulyanon, Vourapukjaru, e Sheiham (1996) foi utilizado para medir os impactos. As informações foram analisadas através de regressão de *Poisson*. A prevalência de dor na população estudada foi 32,8% e esteve presente em 32,5% dos indivíduos que referiram algum impacto odontológico, sendo as atividades diárias mais frequentemente associadas com a prevalência de dor: Falar (37,6%), limpar seu dentes e gengivas (37,0%) e aproveitar o convívio com as pessoas (36,5%); e com dor severa: Trabalhar (14,8%), aproveitar o convívio com as pessoas (11,6%) e descansar. Foram associados. As variáveis associadas significativamente ao desfecho impacto alto foram, procura por atendimento no último ano [RP 0,72 (0,54-0,96)] e motivos da consulta odontológica por dor [RP 1,75 (1,18-2,61)]. Os resultados deste trabalho servem como meio auxiliar na formulação de políticas públicas de saúde, voltadas ao atendimento de adultos e idosos, novos estudos são necessários para estabelecer relação causal entre dor dentária e o impacto odontológico, assim como das condições preditoras de impacto odontológico.

Palavras-chave: dor bucal; impacto odontológico; prevalência; OIDP.



## 6.1 Introdução

As doenças bucais estão relacionadas à qualidade de vida, considerando-se sua associação à dor e ao desconforto, à perda de horas de trabalho, e ao comprometimento da função social dos indivíduos (MACFARLENE, 2002 e WHO, 2003). A dor é um sintoma ou expressão subjetiva comum da condição bucal dos indivíduos, podendo afetar o desenvolvimento de suas atividades diárias (LOCKER e GRUSHKA, 1987; ADULYANON *et al.*, 1996). Dentre as dores orofaciais, a dor dental é a mais relatada (LOCKER e GRUSHKA, 1987; RILEY *et al.*, 1998; RILEY e GILBERT, 2001), sendo um dos principais motivos de consulta odontológica (LACERDA *et al.*, 2004; BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; LISBOA e ABEGG, 2006). Dependendo da intensidade da dor dental, ela pode causar grande impacto na qualidade de vida dos indivíduos, tendo reflexos importantes na saúde pública (SLADE, 2001).

Nos últimos anos, vários indicadores estão sendo desenvolvidos na tentativa de mensurar o impacto da saúde bucal nas atividades diárias, buscando um enfoque social para decisão das necessidades de tratamento. Estes têm sido genericamente denominados indicadores sócio-dentais e tem o objetivo de mensurar o grau em que as doenças bucais interferem no funcionamento normal e desejável do indivíduo. O uso destes indicadores, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos, oferece vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos, e a principal, é a mudança na ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (SHEIHAM, 2000).

A boca tem funções biológicas (como a mastigação) e funções sociais (como falar, sorrir e comunicar), ou seja, a cavidade oral possui íntima relação social e é o instrumento de comunicação com o mundo e com a sociedade (RODRIGUES, 2006).

Dado o impacto da condição de saúde bucal, avaliar de que forma a condição de saúde bucal afeta a vida diária das pessoas, através de medidas de qualidade de vida, é importante para o planejamento de ações que objetivem melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (SHEIHAM, 2000). O objetivo deste estudo é investigar a relação entre dor bucal, procura por atendimento, necessidade de tratamento auto-percebida e o impacto odontológico em pessoas em idades entre 50 e 74 anos de três distritos sanitários de porto alegre.

## 6.2 Material e métodos

Foi realizado um estudo analítico transversal de base populacional no município de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul. O município de Porto Alegre é a segunda capital do Brasil com a maior proporção de idosos na população (11,8%) (IBGE, 2002), constituída por 82 bairros, agrupada em 16 Distritos Sanitários. Desses foram aleatoriamente escolhidos três: Partenon, Glória e Leste. A população alvo era composta por pessoas com idade entre 50 e 74 anos residentes nesses três distritos sanitários.

Previamente, ao desenvolvimento da pesquisa foi desenvolvido um estudo piloto envolvendo 40 usuários do Centro de Saúde – Escola Murialdo para treinamento e calibração dos entrevistadores, avaliação da adequação dos instrumentos e obter subsídios para cálculo do tamanho da amostra.

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior, cujo cálculo amostral foi realizado projetando-se uma prevalência para o desfecho 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 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.

Os participantes foram selecionados através de amostragem aleatória proporcional de múltiplos estágios. No primeiro estágio, foram sorteados de forma aleatória simples 3 distritos sanitários de Porto Alegre. 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 de forma aleatória os quarteirões, sendo que, no quarto estágio, selecionou-se a esquina, e o domicílio, do ponto de início da coleta de dados. A cada domicílio foi realizada somente uma entrevista. Havendo mais de um indivíduo elegível, optou-se pelo sujeito do sexo masculino, na existência de mais de um indivíduo do mesmo sexo na residência, houve nova escolha aleatória. Foram excluídas pessoas visitantes não residentes no domicílio, domicílios desabitados, asilos e casas comerciais.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário composto pelo Oral Impact on Daily Performances (OIDP), e questões objetivando mensurar a situação socioeconômica, uso de serviços odontológicos, a necessidade auto percebida de tratamento odontológico e frequência da dor bucal. Estas questões foram adaptadas do estudo SB Brasil 2003 (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O OIDP utilizado é composto por onze performances ou atividades cotidianas ligadas aos aspectos físicos, psicológicos e sociais: 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 (SHEIHAM *et al.*, 2001; TSAKOS *et al.*, 2001).

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 confiabilidade interna do OIDP 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. Os coeficientes intra-classe foram 0,85 para o questionário e 0,80 para o OIDP.

Neste estudo, o desfecho foi o escore do OIDP alto (impacto alto), os indivíduos com OIDP maior que zero foram divididos em tercís, sendo excluídos aqueles cujo valor do OIDP = 0. Os indivíduos que compunham os dois primeiros tercís, (OIDP 1 a 39) foram classificados como impacto baixo, enquanto o grupo com os valores mais altos de OIDP (> 40) foi classificado como impacto alto. As variáveis independentes 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 mínimos, até 1 salário mínimo), prevalência da dor (não, sim), dor severa (nenhuma, pouca ou média dor, muita dor), necessidade autopercebida de tratamento (não, sim), procura por atendimento odontológico no último ano (sim, não), local do último atendimento odontológico (serviço privado, serviço público), motivo da consulta odontológica

(atendimento de rotina, manutenção e ou prevenção; atendimento por motivos de dor, atendimento para demais tratamentos).

Os dados foram analisados através de regressão de Poisson com ajuste para variância robusta, levando-se em consideração uma amostragem por conglomerados. Para as análises utilizou-se o programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos) sendo o comando *Svysset* programado seguindo os estágios da amostragem.

A análise da representatividade da pesquisa foi efetuada através da comparação dos dados das variáveis sexo e idade obtidos na pesquisa com as informações da população dos distritos sanitários sorteados (IBGE, 2000). Observou-se que, na faixa etária de 50-59 anos, a população masculina estava subestimada, enquanto na idade de 60-74 anos, o sexo feminino superestimado. Foram realizados ajustes na amostra através da função *svyset/weight* atribuindo pesos amostrais diferenciados para cada grupo estudado através da razão do N na população / N amostral.

A existência de associação entre os desfechos e os fatores em estudo foi verificada por meio de análises univariadas exploratórias. A seguir, foi realizada análise multivariadas através do método backward. Neste modelo, todas as variáveis independentes com  $P \leq 0,20$  nas análises univariadas foram incluídas. As variáveis: idade, sexo, escolaridade e renda foram incluídas no modelo independente do valor de P encontrado nas análises univariadas. A cada etapa, foram removidas as variáveis com categorias com  $P > 0,05$ . Ao final do modelo todas as variáveis mantidas deveriam possuir ao menos uma categoria com  $P \leq 0,05$ .

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

### **6.3 Resultados**

O estudo foi realizado com 720 indivíduos, a maioria, 66,9% (482), era do

sexo feminino, 53,1% (382) se encontrava na faixa etária de 50 a 59 anos e 46,9% (338) possuía idade entre 60 a 74 anos. Com relação à renda pessoal, 68,1% (490) do total da amostra afirmaram receber renda pessoal superior a um salário mínimo (R\$ 415,00). Entre os indivíduos estudados, 57,1% possuíam até 8 anos de estudos.

Do total da amostra, um terço dos indivíduos (32,8%) relatou ter apresentado dor bucal nos últimos 6 meses.

A dor bucal esteve presente em 32,5% dos indivíduos que referiram algum impacto odontológico em suas atividades diárias, tendo afetado com maior frequência os desempenhos e ou atividades diárias: falar (37,6%), limpar seu dentes e gengivas (37,0%) e aproveitar o convívio com as pessoas (36,5%). A presença de dor severa foi relacionada com maior frequência aos impactos: Trabalhar (14,8%), aproveitar o convívio com as pessoas (11,6%) e descansar. A relação completa dos desempenhos avaliados e seus respectivos valores são apresentados na Tabela 01.

Tabela 01 – Prevalência de dor e OIDP, distribuição entre os desempenhos e ou atividades diárias afetadas.

Desempenhos/Atividades diárias	Prevalência de Dor	Dor Severa
	n (%)	N (%)
<i>Prevalência de Impacto OIDP</i>	135 (32,5)	34 (8,2)
Comer	88 (32,8)	23 (8,6)
Falar	53 (37,6)	13 (9,2)
<i>Limpar</i>	34 (37,0)	9 (9,8)
<i>Realizar Atividade Física</i>	3 (27,3)	0 (0,0)
<i>Sorrir</i>	74 (33,5)	17 (7,7)
<i>Dormir</i>	20 (29,9)	6 (9,1)
<i>Sair</i>	21 (34,4)	3 (4,8)
<i>Alteração em Seu Estado Emocional</i>	32 (32,7)	9 (9,1)
<i>Trabalhar</i>	8 (29,6)	4 (14,8)
<i>Aproveitar Convívio com Pessoas</i>	31 (36,5)	10 (11,6)
<i>Descançar</i>	9 (32,1)	3 (11,1)

Quando questionados sobre sua percepção de necessidade de tratamento odontológico, verificou-se que a maioria, 490, (68,1%) acreditavam ter alguma necessidade de tratamento.

Com relação à procura por atendimento odontológico no último ano, cerca da metade dos indivíduos, 54, 8%, não procuraram atendimento e 325 (45,2%) o buscaram.

Observou-se que 228 (31,9%) indivíduos procuraram atendimento odontológico na busca de consulta de rotina, manutenção e/ou prevenção, 175 (24,4%) o realizaram por motivos de dor e 43,7% para os demais tratamentos odontológicos.

Do total de 720 indivíduos examinados, 416 (57,8%) relataram, pelo menos, um desempenho, ou atividade diária, afetada por problemas odontológicos nos últimos seis meses.

Em relação ao escore do OIDP, 5,4% (39) dos indivíduos apresentaram impacto igual a zero e foram excluídos das análises, 34,8% (250) dos indivíduos apresentaram OIDP baixo, e 17,6 % (127) apresentaram OIDP alto.

Na análise univariada, não se encontrou associação estatisticamente significativa entre as variáveis sócio-demográficas idade, sexo, escolaridade, renda e impacto alto (Tabela 02).

As variáveis associadas significativamente ao desfecho impacto alto foram, procura por atendimento no último ano e motivo da consulta odontológica. As variáveis prevalência da dor, dor severa, e local do último atendimento odontológico, não apresentaram relação com o desfecho (Tabela 02).

Na análise multivariada, após os ajustes, permaneceram associadas ao desfecho as variáveis motivo da consulta odontológica e procura por atendimento odontológico. O motivo da consulta odontológica por dor aumentou em 75% a probabilidade dos indivíduos apresentarem impacto alto em relação aos que procuraram atendimentos de rotina, manutenção e ou prevenção. Os indivíduos que procuraram atendimento odontológico no último ano apresentaram uma probabilidade 28% mais elevada de apresentarem impacto odontológico quando comparados com os que não procuraram atendimento odontológico no último ano (Tabela 02).

Tabela 02 – Razão de prevalência (PR) e intervalos de confiança (IC 95%) entre as variáveis explicativas. Modelo de Regressão de Poisson com Impacto Alto(41-230) como variável dependente e OIDP baixo (0-40) como categoria de referência. considerando ponderação pela distribuição da amostra. Porto Alegre, RS, 2009.

	<b>Impacto Alto n (%)</b>	<b>Razão de Prevalência Bruta (IC 95%)</b>	<b>Razão de Prevalência Ajustada (IC 95%)</b>
<b>Idade</b>	$p^* = 0,055$	$p^{**} = 0,118$	$p^{***} = 0,137$
50 a 59 Anos	78 (61,4)	1	1
60 a 74 anos	49 (38,6)	0,78 (0,58-1,05)	0,80 (0,60-1,07)
<b>Sexo</b>	$p^* = 0,337$	$p^{**} = 0,792$	$p^{***} = 0,630$
Masculino	75 (59,1)	1	1
Feminino	52 (40,9)	1,04 (0,76-1,42)	1,07 (0,79-1,46)
<b>Escolaridade</b>	$p^* = 0,847$	$p^{**} = 0,850$	$p^{***} = 0,782$
6 anos ou mais	78 (61,4)	1	1
Menos 6 anos	49 (38,6)	0,97 (0,72-1,32)	1,04 (0,77-1,40)
<b>Renda</b>	$p^* = 0,600$	$p^{**} = 0,563$	$p^{***} = 0,761$
Maior que 1 salário mínimo (R\$ 415,00)	89 (70,1)	1	1
Até 1 salário mínimo (R\$ 415)	38 (29,9)	0,90 (0,66-1,25)	0,95 (0,69-1,30)
<b>Prevalência de Dor</b>	$p^* = 0,307$	$p^{**} = 0,102$	$p^{***} = 0,437$
Não	78 (61,4)	1	1
Sim	49 (38,6)	1,27 (0,95-1,71)	1,13 (0,82-1,54)
<b>Dor Severa</b>	$p^* = 0,66$	$p^{**} = 0,705$	
Nenhuma dor, pouca ou média dor	117 (92,1)	1	
Muita dor	10 (7,9)	0,90 (0,52-1,55)	
<b>Necessidade autopercebida de tratamento</b>	$p^* = 0,884$	$p^{**} = 0,840$	
Não	42 (33,1)	1	
Sim	85 (66,9)	0,96 (0,71-1,31)	
<b>Procura por Atendimento no Último Ano</b>	$p^* = 0,048$	$p^{**} = 0,040$	$p^{***} = 0,026$
Sim	61 (48,0)	1	1
Não	66 (52,0)	0,73 (0,55-0,98)	0,72 (0,54-0,96)
<b>Local do Último Atendimento Odontológico</b>	$p^* = 0,468$	$p^{**} = 0,122$	$p^{***} = 0,059$
Serviço Privado	102 (80,3)	1	1
Serviço Público	25 (19,7)	0,74 (0,51-1,08)	0,70 (0,48-1,01)
<b>Motivos da Consulta Odontológica</b>	$p^* = 0,115$	$p^{**1} = 0,028$ $p^{**2} = 0,336$	$p^{***1} = 0,005$ $p^{***2} = 0,214$
Atendimento de Rotina, manutenção e ou prevenção	28 (22,2)	1	1
<sup>1</sup> Atendimentos por motivos de dor	39 (31,0)	1,55 (1,04-2,31)	1,75 (1,18-2,61)
<sup>2</sup> Atendimentos por demais tratamentos	59 (46,8)	1,20 (0,82-1,76)	1,27 (0,86-1,87)

$p^*$  Teste qui-quadrado  
 $p^{**}$  Análise de Poisson Univariada  
 $p^{***}$  Análise de Poisson Multivariada

## 6.4 Discussão

A prevalência da dor encontrada neste estudo foi de 32,8%, sendo mais alta do que aquela observada no Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal - SB Brasil (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), em que a prevalência

de dor bucal para idosos foi de 22,44%. Pau *et al.* (2003), em revisão da literatura publicada sobre dor bucal e fatores associados, evidenciou uma prevalência de dor bucal variando entre 7% e 66%. Sendo a variação encontrada devido às diferentes metodologias utilizadas para avaliar e definir a dor.

A dor dentária afetou com maior frequência os indivíduos que apresentaram impacto nos desempenhos diários comer, falar e limpar seus dentes. Resultados semelhantes foram descritos por Adulyanon *et al.* (1996) e Pereira *et al.* (2009), em que a dor de dentária estava associada com dificuldades para comer e limpar os dentes.

Neste estudo, não se observou relação estatisticamente significativa entre a dor bucal e o impacto odontológico. Enquanto na população mais jovem a dor aparece como a principal razão de impacto nas atividades diárias, na população mais velha esse impacto está relacionado com a perda de dentes (SLADE e SPENCER, 1994; ADULYANON *et al.*, 1996; SRISILAPANAN e SHEIHAM, 2001). No caso da população brasileira, dados do Levantamento Epidemiológico Nacional em Saúde Bucal - SB Brasil (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) revelam que na faixa etária de 65 a 74 anos, o CPO-D médio é de 27,8, sendo o componente *perdido* responsável por cerca de 93% da composição do índice.

O alto grau de subjetividade da percepção da dor é um fator que pode contribuir para as discrepâncias observadas na sua percepção (SLADE, 2001). De acordo com (MELZACK, 1982), a percepção da dor é multifacetada e modulada por fatores individuais, tais como: genéticos, psicoafetivos e sociais, envolvendo experiências passadas e expectativas culturalmente determinadas. Fatores cognitivos, como conhecimento, crenças e expectativas têm sido associados a diferenças de percepção em relação à dor e de seu impacto nas atividades diárias.

Por outro lado, visitar o dentista por motivo de dor aumentou em 75% as chances de impacto odontológico elevado nas atividades diárias dos indivíduos. Segundo dado do Ministério da Saúde do Brasil (2004) e da Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul (2004), a dor foi o motivo da consulta para 48% dos idosos no Brasil e 38% dos idosos no Estado do Rio Grande do Sul.

De acordo com Petersen *et al.* (2000) e Lacerda *et al.* (2004), a dor é o principal motivo para a procura de serviços odontológicos. Em seus estudos, constataram que, em mais de 80% dos pesquisados, o motivo para a última consulta ao dentista foi algum sintoma ou problema bucal agudo.



Para Gagliese e Melzack (1997), uma significativa experiência de dor em idosos pode causar interferências no seu funcionamento normal. Ao mesmo tempo, a dor está associada com a percepção de necessidade de tratamento, cuidados odontológicos e redução na qualidade de vida.

A percepção da condição bucal é um importante indicador de saúde, pois sintetiza a condição de saúde objetiva e subjetiva, os valores e as expectativas culturais. Apesar de mais de dois terços dos indivíduos investigados terem afirmado que acreditam possuir alguma necessidade de tratamento odontológico, esta não estava associada com o impacto odontológico neste estudo.

Pesquisas sobre auto-percepção de saúde bucal demonstraram que a maioria das pessoas refere melhores condições de saúde bucal do que as percebidas pelo profissional. O cirurgião-dentista faz uma avaliação normativa das necessidades do paciente, baseada na condição clínica. Entretanto, para o paciente são importantes os sintomas, os problemas funcionais e sociais decorrentes das doenças bucais (SILVA e CASTELLANOS FERNANDES, 2001).

Não ter ido ao dentista no último ano foi um fator de proteção para o impacto alto. Por outro lado pode-se inferir que os indivíduos que procuraram atendimento odontológico no último ano apresentaram uma probabilidade maior de ter impacto alto. Este resultado corrobora com o estudo realizado por Pereira *et al.* (2009), realizado com uma população de idosos em Florianópolis, em que as pessoas que apresentaram impacto utilizaram mais os serviços odontológicos no último ano. Nessa mesma linha, Cunha-Cruz *et al.* (2004) em estudo com adultos observou uma razão de chance de 2,2 para perda dentária em indivíduos que procuraram atendimento odontológico somente em situações de urgência, quando comparados com aqueles que procuram atendimento com intervalo de tempo inferior a um ano. Estudos demonstram que a utilização dos serviços de saúde é distinta entre diferentes grupos sociais. Nas minorias étnico-raciais e entre indivíduos com menores níveis de escolaridade, a procura pelo dentista ocorre por problemas de saúde bucal autopercebida, enquanto nos indivíduos brancos e com maior escolaridade a procura se dá por motivos preventivos ou de acompanhamento (ADAY e FORTHOFFER, 1992).

Não se observou associação significativa entre o local do último atendimento e o impacto odontológico alto. Entretanto, chama atenção a alta frequência de atendimento realizado no setor privado. No levantamento epidemiológico de saúde bucal do RS, SB-RS, (RIO GRANDE DO SUL – SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2004), tanto para população de adultos como a de idosos observou-se homogeneidade na distribuição dos atendimentos quanto ao seu local, com leve predominância para o setor privado entre os idosos.

Apesar de ocorrer variação de idade em relação ao impacto odontológico, esta relação não se mostrou estatisticamente significativa. O mesmo foi observado em relação ao sexo e à condição socioeconômica dos indivíduos. Resultados

semelhantes foram encontrados por Sheiham *et al.* (2001) em uma população de idosos da Grã-Bretanha, e por Pereira *et al.* (2009) em uma população de idosos investigada em Florianópolis. Como já mencionado anteriormente, fatores culturais e normas sociais exercem um papel importante na percepção dos indivíduos em relação ao impacto causado pela condição bucal e podem ter uma influência maior do que sua condição sócia econômica. Uma outra possível explicação é a homogeneidade na distribuição dos anos de estudo e nível de renda dos indivíduos investigados.

Este estudo apresenta limitações inerentes aos estudos transversais, com sua dificuldade em estabelecer relação temporal entre o fator de exposição e o desfecho, uma vez que os dados são coletados em uma única oportunidade, o que resulta numa avaliação simultânea dos fatores de estudo e dos efeitos.

Os resultados deste estudo demonstram que a dor bucal e suas implicações (como a necessidade de uso dos serviços de saúde) afetam potencialmente o desempenho diário dos indivíduos, sendo o uso de indicadores sociodentais eficiente na avaliação coletiva e individual das condições de saúde bucal. Outros estudos utilizando indicadores sociodentais tornam-se necessários para aprofundar o conhecimento da influência da dor bucal na qualidade de vida das pessoas. Assim, contribuindo na mudança do enfoque predominantemente clínico da avaliação da saúde bucal, para um enfoque que também englobe e valorize os aspectos psicológicos e sociais, na busca de um entendimento do indivíduo e sua saúde dentro de uma visão mais integral.

## 6.5 Referências Bibliográficas

ADAY L.A.; FORTHOFFER R.N. A profile of black and Hispanic subgroups' access to dental care: findings from the National Health Interview Survey. In: BASTOS, J. L.; GIGANTE, D. P.; PERES, K. G.; FÚLVIO BORGES NEDEL, F. B. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 6, 2007. p. 1611-1621.

ADULYANON S.; VOURAPUKJARU J.; SHEIHAM A. Oral impacts affecting daily performances in a low dental disease Thai population. **Community Dent Oral Epidemiology**. n. 24. Dinamarca, 1996. p. 285-9.

ARAÚJO C.S.; LIMA R.C.; PERES M.A.; BARROS A.J.D. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do

Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 5. Rio de Janeiro, 2009. p. 1063-1072.

BASTOS J.L.; GIGANTE D.P.; PERES K.G. Toothache prevalence and associated factors: a populationbased study in southern Brazil. **Oral Diseases**. v. 14, 2008. p. 320-326.

BASTOS J.L.; GIGANTE D.P.; PERES K.G.; FÚLVIO BORGES NEDEL F.B. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 6, 2007. p. 1611-1621.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais**. 1. ed. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>>. Acesso em: 02 mai. 2008.

Cunha-Cruz J.; Nadanovsky P.; Faerstein E.; Lopes C.S. **Routine Dental Visits Are Associated with Tooth Retention in Brazilian Adults: the Pró-Saúde Study** Journal of Public Health Dentistry. Vol. 64, No. 4, Fall 2004.

GAGLIESE L.; MELZACK R. Chronic pain in edery people. **Pain**. v. 70, 1997. p. 3-14.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidosos/perfidosos2000.pdf>>. Acesso: 16 ago. 2008.

LACERDA J.T.; SIMIONATO E.M.; PERES K.G.; PERES M.A.; TRAEBERT J.; MARCENES W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Rev. Saúde Pública**. v. 38, n. 3, 2004. p. 453-8.

LISBOA I.C.; ABEGG C. Hábitos de higiene bucale uso dos serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 15, n. 4, 2006. p. 29-39. ISSN 1679-4974.

LOCKER D.; GRUSHKA M. The impact of dental and facial pain. **Journal of Dental Research**. v. 66, n. 9, 1987. p. 1447-7.

MAcFARLANE T.V.; BLINKHORN A.S.; DAVIES R.M.; WORTHINGTON H.V. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dent Oral Epidemiol**. v. 30. Canada, 2002. p. 52-60.

MELZACK R. Recent concepts of pain. **J Med**. v. 13, 1982. p. 147-60.

PAU A.K.H.; CROUCHER R.; MARCENES W. Prevalence Estimates and Associated Factors for Dental Pain: A Review. **Oral Health & Preventive Dentistry**. v. 1, n. 3, 2003. p. 209-220.

PEREIRA K.C.R.; LACERDA J.T.; TRAEBERT J. The oral impact on dally performances and self-reported quality of life in elderly people in Florianópolis, Brazil. **Oral Health & Preventive Dentistry**. v. 7, n. 2, 2009.

PETERSEN P.E.; ALEKSEJUNIENE J.; CHRISTENSEN L.B.; ERIKSEN H.M.; KALO I. Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. **Acta Odontol Scand.** v. 58, 2000. p. 243-8.

RILEY J.L.; GILBERT G.H. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. **Pain**. v. 90. Canadá, 2001. p. 245-56.

RILEY J.L.; GILBERT G.H.; HEFT, M.W. Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? **Pain**. v. 76. Canadá, 1998. p. 97-104.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Estado. **Projeto SB – RS Condições de saúde Bucal da população do Rio Grande do Sul – Ampliação da Amostra para o Rio Grande do Sul – Relatório Final**. Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=6675>>. Acesso em: 03 set. 2008.

RODRIGUES J.C. **Tabu do corpo**. 7. ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 154 p.

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

SHEIHAM A.; STEELE J.G.; MARCENES W.; TSAKOS G.; 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 Dental Oral Epidemiology**. n. 29. Dinamarca, 2001. p. 195.

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

SLADE G.D. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. **Community Dent Health**. v. 18. Reino Unido: Suffolk, 2001. p. 219-27.

SLADE G.D.; SPENCER A.J. Social impact of oral disease among older adults. **Aust Dent J**. v. 39, 1994. p. 358-64.

SRILAPANAN P.; SHEIHAM A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. **Gerodontology**. v. 18, n. 2. Dundee, 2001. p. 102-08.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Oral Health Report 2003**. Geneva: World Health Organization. 2003. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_NMH\\_NPH\\_ORH\\_03.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2008.



## 7 CONCLUSÃO

Com base nos resultados deste estudo, pode-se concluir que o impacto odontológico no desempenho diário de indivíduos está relacionado com o uso dos serviços de saúde. Os indivíduos que *procuraram atendimento odontológico no último ano* tiveram maior prevalência de *alto impacto* quando comparados com os indivíduos com *baixo impacto*, assim como, os indivíduos que *procuraram atendimento por motivos de dor bucal* também tiveram suas chances de ter *alto impacto* aumentadas quando comparados com os indivíduos com *baixo impacto*. Contudo, não se observou associação significativa de aumento de impacto odontológico nos desempenhos diários dos indivíduos com a prevalência de dor bucal, nem com a necessidade de tratamento auto-percebida.

Também se concluiu que:

1. A *prevalência de dor bucal* na população estudada foi alta;
2. Dos onze desempenhos diários analisados, *falar* foi o desempenho diário mais afetado pela dor bucal;
3. *Trabalhar* foi o desempenho diário mais afetado por dor bucal severa;
4. A *necessidade de tratamento auto-percebida* na população estudada foi elevada;
5. Um quarto dos indivíduos investigados buscou *atendimento odontológico no último ano por motivo de dor*;
6. A maioria dos indivíduos relataram pelo menos, um desempenho, ou atividade diária, afetada por problemas odontológicos nos últimos seis meses;
7. Entre os indivíduos com impacto alto, aqueles com idades entre 50-59 anos foram maioria.

Os resultados deste estudo demonstram que a dor bucal e suas implicações (como a necessidade de uso dos serviços de saúde) afetam potencialmente o desempenho diário dos indivíduos, sendo o uso de indicadores sociodentais eficiente na avaliação coletiva e individual das condições de saúde bucal. Outros estudos utilizando indicadores sociodentais tornam-se necessários para aprofundar o conhecimento da influência da dor bucal na qualidade de vida das pessoas. Assim, contribuindo na mudança do enfoque predominantemente clínico da avaliação da saúde bucal, para um enfoque que também englobe e valorize os aspectos psicológicos e sociais, na busca de um entendimento do indivíduo e sua saúde dentro de uma visão mais integral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral Impacts on daily performances. In: SLADE, G. D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 151-160.

ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performances in a low dental disease Thai population. **Community Dent Oral Epidemiology**. n. 24. Dinamarca, 1996. p. 285-9.

ALEXANDRE, G. C.; NAVADOVSKY, P. **Fatores associados à ocorrência da dor de dente: Evidência do estudo Pró-Saúde**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Instituto de Medicina Social – UERJ, Rio de Janeiro, 2003.

ARAÚJO, C. S.; LIMA, R. C.; PERES, M. A.; BARROS, A. J. D. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 5. Rio de Janeiro, 2009. p. 1063-1072.

BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. **Epidemiologia da saúde infantil: um manual para diagnósticos comunitários**. 3. ed. São Paulo; HUCITEC-UNICEF, 1998. ISBN 85.271.0149-1.

BASTOS, J. L.; GIGANTE, D. P.; PERES, K. G. Toothache prevalence and associated factors: a populationbased study in southern Brazil. **Oral Diseases**. v. 14, 2008. p. 320-326.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Senado Federal. Senador Paulo Paim PT/RS. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003 – condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais**. 1. ed. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>>. Acesso em: 02 mai. 2008.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481 p. ISBN 8574040428.

BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B.; MANETTA, C. E. Funções do Sistema Mastigatório e sua Importância no Processo Digestivo. Cap. 3. In: BRUNETTI, R. F.; MONTENEGRO, F. L. B. **Odontogeriatria: noções de interesse clínico**. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481 p. ISBN 8574040428.

CHAIMOWICZ, F. Health of the Brazilian elderly population on the eve of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. **Rev. Saúde Pública**. v. 31, n. 2. São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>>. Acesso em: 12 jun. 2008.

COMUNELLO, S. M. H. **Dor dental e impacto nas atividades diárias: um estudo de prevalência em estudantes de 12 anos, Joaçaba e Herval d'Oeste, Brasil, 2003.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Oeste de Santa Catarina. Disponível em: <[http://www.unoescjba.edu.br/cursos/mestrado/msaude/files/Soraia\\_Comunello.pdf](http://www.unoescjba.edu.br/cursos/mestrado/msaude/files/Soraia_Comunello.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2008.

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-years-old children. **Community Dent Oral Epidemiology**. n. 30. Dinamarca, 2002. p. 193-8.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D. SILVESTRE, R. M. A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. **Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5545.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2008.

CUSHING, A. M.; SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. Developing socio-dental indicators – the social impact of dental disease. **Community Dent Health**. v. 3, n. 1. Reino Unido: Suffolk, 1986. p. 3-17.

DOLAN, T. A. Identification of appropriate outcomes for an aging population. **Special Care in Dentistry**. v. 13. Chicago, 1993. p. 153-39.

GAGLIESE, L.; MELZACK, R. Chronic pain in elderly people. **Pain**. v. 70, 1997. p. 3-14.

GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performances in Thai primary school children. **Health and Quality of Life Outcomes**. v. 2, n. 1, 2004. p. 57. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/2/1/57>>. Acesso em: 09 set. 2008.

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. Saúde Pública**. v. 23, n. 7. Rio de Janeiro, 2007. p. 1707-14.

GREMILLION, H. A. Multidisciplinary diagnosis and management of orofacial pain. **Gen Dent**. v. 50, 2002. p. 178-86. quiz 187-8.

HONKALA, E.; HONKALA, S.; RIMPELA, A.; RIMPELA, M. The trend and risk factors of perceived toothache among finished adolescents from 1977 to 1997. **J Dent Res**, v. 80, 2001. p. 1823-7.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000.** Rio de Janeiro: 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso: 16 ago. 2008.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 1998, acesso e utilização de serviços de saúde.** Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/saude.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2008.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 2003, acesso e utilização de serviços de saúde.** Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD 2007, síntese de indicadores.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/sintese/pnad2007.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2008.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública.** v. 21, n. 3, 1987. p. 200-10.

KINA, S.; CONRADO, C. A.; BRENNER, A. J.; KURIHARA, E. O ensino da estomatogeriatría no Brasil: a experiência de Maringá. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo.** v. 10, n. 1, 1996.

LACERDA, J. T.; CASTILHO, E. A.; CALVO, M. C. M.; FREITAS, S. F. T. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 24(8): 1846-1858, ago. 2008.

LACERDA, J. T.; SIMIONATO, E. M.; PERES, K. G.; PERES, M. A.; TRAEBERT, J.; MARCENES, W. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública.** v. 38, n. 3, 2004. p. 453-8.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 19, n. 3. Rio de Janeiro, 2003. p. 735-743.

LISBOA, I. C.; ABEGG, C. Hábitos de higiene bucal e uso dos serviços odontológicos por adolescentes e adultos do Município de Canoas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde.** v. 15, n. 4, 2006. p. 29-39. ISSN 1679-4974.

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dental Health.** n. 5. Reino Unido: Suffolk, 1988. p. 3-18.

\_\_\_\_\_. Measuring oral health: socio-dental indicators. Cap. 5. In: **An introduction to behavioral science & dentistry.** New York and London: Routledge, 1989. p. 73-101.

\_\_\_\_\_. The burden of oral disorders in a population of older adults. **Community Dental Health.** n. 9. Reino Unido: Suffolk, 1992. p. 109-24.

LOCKER, D.; GRUSHKA, M. The impact of dental and facial pain. **Journal of Dental Research.** v. 66, n. 9, 1987. p. 1447-7.

LOCKER, D.; SLADE G. D.; Oral health and the quality of life among older adults: The Oral impact Profile. **Can Dent J.** v. 59. Canadá, 1993. p. 830-44.

MACFARLANE, T. V.; BLINKHORN, A. S.; DAVIES, R. M.; WORTHINGTON, H. V. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dent Oral Epidemiol.** v. 30. Canada, 2002. p. 52-60.

MACFARLANE, T. V.; GLENNY, A. M.; WORTHINGTON, H. V. Systematic Review of population-based epidemiological studies of oro-facial pain. **Journal of Dentistry.** v. 29, 2001. p. 451-67.

MELZACK, R. Recent concepts of pain. **J Med.** v. 13, 1982. p. 147-60.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Quality of life and health: a necessary debate. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 5, n. 1, 2000. p. 7-18.

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, Brazil. **Oral Health & Preventive Dentistry.** v. 7, n. 2, 2009.

PETERSEN, P. E.; ALEKSEJUNIENE, J.; CHRISTENSEN, L. B.; ERIKSEN, H. M.; KALO, I. Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. **Acta Odontol Scand.** v. 58, 2000. p. 243-8.

REISINE, S. T. The impact of dental conditions on social functioning and quality of life. **Annu Rev Public Health.** v. 91, 1988. p. 1671-78.

RILEY, J. L.; GILBERT, G. H. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex. **Pain.** v. 90. Canadá, 2001. p. 245-56.

RILEY, J. L.; GILBERT, G. H.; HEFT, M. W. Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? **Pain.** v. 76. Canadá, 1998. p. 97-104.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde do Estado. **Projeto SB—RS Condições de saúde Bucal da população do Rio Grande do Sul – Ampliação da Amostra para o Rio Grande do Sul - Relatório Final.** Porto Alegre, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=6675>>. Acesso em: 03 set. 2008.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do corpo.** 7. ed. rev. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 154 p.

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

SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. E.; CUSHING, A. M. The concept of need in dental care. **International Dent J.** v. 32, n. 3, 1982.

SHEIHAM, A.; STEELE, J. G.; MARCENES, W.; FINCH, S. WALLS, A. W. The impact of oral health on stated ability to eat certain foods; findings from the National Diet and Nutrition Survey of older people in Great Britain. **Gerodontology.** v. 16, n. 1. Dundee, 1999. p. 11-20.

SHEIHAM, A.; STEELE, J. G.; MARCENES, W.; TSAKOS, G.; 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 Dental Oral Epidemiology**, n. 29. Dinamarca, 2001. p. 195-2003.

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

SLADE, G. D. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. **Community Dent Health**. v. 18. Reino Unido: Suffolk, 2001. p. 219-27.

\_\_\_\_\_. The oral health impact profile. In: SLADE, G. D. **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina, 1997. p. 94-104.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Social impact of oral disease among older adults. **Aust Dent J**. v. 39, 1994. p. 358-64.

SRILAPANAN, P.; SHEIHAM, A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. **Gerodontology**. v. 18, n. 2. Dundee, 2001. p. 102-08.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active Ageing: a policy framework**. Geneva: World Health Organization. 2002. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)>. Acesso em: 12 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Statement developed by WHO Quality of Life Working Group. 1994. In: WHO. **Health Promotion Glossary**. Geneva: World Health Organization, 1998. p. 17. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2008.

\_\_\_\_\_. **The World Oral Health Report 2003**. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_NMH\\_NPH\\_ORH\\_03.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_ORH_03.2.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2008.

## ANEXOS

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa.

### 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:

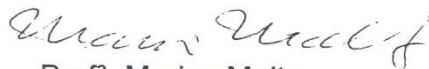
Número: 46/05

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

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

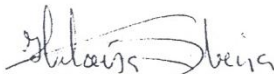
O Projeto foi aprovado na reunião do dia 24/01/2006, Ata nº 01/06 do Comitê de Ética em Pesquisa e da Comissão de Pesquisas, da UFRGS, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2006.



Profª. Marisa Maltz

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas



Profª. Heloísa-Emília Dias da Silveira  
Coordenadora da Comissão de Pesquisas

## ANEXO B – Acesso em Saúde Bucal.

**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 \_\_\_\_\_  
(em reais)7. Renda Pessoal \_\_\_\_\_  
(em reais)**Acesso a serviços odontológicos e dor dentária**

8. Já foi ao dentista alguma vez na vida? ( ) 0 – Sim ( ) 1- Não

9. Há quanto tempo? ( ) 0 - nunca foi ao dentista  
 ( ) 1 – menos de um ano  
 ( ) 2 – de 1 a 2 anos  
 ( ) 3 – 3 ou mais anos

10. Onde? ( ) 0 - Nunca foi ao dentista  
 ( ) 1 – Serviço Público  
 ( ) 2 – Serviço Privado liberal  
 ( ) 3 – Serviço Privado (planos e convênios)  
 ( ) 4 – Serviço filantrópico  
 ( ) 5 – Outros

11. Por quê? ( ) 0 – Nunca foi ao dentista  
 ( ) 1 – Consulta de rotina/ reparos/ manutenção  
 ( ) 2 – Dor ( ) dentes ( ) gengivas  
 ( ) 3 – Sangramento gengival  
 ( ) 4 – Cavidade nos dentes  
 ( ) 5 – Feridas, caroços ou manchas na boca  
 ( ) 6 – Outros

12. O quanto de dor seus dentes e gengivas  
 lhe causaram nos últimos 6 meses?  
 ( ) 0 – Nenhuma dor  
 ( ) 1 – Pouca dor  
 ( ) 2 – Média dor  
 ( ) 3 – Muita dor

13. Considera que necessita  
 de tratamento atualmente?  
 ( ) 0 – Sim  
 ( ) 1 – Não



## ANEXO C – Grade Respostas OIDP.

Número do Questionário: \_\_\_\_\_

A pergunta P1 deve ser realizada para todas as atividades ou desempenhos avaliados.

P1) O Senhor teve alguma dificuldade...(Desempenho/Atividade...) devido a problemas em sua boca, dentes ou dentaduras nos últimos seis meses?

P2) Se sim, esta dificuldade ocorre seguidamente ou ocorreu em parte do período?

P3) Com que frequência ocorre esta dificuldade?

P4) Por quanto tempo ocorreu esta dificuldade?

P5) O quanto esta dificuldade...(Desempenho/Atividade...) devido a problemas em sua boca, dentes ou dentaduras afeta ou afetou o seu dia-a-dia?

P6) Qual problema bucal lhe causava esta dificuldade?

	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 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para falar claramente	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para limpar seus dentes (dentaduras)	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para realizar atividades físicas leves, como trabalhos domésticos	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para sair (e.g. ir às compras ou visitar alguém)	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para dormir	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para sorrir, dar risadas e mostrar os dentes sem ficar envergonhado	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Com seu estado emocional, por exemplo, se incomodar mais que o normal	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para trabalhar (se não trabalha fora = código 66)	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Em aproveitar o convívio com as pessoas, tais como parentes, amigos ou vizinhos	1	2	1 <input type="checkbox"/> P3	2 <input type="checkbox"/> P4				
Para descansar	1	2	1 → P3	2 → P4				