

Perda dentária e o impacto na qualidade de vida em adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde

Tooth loss and impact on quality of life in adult users of two Basic Health Units

Edna Alves SILVA^a, Luísa Helena do Nascimento TÔRRES^a, Maria da Luz Rosário de SOUSA^b

^aCurso de Pós-Graduação em Odontologia, Área de Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 13414-018 Piracicaba - SP, Brasil

^bÁrea de Odontologia Preventiva e Saúde, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, 13414-018 Piracicaba - SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Os objetivos deste estudo foram conhecer o perfil epidemiológico da saúde bucal dos adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde e verificar se a perda dentária e a alta experiência de cárie interferem na qualidade de vida da população estudada. **Metodologia:** Este estudo foi realizado com 111 adultos de 30 a 59 anos em duas Unidades Básicas de Saúde, na região sudeste da cidade de São Paulo. Foram aplicados questionários para obter dados socioeconômicos, demográficos, comportamentais e uma avaliação da qualidade de vida em relação à saúde bucal. A perda dentária foi avaliada no exame clínico bucal usando o componente P do índice CPO e a alta experiência de cárie, pelo índice SiC (Significant Index Caries). A avaliação da qualidade de vida foi realizada pelo OHIP-14 (Oral Health Impact Profile). **Resultado:** A média de idade foi 42 anos. O CPOD foi de 18,55 ($\pm 6,7$). A perda dentária (8,65) foi associada à limitação funcional ($p = 0,013$), ao desconforto psicológico ($p = 0,017$), à limitação física ($p = 0,002$) e à incapacidade social ($p = 0,036$). O grupo com alta experiência de cárie ($\text{SiC} \geq 25,5$) foi associado à incapacidade física ($p = 0,004$) e à limitação física ($p = 0,025$). **Conclusão:** A condição de saúde bucal dos adultos usuários das duas Unidades Básicas, neste estudo, foi próxima à da experiência de cárie nacional. A perda dentária e a alta experiência de cárie dentária interferem na qualidade de vida dos adultos, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde e à garantia de acesso ao serviço odontológico.

Descritores: Saúde bucal; adulto; inquéritos epidemiológicos; perda de dente; qualidade de vida.

Abstract

Purpose: The objectives of this study were the epidemiological profile of the oral health of adult users of the Unified Health System, verifying if tooth loss and high caries experience affect quality of life of the studied population. **Methodology:** This study was conducted with 111 adults from 30 to 59 years in two Basic Health Units in the southeastern city of Sao Paulo. Questionnaires were administered to obtain socioeconomic, demographic, behavioral data, and an assessment of quality of life in oral health. Tooth loss was evaluated in oral clinical examination using the M component of the DMFT and high caries experience by SiC index (Significant Caries Index). The assessment of quality of life was performed by OHIP-14 (Oral Health Impact Profile). **Result:** The average age was 42 years. The DMFT was 18.55 (+6.7). Tooth loss (8.65) was associated with functional limitation ($p = 0.013$), psychological distress ($p = 0.017$), physical disability ($p = 0.002$) and social ($p = 0.036$). The group of high caries experience ($\text{SiC} \geq 25,5$) was associated with physical disability ($p = 0.004$) and physical impairment ($p = 0.025$). **Conclusion:** The oral health conditions of adult users of UHS in this study was close to the national caries experience. The tooth loss and high caries experience affect quality of life of adults reinforcing the need for public politics related to health care and ensuring access to dental services.

Descriptors: Oral health; adult; health surveys; tooth loss; quality of life.

INTRODUÇÃO

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi baseada nos preceitos constitucionais e se norteia pelos seguintes princípios doutrinários: Universalidade, Equidade e Integralidade¹. A Universalidade possibilitou a oportunidade de acesso de adultos e idosos ao sistema público de atendimento odontológico.

Apesar disso, ainda existe uma grande demanda reprimida de adultos que apresentam um acúmulo de necessidades odontológicas, sendo que a maioria dos problemas bucais poderia ser resolvida na atenção primária por meio de procedimentos restauradores e periodontais de baixa complexidade, assim como por meio de procedimentos preventivos, evitando o aparecimento e/ou a evolução de doenças que podem resultar na perda dentária.

A perda dentária é o componente de maior valor nessa faixa etária, segundo os dados dos últimos levantamentos nacionais de saúde bucal SB Brasil² (2003) e SB Brasil³ (2010) para a faixa etária de 35 a 44 anos, com a média de CPOD de 20,1 e 16,1, sendo que essa faixa etária apresentou o componente 'perdido' com valores de 13,2 e 7,5, respectivamente. Ao estudar a condição bucal de adultos trabalhadores na cidade de São Paulo, Batista⁴ (2010) encontrou o componente 'perdido' no valor de 9,3, sendo este o componente de maior peso do índice. No Estado de São Paulo, Silva et al.⁵ (2009) encontraram o CPOD médio de 19,2, com uma média de 9,0 dentes perdidos.

Assim, a perda dentária se destaca como um dos principais problemas de saúde bucal encontrado na população brasileira, especialmente entre adultos e idosos. Atualmente, além dos indicadores clínicos, têm-se buscado outros fatores ligados à perda dentária, tais como fatores individuais (localização geográfica, escolaridade, tipo de moradia, número de pessoas por quarto, posse de automóvel, visita ao Dentista, tempo da última visita ao Dentista, motivo da última visita ao Dentista e informações sobre prevenção de doenças bucais) e contextuais (número de Dentistas/100 habitantes, razão para a extração dentária e tamanho da população)⁶.

Entretanto, vários pesquisadores têm investigado a utilização dos indicadores subjetivos na avaliação da qualidade de vida do indivíduo⁷⁻⁹, visto que os indicadores objetivos não são capazes de captar as percepções do indivíduo, pois apenas realizam o diagnóstico dos sinais e sintomas da doença. Os indicadores subjetivos colaboram para uma melhor avaliação quanto à percepção da saúde geral e bucal do indivíduo em relação à sua qualidade de vida. Diante disso, o Oral Health Impact Profile (OHIP)¹⁰ surgiu para responder algumas indagações quanto à percepção do indivíduo em relação à sua qualidade de vida e tem sido utilizado em várias pesquisas com adultos e idosos¹¹⁻¹³.

Os objetivos deste estudo foram conhecer a condição da saúde bucal dos adultos usuários do Sistema Único de Saúde e verificar se a perda dentária e a alta experiência de cárie interferem na qualidade de vida desses adultos.

METODOLOGIA

Este estudo transversal, realizado no período entre julho de 2010 e março de 2011, utilizou uma amostra de conveniência e foi composto por indivíduos selecionados em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), na região sudeste da cidade de São Paulo. As Unidades de Saúde estão localizadas nos bairros Vila Mariana e Ipiranga. Os usuários dessas Unidades foram convidados a participar da pesquisa no momento do atendimento odontológico. A entrevista, o questionário e os exames foram realizados à medida que o paciente era atendido, conforme agendamento da Unidade, não havendo mudança na rotina do serviço durante esta pesquisa.

A coleta das variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais, e o questionário OHIP-14 ocorreram em um único momento, sendo posteriormente realizado o exame clínico bucal. Os critérios de inclusão para o estudo foram ter idade entre 30 e 59 anos, usar exclusivamente o serviço público para tratamento odontológico, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A examinadora foi calibrada para coleta dos dados clínicos por meio do momento teórico e prático, totalizando uma carga horária de 40 horas. Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado o valor da média para a cárie dentária (20,3) em adultos e o desvio padrão ($\pm 7,6$) da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, referente ao levantamento realizado em 2002¹⁴. O nível de significância adotado foi de 95% e a margem de erro aceitável foi de 10%; o efeito do desenho (deff) foi de 2 e uma taxa de 20% de não resposta foi calculada, totalizando 109 indivíduos.

Para as variáveis sociodemográficas, a idade foi classificada em: 30 a 34 anos, 35 a 44 anos, e 45 a 59 anos. O gênero foi categorizado em feminino e masculino. Em relação à escolaridade, os indivíduos foram classificados de acordo com seu nível de escolaridade: Ensino Fundamental, Ensino Médio e Ensino Superior. A renda familiar foi classificada em 1 a 3 SM (salário mínimo em reais), 4 a 8 SM, e 9 SM ou mais, de acordo com a classificação socioeconômica de Meneghin et al.¹⁵ (2007). Para as variáveis comportamentais, a última visita ao Dentista foi dicotomizada em menos de um ano e um ano ou mais, sendo o motivo da visita ao Dentista dividido em visita de rotina, emergência/dor e outros.

O exame clínico bucal foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde que o usuário frequentava nas regiões citadas anteriormente. Os instrumentos clínicos utilizados foram espelho bucal plano e sonda periodontal (CPI). Para medir a cárie dentária, utilizou-se o índice CPOD, indicando o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, segundo os critérios da OMS¹⁶.

Após o cálculo do índice CPOD, o cálculo do índice Significant Caries Index (SiC) foi realizado, sendo este a média do CPOD para um terço do grupo com maiores valores de experiência de cárie, para verificação dos casos de distribuição assimétrica¹⁷. O SiC foi dividido em dois grupos: SiC < 25,5 e $\geq 25,5$, que representou o terço da população com maior experiência da cárie dentária (grupo com alta experiência de cárie). A perda

dentária foi avaliada a partir da mediana 7, em 0 a 7 e 8 ou mais dentes perdidos.

Os dados comportamentais foram registrados por meio de um questionário com as seguintes variáveis: quando realizou a última consulta, motivo da visita ao Dentista, qual o procedimento realizado, se extraiu algum dente permanente no Dentista alguma vez e, se afirmativo, qual o motivo. Com exceção das variáveis 'qual o procedimento realizado' e 'extraiu algum dente', as demais variáveis foram utilizadas segundo o SB Brasil³ (2010).

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida dos indivíduos foi o Oral Health Impact Profile, OHIP-14¹⁸, desenvolvido na Austrália¹⁰ e empregado em vários países; este é um dos questionários de autoavaliação de saúde bucal mais usados em função do número reduzido de questões e da facilidade de uso¹⁹.

No questionário OHIP-14, adaptado e validado no Brasil²⁰, as questões são organizadas em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e limitação física. Cada dimensão contém duas questões com cinco possibilidades de resposta (desde ausente a muito frequente). Essas respostas foram dicotomizadas em 'ausência de impacto', para aqueles que responderam 'nunca' em todas as dimensões, e 'presença de impacto', para aqueles que responderam que tinham vivenciado alguma vez qualquer um dos itens.

Os dados foram registrados no programa Excel e no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) PASW versão 17.0. A análise descritiva foi realizada e o teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar as associações entre as variáveis OHIP-14 e SiC, e o desfecho da perda dentária. O nível de significância foi de 5%.

Este estudo foi submetido à avaliação e obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer n.º 264/10).

RESULTADO

A população estudada foi representada por 111 adultos de 30 a 59 anos, atendidos em uma das duas Unidades Básicas de Saúde situadas na região sudeste da cidade de São Paulo. Todos os usuários, que foram contatados e convidados, aderiram à pesquisa.

Quanto aos fatores demográficos avaliados, 80,2% dos usuários eram do gênero feminino e a média de idade dos usuários foi de 42 anos ($\pm 7,13$).

As características socioeconômicas e demográficas, e os aspectos comportamentais e epidemiológicos da amostra podem ser observados na Tabela 1.

O CPOD variou entre 0 e 32 para os usuários avaliados. A média do CPOD para essa população foi de 18,5, apresentando os seguintes valores médios para os seus componentes: Perdido (P = 8,6); Obturado (O = 8,2) e Cariado (C = 1,6). A média de dentes presentes foi de 23,3, sendo que apenas 1,8% dos adultos (n = 2) estavam livres de cárie. Nesse grupo, nenhum usuário era edêntulo e 78,4% dos usuários tinham 20 ou mais dentes presentes

na cavidade bucal. O gênero feminino apresentou maior número de perdas dentárias (49,4%), comparado ao masculino (36,4%).

A perda dentária entre os usuários variou de zero a 27 dentes. Aproximadamente metade dos indivíduos (53,2%) havia perdido até sete dentes. A média de dentes perdidos foi de 8,6 dentes, com uma mediana de 7. Entretanto, ressalta-se que essa perda dentária foi de 14,3 no grupo com alta experiência de cárie (SiC > 25,5) e a mediana de 14,5.

Conforme a Tabela 2, verifica-se que a idade dos usuários do SUS apresentou associação com os dentes perdidos.

A maioria dos adultos (86,5%) sentiu algum impacto e as dimensões mais afetadas foram: dor física (58,6% sentiram incomôdo ao comer algum alimento); incapacidade psicológica (57,7% sentiram-se um pouco envergonhados), seguida por desconforto psicológico (51,4% sentiram-se constrangidos).

As dimensões conceituais do OHIP-14 que tiveram associação com a perda dentária (Tabela 3) foram: limitação funcional (fala), desconforto psicológico (constrangimento), incapacidade física (dieta insatisfatória e interrupção na alimentação) e incapacidade social (irritabilidade).

A variável idade ($p = 0,021$) apresentou associação com o grupo com alta experiência de cárie, assim como com o grupo com dentes naturais presentes ($p = 0,000$) (Tabela 4).

As dimensões OHIP-14 associadas com o grupo com alta experiência de cárie foram a incapacidade física – na qual a dieta foi insatisfatória ($p = 0,004$), comprometendo a alimentação, a mastigação e a qualidade de vida do indivíduo – e a limitação física, na qual o item 'menos satisfação com a vida' foi encontrado ($p = 0,025$) (Tabela 5).

Tabela 1. Número e porcentagem de adultos usuários do SUS segundo variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais, em UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011

Variáveis	Categorias	n (%)
Características sociodemográficas		
Gênero	Feminino	89 (80,2)
	Masculino	22 (19,8)
Faixa etária	30-34 anos	19 (17,1)
	35-44 anos	53 (47,8)
	45-59 anos	39 (35,1)
Escolaridade	Ensino Fundamental	59 (53,2)
	Ensino Médio	44 (39,6)
	Ensino Superior	08 (7,2)
Renda Familiar	1-3 SM	79 (71,2)
	4-8 SM	28 (25,2)
	9 SM ou mais	04 (3,6)
Comportamentais		
Última visita ao Dentista	Menos de 1 ano	63 (56,8)
	1 ano ou mais	48 (43,2)
Motivo da visita	Rotina	74 (66,7)
	Emergência/dor	25 (22,5)
	Outros	12 (10,8)

Tabela 2. Associação dos dentes perdidos e as variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais em adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011

Variáveis	0 a 7 dentes n = 59 (%)	Dentes Perdidos 8 ou mais dentes n = 52 (%)	p
Gênero			
Feminino	45 (76,2)	44 (84,6)	0,271
Masculino	14 (23,8)	8 (15,4)	
Idade			
30 a 34 anos	16 (27,1)	3 (5,8)	0,010*
35 a 44 anos	26 (44,0)	27 (51,9)	
45 a 59 anos	17 (28,9)	22 (42,3)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	30 (50,8)	29 (55,8)	0,821
Ensino Médio	25 (42,3)	19 (36,5)	
Ensino Superior	4 (6,9)	4 (0,7)	
Renda Familiar			
1 a 3 SM	46 (77,8)	33 (63,5)	0,194
4 a 8 SM	12 (21,7)	16 (30,7)	
9 SM ou mais	1 (1,5)	3 (5,8)	
Última visita			
Menos de 1 ano	36 (61,1)	27 (51,9)	0,335
1 ano ou mais	23 (38,9)	25 (48,9)	
OHIP-14			
Ausência	9 (15,2)	6 (11,5)	0,568
Presença	50 (84,8)	46 (88,5)	

*p < 0,05 teste do qui-quadrado.

DISCUSSÃO

Este estudo consistiu de uma amostra de adultos usuários de uma das duas Unidades Básicas de Saúde na região sudeste da cidade de São Paulo, com faixas etárias distintas, e não representativa da população; note-se que há poucos estudos na literatura que analisaram usuários de serviços odontológicos do SUS, principalmente da população adulta. Além disso, como se trata de um estudo transversal, a causalidade não pode ser inferida.

No presente estudo, o valor médio do componente perdido (P) foi de 8,6, sendo menor que aquele obtido no levantamento epidemiológico nacional em saúde bucal de 2003² (13,2), mas próximo daquele do levantamento nacional de 2010³ (7,5). O grupo com alta experiência de cárie apresentou quase o dobro do referido valor desse componente (14,3), ressaltando-se a importância de estudar fatores associados ao grupo com experiência de cárie.

A perda dentária pode gerar impactos no funcionamento bucal, seja na alimentação e na aparência, ou nos estados

psicológicos¹⁸. Com o grupo de desdentados totais, a dimensão de maior impacto foi se sentir envergonhado (incapacidade psicológica) por causa da ausência dos dentes, da saúde da boca ou do uso de dentadura¹². De acordo com os dados deste trabalho, os usuários se mostravam constrangidos ao sorrir, principalmente se havia alguma ausência dos dentes anteriores, sendo que o impacto nas dimensões do OHIP-14 com a perda dentária compreendeu: limitação funcional (fala) e paladar, desconforto psicológico (constrangimento), incapacidade física (dieta insatisfatória e interrupção da alimentação) e incapacidade social (irritabilidade).

Os determinantes sociais da perda dentária são complexos e controversos, e destacam a importância do contexto social como principal causa das injúrias à saúde bucal.

Foi reportado, em uma pesquisa conduzida na Suécia, que 21% dos indivíduos adultos não relataram nenhum problema em relação ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida, mas reconhecem que o conceito de qualidade de vida relacionado à saúde bucal é baseado nos pressupostos de que esses impactos funcionais e psicossociais afetam a qualidade de vida²¹.

O grupo com alta experiência de cárie indicou impacto nas dimensões incapacidade física (dieta insatisfatória) e limitação física (menos satisfação com a vida). A alta experiência de cárie afeta o convívio social, que pode, muitas vezes, contribuir para o isolamento do indivíduo, gerando diversos impactos negativos em sua qualidade de vida. A dieta insatisfatória, associada com a perda dentária e com o grupo com alta experiência de cárie, sugere que uma condição bucal desfavorável afeta a eficiência mastigatória, trazendo prejuízos ao bem-estar e à saúde do indivíduo.

As dimensões 'dor física' e 'desconforto psicológico' foram as que mais criaram impacto na qualidade de vida dos indivíduos, semelhantemente aos dados encontrados em outros estudos^{4,11,12}. Tal dado também foi encontrado para essas mesmas dimensões em moradores de rua de Londres, com uma prevalência de 65% para a dimensão 'dor física' e 62% para a dimensão 'desconforto ao comer'²². Lacerda⁹ recomenda a utilização dos indicadores subjetivos na definição das ações e dos grupos prioritários nos serviços de saúde.

No presente estudo, a idade e a presença de dentes também apresentaram associação com a cárie, estando de acordo com as pesquisas de Batista⁴ e Barbato et al.²³.

A visita de rotina foi o motivo predominante da procura ao profissional, com 66,7% (n = 74), confirmando a preocupação dos indivíduos em realizar manutenção da saúde bucal e o interesse pelo tratamento por meio do serviço público de saúde. No entanto, de acordo com o levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal de 2003, Moreira et al.⁶ encontraram que apenas 26% dos adultos procuraram o serviço para realizar uma visita de rotina. Neste trabalho, observou-se que 56,8% dos usuários retornaram para o atendimento de manutenção em menos de um ano. A visita regular ao Dentista favorece a condição bucal saudável, sendo uma recomendação presente para melhorar a promoção da saúde bucal. Em estudo com adultos cariocas, Cunha-Cruz et al.²⁴ encontraram um efeito positivo

na visita de rotina para a manutenção dos dentes, visto que os indivíduos que procuraram o Dentista com frequência de até dois anos tinham mais dentes saudáveis do que aqueles que não iam periodicamente.

Os serviços odontológicos promotores de saúde envolvem a presença de profissionais com uma visão ampla do processo saúde-doença, capazes de entender as pessoas e levar em consideração os vários aspectos de sua vida, não se atendo apenas

Tabela 3. Associação das dimensões OHIP-14 com dentes perdidos dos adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011

Dimensão	Dentes 0 a 7 dentes n = 52 (%)	Perdidos 8 ou mais dentes n = 59 (%)	P
Limitação funcional			
1. Fala	46 (78,0)	29 (55,8)	0,013*
	13 (22,0)	23 (44,2)	
2. Paladar	44 (74,6)	30 (57,7)	0,060
	15 (25,4)	22 (42,3)	
Dor física			
3. Dores fortes	34 (57,6)	21 (40,4)	0,832
	25 (42,4)	31 (59,6)	
4. Incomodado ao comer	25 (42,4)	30 (57,7)	0,994
	34 (57,6)	22 (42,3)	
Desconforto psicológico			
5. Constrangido	35 (59,3)	19 (36,5)	0,017*
	24 (40,7)	33 (63,5)	
6. Tenso	39 (66,1)	27 (51,9)	0,562
	20 (33,9)	25 (48,1)	
Incapacidade física			
7. Dieta insatisfatória	48 (81,4)	33 (63,5)	0,034*
	11 (18,6)	19 (36,5)	
8. Interrupção da alimentação	50 (84,7)	30 (57,7)	0,002*
	9 (15,3)	22 (42,3)	
Incapacidade psicológica			
9. Relaxar	43 (72,9)	31 (59,6)	0,139
	16 (27,1)	21 (40,4)	
10. Envergonhado	30 (50,8)	17 (32,7)	0,053
	29 (49,2)	35 (67,3)	
Incapacidade social			
11. Irritado	46 (78,0)	31 (59,6)	0,036*
	13 (22,0)	21 (40,4)	
12. Tarefas diárias	54 (91,5)	41 (78,8)	0,058
	5 (8,5)	11 (21,2)	
Limitação física			
13. Menos satisfação com a vida	47 (79,7)	33 (63,5)	0,058
	12 (20,3)	19 (36,5)	
14. Totalmente incapaz	55 (93,2)	38 (73,1)	0,004*
	4 (6,8)	14 (26,9)	

*p < 0,05 teste do qui-quadrado.

a um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal²⁵. Baldani et al.²⁶ confirmaram que o fato de o indivíduo ir ao Dentista regularmente é um fator de proteção à saúde bucal.

Uma importante inversão de tendência pode ser observada nos dados nacionais atuais, visto que o procedimento mutilador está cedendo espaço para os tratamentos restauradores³. Esse achado foi demonstrado na presente pesquisa com usuários das Unidades Básicas, que parecem estar conseguindo acesso ao serviço odontológico, além da intervenção por meio de outros métodos preventivos indiretos que preservam o elemento dentário para que este possa ser restaurado e não extraído. O resultado do SB Brasil de 2003² apresenta o componente obturado no valor de 4,2, com um aumento bastante marcante para 7,1, em 2010³. No presente estudo, os resultados apresentam uma situação bem

Tabela 4. Associação do SiC com as variáveis socioeconômicas, demográficas, comportamentais e OHIP-14 dos adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011

Variáveis	SiC < 25,5		p
	n= 75 (%)	n= 36 (%)	
Gênero			
Feminino	58 (77,3)	31 (86,2)	0,277
Masculino	17 (22,7)	5 (13,8)	
Idade			
30 a 34	18 (24)	1 (2,8)	0,021*
35 a 44	33 (44)	20 (55,5)	
45 a 49	24 (32)	15 (41,7)	
Escolaridade			
Ensino Fundamental	41 (56)	18 (50)	0,540
Ensino Médio	30 (40)	14 (38,8)	
Ensino Superior	4 (5,4)	4 (11,2)	
Renda familiar mensal			
1 a 3 SM	15 (20)	13 (36,1)	0,186
4 a 8 SM	3 (4)	1 (2,8)	
9 SM ou mais			
Última visita ao Dentista			
Menos de 1 ano	29 (38,6)	19 (52,8)	0,160
1 ano ou mais			
Dentes presentes			
1 a 19 dentes	5 (6,6)	19 (52,7)	0,000*
20 ou mais dentes	70 (93,3)	17 (47,2)	
OHIP-14			
Ausência	10 (13,3)	5 (13,8)	0,936
Impacto	65 (86,7)	31 (86,2)	

*p < 0,05 teste do qui-quadrado.

Tabela 5. Associação das dimensões OHIP-14 com o grupo de alta experiência de cárie, SiC, dos adultos usuários de UBS pertencentes à cidade de São Paulo – 2011

Dimensão	SiC < 25,5 n = 75 (%)	SiC ≥ 25,5 n = 36 (%)	p
Limitação funcional			
1. Fala	53 (70,6)	22 (61,2)	0,314
	22 (29,4)	14 (38,8)	
2. Paladar	52 (69,3)	23 (62,2)	0,390
	22 (29,7)	14 (37,8)	
Dor física			
3. Dores fortes	43 (57,4)	21 (58,4)	0,920
	32 (42,6)	15 (41,6)	
4. Incomodado ao comer	30 (40)	16 (44,4)	0,656
	45 (60)	20 (55,6)	
Desconforto psicológico			
5. Constrangido	38 (50,6)	16 (44,4)	0,539
	37 (49,4)	20 (55,6)	
6. Tenso	46 (61,4)	20 (55,6)	0,562
	29 (38,6)	16 (44,4)	
Incapacidade física			
7. Dieta insatisfatória	61 (81,4)	20 (55,6)	0,004*
	14 (18,6)	16 (44,4)	
8. Interrupção da alimentação	58 (77,4)	22 (62,2)	0,075
	17 (22,4)	14 (38,8)	
Incapacidade psicológica			
9. Relaxar	52 (69,3)	22 (62,2)	0,390
	23 (30,7)	14 (38,8)	
10. Envergonhado	33 (44,0)	14 (38,8)	0,610
	42 (56,0)	22 (62,2)	
Incapacidade social			
11. Irritado	55 (73,4)	22 (62,2)	0,191
	20 (26,6)	14 (38,8)	
12. Tarefas diárias	65 (89,7)	30 (83,3)	0,640
	10 (13,3)	6 (16,7)	
Limitação física			
13. Menos satisfação com a vida	59 (78,7)	21 (58,4)	0,025*
	16 (21,3)	15 (41,6)	
14. Totalmente incapaz	66 (88)	27 (75)	0,082
	9 (12)	9 (25)	

*p < 0,05 teste do qui-quadrado.

melhor da condição da cárie dentária nesse componente, com o valor de 8,2.

Numa outra faixa ampliada, de 20 a 64 anos, com trabalhadores da cidade de São Paulo, Batista⁴ encontrou uma média de 1,32 de dentes cariados, valor mais baixo que aquele encontrado no presente estudo, cuja média foi de 1,6. Por outro lado, os dados do levantamento nacional de 2010³ apontam para um valor mais alto, de 1,9. Observa-se, ainda, que a média de dentes perdidos dos usuários do SUS foi de 8,6, enquanto que, em trabalhadores, foi de 9,3, aumentando o valor do CPOD e confirmando a maior frequência da realização de exodontias.

O valor do componente obturado do CPOD neste estudo sugere a presença de acesso aos procedimentos restauradores, na atenção primária, promovendo uma melhor condição da saúde bucal para os usuários.

Neste estudo, 78,4% dos usuários avaliados tinham mais de 20 dentes na cavidade bucal, alcançando a meta recomendada pela OMS para o ano de 2010 para adultos, segundo a qual se esperava que 75% da população tivesse 20 ou mais dentes na cavidade bucal²⁷; tal resultado também é encontrado em estudo de Silva et al.⁵. Reforçando-se, ainda, que a faixa etária dessa população é de 30 a 59 anos, uma faixa maior do que a de 35 a 44 anos preconizada pela Organização Mundial da Saúde.

A política nacional de saúde bucal atual ampliou a oferta do atendimento odontológico ao incorporar profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família, assim como a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)²⁸. Os CEOs estão contribuindo para uma mudança nos valores dos componentes do CPOD, visto que algumas especialidades, como a Endodontia e a Periodontia, atualmente realizam procedimentos nesses espaços, procedimentos que antes eram inexistentes no serviço público de saúde. Desse modo, o elemento dentário, que antes era extraído, pode agora ser restaurado ou tratado periodontalmente. Entretanto, a responsabilidade da reabilitação, que é dada na atenção secundária, ainda não responde plenamente por este procedimento e, conseqüentemente, geram-se comprometimento e dificuldades na função mastigatória da população, prejudicando a sua qualidade de vida.

CONCLUSÕES GERAIS

A perda dentária e a alta experiência de cárie dentária interferem na qualidade de vida dos adultos, reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas ao cuidado da saúde e à garantia ao acesso do serviço odontológico, medidas essas que devem estar inseridas dentro de uma política de promoção da saúde bucal e da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. O ABC do SUS – doutrina e princípios. Brasília; 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - 2010 [citado em 2011 Abr 2011]. Disponível em: <http://www.sbbrasil2010.org>
4. Batista MJ. Razões das perdas dentárias em adultos em idade economicamente ativa, São Paulo, SP [tese doutorado]. Piracicaba: Faculdade de Odontologia da UNICAMP; 2010.
5. Silva DD, Rihs LB, Sousa MLR. Fatores associados à presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 2407-18. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100011>
6. Moreira SM, Nico LS, Barrozo LV, Pereira JCR. Tooth loss in Brazilian middle-aged adults: multilevel effects. *Acta Odontol Scand*. 2010; 68:269-77. PMID:20524789. <http://dx.doi.org/10.3109/00016357.2010.494617>
7. Lawrence HP, Thompson WM, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a cohort of 32-years olds. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36:305-16. PMID:18650957 PMID:2288569. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00395.x>
8. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-report and clinically determined oral health status predictor for quality of life in dentate older migrants adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36:85-94. PMID:18205644.
9. Lacerda JT. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2005.
10. Slade GD, Spencer JA. Development and evaluation of oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3-11. PMID:8193981.
11. Locker D, Quiñoz C. Funcional and psychosocial impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *J Can Dent Assoc*. 2009; 75: 521e.
12. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15:841-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300027>
13. Dahl KE, Wang NJ, Holst D, Ohrn K. Oral health-related quality of life among adults 68–77 years old in Nord-Trøndelag, Norway. *Int J Dent Hyg*. 2011; 9(1):87-92. PMID:21226856. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1601-5037.2010.00445.x>
14. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Projeto SB2000: condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Universidade de São Paulo; 2002.
15. Meneghin, MC, Kozlowski FC, Pereira AC, Ambrosano GMB, Meneghini ZMA. Classificação socioeconômica e sua discussão em relação à prevalência de cárie e fluorose dentária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):523-9. PMID:17680106.

16. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. Geneva: World Health Organization; 1997.
17. Bratthall D. Introducing the significant caries index together with a proposal for a new global oral health goal for 12-year-olds. *Int Dent J*. 2000; 50:378-84. PMID:11197197. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1875-595X.2000.tb00572.x>
18. Slade GD. Derivation and validation of a short form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25:284-90. PMID:9332805. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x>
19. Leão AT, Locker D. In: Antunes, JLF, Peres MA. Fundamentos de odontologia. Epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 260-8.
20. Oliveira BH, Nadanovisk P. Psychometric properties of the brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005; 33: 307-14. PMID:16008638. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x>
21. Einarson S, Gerdin EW, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in a Swedish population. *Acta Odontol Scand*. 2009; 67:85-93. PMID:19140052. <http://dx.doi.org/10.1080/00016350802665597>
22. Daly B, Newton T, Bachelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2010; 38: 136-44. PMID:20074294. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2009.00516.x>
23. Barbato PB, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:1803-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000800007>
24. Cunha-Cruz J, Nadanovsk P, Faertein E, Lopes CS. Routine dental visits are associated with tooth retention in brazilian adults: pró-saúde study. *J Publ Health Dent*. 2004; 64:216-22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-7325.2004.tb02756.x>
25. Aerts D, Abegg C, Cesa K. O papel do cirurgião-dentista no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(1): 131-8. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100013>
26. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13:150-62. PMID:20683563. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000100014>
27. Federation Dentaire Internacional. Global goals for oral health in the year 2000. *Int Dent J*. 1982; 32:74-7. PMID:6951815.
28. Antunes JLF, Narvai. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44:360-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000002>

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Maria da Luz Rosário de Sousa
Área de Odontologia Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Odontologia de Piracicaba,
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas, Av. Limeira, 901, Areião, 13414-018 Piracicaba - SP, Brasil
e-mail: luzsousa@fop.unicamp.br

Recebido: 17/04/2012
Aprovado: 13/06/2012