

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

DENISE CARVALHO FERREIRA

A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO IMPACTO DA CONDIÇÃO
BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS DE UMA CIDADE DE MÉDIO
PORTE DO SUL DO BRASIL

SÃO LEOPOLDO

2015

Denise Carvalho Ferreira

A INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS NO IMPACTO DA CONDIÇÃO
BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ADULTOS DE UMA CIDADE DE MÉDIO
PORTE DO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada a Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi

São Leopoldo

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

F383i Ferreira, Denise Carvalho

A influência dos aspectos psicossociais no impacto da condição bucal na qualidade de vida de adultos de uma cidade de médio porte do sul do Brasil / Denise Carvalho Ferreira. – 2015.

104 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2015.

“Orientador: Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi”

1. Saúde Coletiva. 2. Saúde bucal. 3. Qualidade de vida. 4. Aspectos psicossociais. I. Título.

CDU 614

Catlogação na Fonte:

Mariana Dornelles Vargas – CRB 10/2145

À minha família por todo o carinho e incentivo
para seguir sempre em frente.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio e incentivo. Vocês sempre serão minha fonte de inspiração em todas as conquistas da minha vida.

Às minhas irmãs pelo carinho, atenção e paciência no decorrer dessa caminhada.

Aos meus queridos colegas: Clarissa, Cristiane, Gabriela, Graziela, Janaína, Vaneza, Tissiane e Jocinei. Vocês se tornaram grandes amigos. Foi um privilégio e uma alegria fazer parte desta turma.

Ao professor Dr. Marcos Pascoal Pattussi pela orientação, atenção, compreensão, paciência e sabedoria.

À professora Dr^a. Tonantzin Ribeiro Gonçalves pela co-orientação e conhecimentos repassados.

Muito obrigada!

RESUMO

A presente dissertação de mestrado em Saúde Coletiva, intitulada “A influência dos aspectos psicossociais no impacto da condição bucal na qualidade de vida de adultos de uma cidade de médio porte do sul do Brasil”, justifica-se pela necessidade de melhor compreender a relação entre os aspectos psicossociais com o impacto que a condição bucal tem sobre a qualidade de vida. Um melhor entendimento desses aspectos psicossociais pode contribuir para a formulação de políticas e ações efetivas que visem minimizar o impacto negativo dos problemas bucais na vida das pessoas. A dissertação é composta pelo projeto de pesquisa, relatório de campo e artigo científico. O projeto de pesquisa elenca os aspectos teóricos e metodológicos necessários para a construção da questão de pesquisa bem como a resposta a mesma. No relatório de campo consta a descrição de como foi realizada a coleta de dados e o detalhamento de todos os processos logísticos para a realização da pesquisa. O artigo científico discute os principais resultados os quais demonstraram que as prevalências do pior impacto da saúde oral foram encontradas nas mulheres, pessoas com mais idade, com menor escolaridade e menor renda, nos fumantes e naqueles que relataram sua percepção de saúde bucal ruim ou regular. Todas, exceto espiritualidade, variáveis psicossociais estavam associadas com um pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Os resultados apontam para a necessidade de se formular programas e serviços em saúde pública que levem em consideração tanto o nível psicossocial como a saúde bucal, de modo a minimizar o impacto negativo que os problemas bucais têm sobre a qualidade de vida das pessoas.

Palavras chaves: OHIP, saúde bucal, qualidade de vida, aspectos psicossociais.

ABSTRACT

This master's thesis in Public Health entitled "The influence of psychosocial factors on the impact of the oral health related quality of life of Brazilian adults", is justified by the need to better understand the relationship between psychosocial aspects and the perception of oral health on quality of life. Taking into account the influence of psychosocial factors may contribute to the development of effective public health policies in order to minimize the negative impact of oral health problems in people's lives. The dissertation consists of the research project, field report and scientific article. The theoretical and methodological aspects of the research question are described in the research project. The field report describes all aspects of data collections and details of field work logistics. The scientific article discuss the the main findings which showed that prevalences of the Oral Health Impact Profile were found in women, older, less educated and lower income people, in smokers and in those with poor self-rated oral health. All, except spirituality, psychosocial variables were associated with the worst impact of oral health on quality of life. The findings suggest the need of taking into account both psychosocial and oral health related aspects so that negative impact that oral health has on the quality of life can be minimized.

Key words: OHIP, oral health, quality of life, psychosocial aspects.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Índice CPO-D: média do número de dentes cariados, perdidos e obturados

OHIP: Oral Health Impact Profile (Impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida)

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

Projeto SB Brasil: Projeto Saúde Bucal Brasil

QV: Qualidade de vida

SB: Saúde bucal

SOC: Senso de coerência

SUS: Sistema Único de Saúde

APRESENTAÇÃO

Este trabalho está estruturado de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Portanto, está subdividido da seguinte forma:

I – Projeto de pesquisa

Apresenta os objetivos da pesquisa, uma revisão bibliográfica que corrobora com a temática do estudo, a metodologia que foi utilizada, os aspectos considerados e o cronograma do desenvolvimento da pesquisa.

II – Relatório de Campo

Nesta parte do trabalho está descrita todas as etapas percorridas desde a construção dos instrumentos para a coleta de dados, a seleção dos setores censitários, o treinamento dos entrevistadores, o estudo piloto, a coleta dos dados principais, o controle de qualidade, a entrada dos dados coletados, bem como a análise dos mesmos.

III – Artigo Científico

Este artigo trás uma discussão dos principais resultados obtidos na pesquisa com a literatura existente dentro dessa linha temática. Pretende-se divulgá-lo na revista “*Community Dentistry and Oral Epidemiology*”.

SUMÁRIO

PROJETO DE PESQUISA.....	11
1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 QUADRO DA SAÚDE BUCAL EM ADULTOS NO BRASIL	15
2.2 SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA.....	16
2.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA (OHIP - Oral Health Impact Profile).....	19
2.3.1 Fatores sociodemográficos e socioeconômicos associados ao OHIP	19
2.3.2 Fatores psicossociais associados ao OHIP.....	23
2.3.2.1 Apoio Social	23
2.3.2.2 Resiliência.....	25
2.3.2.3 Senso de Coerência.....	27
2.3.2.4 Espiritualidade.....	30
2.4 QUADRO COM OS PRINCIPAIS ESTUDOS QUE ABORDAM O OHIP	33
3 JUSTIFICATIVA.....	42
4 OBJETIVOS.....	43
4.1 OBJETIVO GERAL	43
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	43
5 HIPÓTESE	43
6 MÉTODO.....	44
6.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	44
6.2 DELINEAMENTO	44
6.3 POPULAÇÃO	44
6.3.1 Localização geográfica e características da população	44
6.4 PROCESSO AMOSTRAL	45
6.4.1 Tamanho da amostra	45
6.4.2 Seleção da amostra.....	45
6.5 PROCESSAMENTO DE COLETA DE DADOS.....	46
6.5.1 Treinamento da equipe e padronização da aplicação.....	46
6.5.2 Coleta de dados.....	47
6.5.3 Logística do estudo.....	47
6.5.3 Estudo piloto	47

6.5.4 Controle de qualidade	48
6.5.5 Instrumento	48
6.6 VARIÁVEIS UTILIZADAS	49
6.6.1 Desfecho	49
6.6.2 Exposições principais	51
6.6.3 Fatores de confundimento	53
6.7 ANÁLISE DOS DADOS	54
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
8 CRONOGRAMA	55
9 ORÇAMENTO	56
REFERÊNCIAS	57
ANEXO	64
RELATÓRIO DE CAMPO	74
1 INTRODUÇÃO	75
2 CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS	75
3 SELEÇÃO DOS SETORES SENSITÁRIOS	76
4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES	77
5 ESTUDO PILOTO	77
6 COLETA DOS DADOS PRINCIPAIS	78
7 CONTROLE DE QUALIDADE	80
8 PERDAS	80
9 ENTRADA DE DADOS	81
10 ANÁLISE DOS DADOS	81
ARTIGO CIENTÍFICO	84

PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

O planejamento e execução de ações em saúde estão diretamente relacionados com o perfil epidemiológico de determinada população. Na saúde bucal não é diferente, tendo em vista que a realização de um inquérito epidemiológico das condições de saúde bucal deve ser feita para se obter informações a respeito da prevalência e severidade das doenças bem como de suas necessidades de tratamento odontológico (PERES e PERES, 2006).

Ao traçar um panorama dos quatro inquéritos nacionais de saúde bucal realizados nos anos de 1986, 1996, 2003 e 2010, diversas características marcaram este cenário epidemiológico. Segundo Roncalli e Souza (2013), a prevalência e severidade da doença cárie sofreram um declínio na população escolar, evidenciado através da redução do índice CPOD (registro do número de dentes cariados, perdidos e obturados), altas taxas de edentulismo entre adultos e idosos e persistência das desigualdades regionais. Os estudos epidemiológicos realizados entre 1986 e 2010 mostraram que a população adulta também experimentou uma significativa melhora na condição dentária e expressiva redução no ataque da doença cárie.

Porém, apesar dessa redução, existe ainda uma imensa desigualdade nas condições de saúde oral da população brasileira. Constatou-se que, enquanto municípios de grande porte das regiões Sul e Sudeste expressaram níveis de saúde bucal da mesma forma que os países desenvolvidos, os pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste mostram ainda indicadores precários. Além disso, se considerarmos o nível individual, as condições socioeconômicas aparecem como fatores determinantes das condições de vida e saúde (RONCALLI e SOUZA, 2013). Costa et al. (2013), ao investigarem as desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil, apontaram a presença de desigualdades entre os grupos populacionais. Para os autores, em relação ao desfecho cárie dentária, os bons resultados não atingem toda a população, apresentando desigualdades por renda familiar e região brasileira.

Visto que os problemas de saúde bucal de determinada população apresentam-se de forma desigual devido à influência de fatores sociais, econômicos e culturais, uma maior prevalência das doenças bucais tem sido relatada na população pertencente às classes mais baixas e os hábitos e estilos de vida

mostraram ser determinantes na autopercepção e impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

O último inquérito epidemiológico nacional de saúde bucal realizado no ano de 2010, o projeto SB Brasil 2010, além dos agravos bucais pesquisados, também buscou informações sobre autopercepção e impactos da saúde bucal na vida diária. Essas são consideradas variáveis subjetivas importantes para um melhor entendimento de como a condição bucal repercute na vida dos indivíduos em todas as dimensões, sejam elas físicas, funcionais, nutricionais e até mesmo psicossociais (BRASIL, 2012). Muitos pesquisadores vêm usando tais medidas subjetivas com o propósito de considerar a percepção do paciente em relação à sua condição bucal e assim buscar um diagnóstico mais amplo (BIANCO et al., 2010; COELHO et al., 2008; GABARDO, MOYSES e MOYSES, 2013; MESQUITA e VIEIRA, 2009; MIOTTO, BARCELLOS e VELTEN, 2012).

Instrumentos subjetivos, também chamados de indicadores sócio dentais, como o OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) são usados para identificar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal indicando através de seus escores o grau do impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida contemplando os aspectos físicos, sociais e psicológicos. Bianco et al. (2010), em um estudo onde avaliaram a influência de variáveis sócio demográficas e as condições bucais na qualidade de vida em adultos com mais de 50 anos, constataram que os impactos sociais foram menos intensos que os físicos e psicológicos. Além disso, populações com bom acesso a serviços odontológicos de rotina apresentaram escores reduzidos do OHIP, o que indica bons níveis de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal, inclusive para os de menor classe econômica (COELHO et al., 2008).

Nesse sentido, problemas bucais têm sido cada vez mais reconhecidos como importantes causadores de um impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade. Por exemplo, a perda dentária, muitas vezes ocasionada pela doença cárie, gera um grande impacto negativo na qualidade de vida das pessoas através de danos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais (BARBATO et al., 2007). Além disso, as doenças bucais podem interferir no desempenho diário dos indivíduos através de quadros de dor e de sofrimento, constrangimentos psicológicos como humor e irritação e privações sociais (GOMES e ABEGG, 2007).

O impacto negativo das doenças dentárias na qualidade de vida e sua possível associação com características sociodemográficas dos indivíduos tem sido relatado (COELHO et al., 2008; MIOTTO, BARCELLOS e VELTEN, 2012). Por exemplo, pessoas do sexo feminino têm maior probabilidade de relatar um impacto negativo dos problemas bucais na qualidade de vida do que indivíduos do sexo masculino. Ainda, pessoas com mais idade tendem a relatar maior prevalência de impacto ruim quando comparadas com pessoas mais jovens (COELHO et al., 2008).

Quanto aos aspectos psicossociais, alguns estudos apontaram existir uma relação de alguns fatores como o senso de coerência com o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Emani et al. (2010) realizaram um estudo sobre o efeito do tipo de tratamento reabilitador protético e o senso de coerência (SOC) e constataram que um maior senso de coerência favorece a uma menor percepção do impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida. Provavelmente isso se deve ao fato do SOC ser considerada uma característica individual de enfrentamento e adaptação às pressões da vida e estar relacionado com a qualidade de vida.

Nesse contexto, parece que relacionamentos sociais positivos minimizam o efeito de fatores estressores, gerados por situações que contribuíram para resultados desfavoráveis. A resiliência, outro aspecto psicossocial, aqui entendida como a capacidade do indivíduo construir-se positivamente frente às adversidades foi investigada mostrando existir uma associação positiva entre resiliência e auto percepção de saúde (MARTINS et al., 2011). A religiosidade e sua associação com experiência de cárie dentária, também foi investigada e um estudo identificou uma forte associação estatística sugerindo que o fato de ser religioso contribuía como fator de proteção para a cárie dentária em adultos e níveis mais baixos de placa bacteriana e periodontite instalada (ZINI, SGAN-COHEN e MARCENES, 2012b).

Diante da carência de estudos que investiguem a associação entre os indicadores psicossociais e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, a presente pesquisa buscará como objetivo investigar a influência de tais aspectos como o apoio social, a resiliência, o senso de coerência e a espiritualidade na auto percepção negativa da condição bucal na qualidade de vida de indivíduos adultos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 QUADRO DA SAÚDE BUCAL EM ADULTOS NO BRASIL

Conhecer a situação epidemiológica da saúde bucal de determinada população é fundamental, pois contribui para o planejamento e execução de serviços odontológicos. Os inquéritos epidemiológicos são ferramentas importantes no campo de vigilância em saúde e também são fundamentais nos processos de monitoramento das condições de saúde e do desempenho do sistema de saúde (VIACAVA, 2002). O primeiro levantamento epidemiológico de saúde bucal de abrangência nacional foi realizado em 1986 gerando as primeiras informações válidas sobre a realidade epidemiológica (RONCALLI e SOUZA, 2013).

Em relação às doenças bucais, a cárie e a doença periodontal foram os dois principais agravos avaliados, informações sobre a necessidade do uso de próteses e acesso aos serviços odontológicos também foram levantados. Roncalli (2006), realizou um estudo sobre epidemiologia e saúde bucal coletiva e apontou dados do cenário dos quatro levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil. Partindo do primeiro inquérito de saúde bucal de 1986, tem-se uma alta prevalência e severidade de cárie em estudantes, alto índice de edentulismo (ausência total de dentes) em adultos e idosos e desigualdades regionais no perfil epidemiológico. No segundo inquérito realizado em 1996, observou-se uma tendência de queda da cárie dentária na população escolar e ainda uma persistência das desigualdades regionais.

No terceiro levantamento, ocorrido em 2003, intitulado Projeto SB Brasil - 2003 foram bastante inovador em relação às experiências anteriores apontando uma prática pouco comum que foram os exames domiciliares em adolescentes, adultos e idosos. Além de incorporar outras faixas etárias, também foram avaliados outros agravos como a fluorose e as oclusopatias. Ainda, confirmou uma tendência no declínio da doença cárie aos 12 anos de idade, observou-se também uma continuidade das desigualdades regionais, declínio e melhores condições de saúde bucal em área urbana de capitais do sul e sudeste e em alunos de escola privada e um quadro de edentulismo ainda alarmante entre adultos e idosos.

No quarto e último levantamento, realizado em 2010, confirmou-se uma tendência de declínio da cárie dentária aos 12 anos de idade, a presença de

edentulismo ainda mais alto e ainda uma persistência das desigualdades regionais (RONCALLI e SOUZA, 2013). Cabe destacar que neste último inquérito de 2010, tem-se pela primeira vez a coleta de dados sobre autopercepção e impactos de saúde bucal, também chamadas de medidas subjetivas de saúde. Tais medidas são coletadas através de indicadores sociodontais, instrumentos cujo uso vem crescendo muito, à medida que desta forma se obtém um melhor conhecimento do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos e planejamento de serviços.

Os dados do projeto SB Brasil a respeito da autopercepção de saúde, mostraram que na idade adulta, os indivíduos das regiões Norte e Sul apresentaram, respectivamente, 39,5% e 25,5% de insatisfação com seus dentes e suas bocas. Ainda em relação aos impactos das condições de saúde bucal sobre a vida diária, mais da metade dos adultos de 35 a 44 anos apresentaram algum impacto das condições bucais na sobre sua vida diária, ressaltando que o impacto mais prevalente foi à dificuldade de comer em 26,9% das pessoas e 18,9% relataram incômodo ao escovar os dentes. Nas perguntas realizadas sobre o impacto da saúde bucal na vida diária, a pesquisa SB Brasil 2010 mostrou que o domínio mais afetado foi o físico (36,7%), seguido pelo psicológico (31,2%) e social (13,4%) e a prevalência global de impacto negativo da saúde bucal na vida diária foi de 44,9% (BRASIL, 2010).

Dentre as questões do domínio psicológico, 18,9% relataram ter vergonha de sorrir ou de falar e 18,2% relataram estarem irritadas ou nervosas devido a problemas com seus dentes. E quanto aos impactos diários mais relatados no domínio social foram à influência negativa nas atividades de lazer em 10,6% dos indivíduos e nas atividades de estudo e trabalho em 7,3% (BRASIL, 2012). Assim, é de extrema importância a inclusão de medidas subjetivas, além das tradicionais medidas clínicas, em inquéritos epidemiológicos que visem avaliar a saúde bucal em indivíduos e grupos.

2.2 SAÚDE BUCAL E QUALIDADE DE VIDA

Pode-se dizer que existe uma estreita relação entre saúde e qualidade de vida, visto que a condição de vida é uma importante categoria para se investigar os processos saúde-doença. Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000), em um estudo que

debate as relações entre saúde e qualidade de vida, a qualidade de vida diz respeito à satisfação das necessidades mais eminentes da vida humana como a alimentação, o acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que tem como referência noções relativas de conforto, bem estar e realização individual e coletiva.

Qualidade de vida pode ser entendida como “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SEIDL e ZANNON, 2004). Esse conceito clássico surgiu de um estudo multicêntrico da Organização Mundial de Saúde (OMS), o WHOQOL GROUP, o qual foi realizado em 1995 e teve como objetivo elaborar um instrumento que avaliasse a qualidade de vida. Tendo em vista que a saúde influencia na qualidade de vida, o estado de saúde bucal também compromete o bem estar e afeta várias dimensões da vida do indivíduo.

Conceituar qualidade de vida também mostra certa ligação com o conceito de autopercepção de saúde, que pode ser entendida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Alguns estudos mostraram que a autopercepção de saúde baseia-se nas informações e nos conhecimentos de saúde e doença, alterados pela experiência, normas sociais e culturais de cada indivíduo (MARTINS et al., 2010; VALE, MENDES e MOREIRA, 2013; VASCONCELOS et al., 2012).

A ausência de dentes influencia diretamente o cotidiano das pessoas, afetando a sua imagem pessoal, social e qualidade de vida, fazendo da busca pelo tratamento reabilitador ir além de reestabelecer a função mastigatória. Beloni, Vale e Koyama (2013), ao avaliarem o grau de satisfação e qualidade de vida em indivíduos portadores de prótese dental, concluíram que pacientes reabilitados com próteses totais relatam melhor percepção da qualidade de vida e maior satisfação com a estabilidade e a função mastigatória após a reabilitação protética. Martins et al (2011), em um estudo sobre a autopercepção de saúde bucal com idosos brasileiros, relataram uma autopercepção de saúde bucal positiva estava associada entre aqueles satisfeitos com sua estética bucal, mastigação e relato de ausência de necessidade de tratamento odontológico. Já em outro estudo realizado com idosos de um município do nordeste do Brasil sobre autopercepção de saúde bucal concluíram que apesar das precárias condições de saúde bucal dos indivíduos

pesquisados, ainda assim verificou-se uma autopercepção de saúde bucal positiva (VASCONCELOS et al., 2012).

A avaliação do impacto da condição bucal no bem estar e qualidade de vida é extremamente importante, visto que uma interpretação de saúde deve ser multidimensional e considerar tanto os indicadores biológicos como os não biológicos para subsidiar políticas públicas de promoção e atenção à saúde. Dessa maneira, a necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal, tem levado ao desenvolvimento de instrumentos subjetivos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Assim, os indicadores subjetivos de saúde bucal também chamados de indicadores sociodentais, baseados na autopercepção e nos impactos odontológicos na qualidade de vida estão sendo utilizados visto que as medidas clínicas usadas isoladamente não documentam todo o impacto das desordens bucais em pacientes e populações (LEÃO e LOCKER, 2006). Segundo Oliveira et al. (2013) a maloclusão, a cárie dentária e o traumatismo dentário foram as principais alterações bucais que mostraram uma associação positiva com o impacto negativo da saúde bucal relacionado à qualidade de vida.

Os indicadores subjetivos de saúde bucal foram desenvolvidos no Canadá para descrever os resultados funcionais, sociais e psicológicos, sendo usados em levantamentos de saúde bucal de adultos mais velhos (LOCKER, 1997). Dentre eles está o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP) e sua versão simplificada o OHIP-14. Este instrumento foi desenvolvido para fornecer uma mensuração abrangente das disfunções, desconfortos e inaptidões atribuídas às condições bucais pelo próprio indivíduo (SLADE, 1997). O questionário fornece informações que visam complementar os indicadores epidemiológicos tradicionais de saúde bucal, isto é, os indicadores clínicos, e assim obter um perfil do impacto da doença nas populações e a efetividade dos serviços de saúde para se reduzir esses impactos negativos.

Um estudo realizado por Miotto, Barcellos e Velten (2012) avaliou a prevalência de impactos produzidos por problemas bucais na qualidade de vida e sua possível associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização de serviços em adultos e idosos do município de Marechal Floriano, ES. Os autores concluíram que a prevalência de um pior impacto foi associada à faixa etária e necessidade declarada de prótese. Sem dúvida, os altos escores de impacto

negativo da condição bucal sobre a qualidade de vida acaba sendo um reflexo de décadas de exclusão dessa população, aos serviços odontológicos restauradores e reabilitadores além da ausência de uma política de saúde bucal para os mesmos.

A fim de evidenciar uma associação entre parâmetros sociais e qualidade de vida relacionada à saúde bucal a literatura mostrou que ser mulher, de baixa renda e escolaridade, ser imigrante ou pertencer a grupos étnicos minoritários são as condições sociais mais associadas à percepção de impactos negativos da saúde bucal na qualidade de vida (COHEN-CARNEIRO, SOUZA-SANTOS e REBELO, 2011)

2.3 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

2.3.1 Fatores sociodemográficos e socioeconômicos associados ao OHIP

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal tem se tornado cada vez mais investigada, pois retrata o estado de saúde de uma população considerando a ótica pessoal de cada indivíduo. A percepção de saúde parte de uma avaliação global do estado de saúde a partir da análise de aspectos objetivos e subjetivos de cada indivíduo a fim de que se possam investigar quais os fatores associados a uma autopercepção da condição de saúde. Se analisarmos a percepção precária ou negativa da própria condição de saúde, esta pode ser resultante de sentimentos provocados pelo mal-estar, dor e desconforto, interação com fatores sociais, culturais e psicológicos e ambientais que modificam a maneira de como a vida das pessoas é afetada pelo problema vivido repercutindo assim na qualidade de vida de cada indivíduo (BEZERRA et al., 2011).

Silva e Castellanos Fernandes (2001) investigaram a autopercepção das condições de saúde bucal relatada por idosos e fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferem nessa percepção. Foram estudadas 201 pessoas dentadas com idade média de 66,7 anos. As maiores participações foram das mulheres (63,2%) e de pessoas com menor escolaridade (74,7%). O levantamento epidemiológico mostrou que a condição bucal dos examinados foi considerada precária devido à grande quantidade de dentes extraídos (77,2%), à presença de poucos dentes na boca e à necessidade do uso de prótese dentária.

Em relação aos dados subjetivos mostraram que esses idosos apresentaram uma precária percepção dos problemas bucais ao relatarem não ter nenhum problema em seus dentes ou gengiva. Isso explica o fato de a autopercepção da condição bucal contrastar com a condição clínica, pois o indivíduo teve uma visão positiva mesmo com seus dados clínicos não sendo satisfatórios (SILVA e CASTELLANOS FERNANDES, 2001).

Sendo assim, a maioria das pessoas vê a sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal de maneira favorável mesmo em condições clínicas não ideais, provavelmente porque as medidas clínicas de saúde utilizadas pelo profissional são preditores fracos da percepção de saúde bucal das pessoas. Ainda, a condição bucal foi avaliada como regular por 42,7% das pessoas e o indicador sócio dental avaliado apresentou um valor médio de 33,8, o que mostra que mesmo em condições clínicas não satisfatórias, a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira favorável. Uma das razões para explicar essa fraca associação entre as variáveis clínicas e de autopercepção deve ser pelo fato de que a maioria das doenças detectadas ao exame clínico são assintomáticas e certamente desconhecidas pelo indivíduo (SILVA e CASTELLANOS FERNANDES, 2001).

Entre as variáveis sociodemográficas aqui estudadas, apenas a classe social mostrou diferença entre os grupos. O meio social é considerado de extrema importância, pois ele faz com que as condições de vida e de trabalho assumam uma classificação diferenciada conforme a maneira pela qual as pessoas, sentem e agem a respeito de sua saúde (SILVA e CASTELLANOS FERNANDES, 2001).

A autopercepção de saúde bucal está diretamente influenciada por razões sociais, econômicas e psicológicas que só podem ser explicadas e compreendidas quando os pacientes são ouvidos e quando seus auto-diagnósticos e opiniões são levados em consideração. No Brasil, alguns estudos demonstraram que a autopercepção de saúde bucal varia de acordo com as características sociodemográficas, da mesma maneira, pesquisas têm evidenciado associações da autoavaliação da saúde bucal com a utilização de serviços odontológicos e condições normativas de saúde bucal como o número de dentes cariados e obturados, além do uso e necessidade de prótese (MOURA et al., 2014; SILVA et al., 2011; VALE, MENDES e MOREIRA, 2013).

Moura et al.(2014), em um estudo sobre autopercepção de saúde bucal e fatores associados em adultos, evidenciaram que a autopercepção negativa da

saúde bucal foi mais prevalente em indivíduos mais jovens, de baixa escolaridade, entre as mulheres, e entre os de cor preta e parda. Os preditores da autoavaliação negativa da saúde bucal foram a cor da pele, a necessidade auto referida de tratamento odontológico e o impacto das condições bucais na qualidade de vida. Silva et al.(2011), em uma pesquisa sobre autopercepção de saúde bucal em idosos e fatores associados realizada em Campinas, SP, mostraram existir uma associação da percepção mais favorável da saúde bucal entre os idosos que apresentavam dentição funcional, faziam uso de prótese total em ambas as arcadas, não necessitavam de próteses totais e não tinham alterações de mucosa oral. Mostraram também que o único fator sociodemográfico associado à autopercepção de saúde bucal dos idosos foi a escolaridade sugerindo que melhores condições materiais, isto é, melhor escolaridade e melhor renda possam favorecer sua saúde bucal.

Ainda, os indicadores de autopercepção foram considerados elevados mesmo para os subgrupos de idosos com piores condições de perda dentária, uso e necessidade de próteses total, alteração da mucosa bucal e fragilidade biológica. Idosos frágeis podem apresentar pior qualidade de vida em relação à saúde bucal em função de sua maior dificuldade de acesso no tratamento odontológico. Além disso, para a população idosa, as visitas ao dentista podem ser adiadas em função de outras demandas de saúde das quais necessita. Assim, os fatores associados identificados podem contribuir para o planejamento de serviços de saúde bucal numa perspectiva ampliada promovendo saúde e integrando ações preventivas e reabilitadoras com atividades educativas orientando os idosos sobre a importância do autocuidado (SILVA et al., 2011).

Outro estudo realizado por Miotto, Barcelos e Velten (2012) avaliou a prevalência de impactos produzidos por problemas bucais na qualidade de vida e sua possível associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização de serviços em adultos e idosos do município de Marechal Floriano, ES. Aqueles indivíduos com necessidade declarada de próteses apresentaram um maior impacto na qualidade de vida revelando existir uma associação da necessidade percebida de prótese com altos escores de impacto na qualidade de vida em populações adultas, refletindo décadas de exclusão aos serviços odontológicos restauradores, reabilitadores e a ausência de uma política de saúde bucal. Esse estudo também mostrou que aquelas pessoas que utilizaram o serviço odontológico por urgência,

com necessidade declarada de próteses parciais e totais relataram maior impacto (MIOTTO, BARCELLOS e VELTEN, 2012).

Para Vale, Mendes e Moreira (2013), em um estudo sobre a autopercepção de saúde entre adultos na região nordeste brasileira, mostraram que a autopercepção positiva da saúde bucal estava diretamente associada às características de ser branco, ter renda familiar superior a R\$ 500,00, possuir número de bens acima da mediana, ter maior número de dentes hígidos, não necessitar de prótese dentária, e de tratamento odontológico e ter ido ao dentista há menos de três anos. Relatam ainda que as baixas condições econômicas associadas às condições clínicas deficientes dessa população causaram um grande impacto na sua autopercepção de saúde.

Peres et al.(2013), buscaram estimar a prevalência e identificar quais seriam os fatores sociodemográficos e parâmetros bucais associados ao impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida. Dentre os adolescentes que participaram do inquérito nacional de saúde bucal de 2010, 39,4% relataram pelo menos um impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida devido às condições bucais. A prevalência de impacto negativo na saúde bucal foi de aproximadamente 40% e que 22,5% dos adolescentes pesquisados relataram a presença de dois ou mais impactos negativos na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Essa prevalência acabou sendo maior no sexo feminino em relação ao masculino; entre aqueles referidos como pardos, amarelos e indígenas quando comparados com os brancos e entre os adolescentes de menor renda familiar e com menor escolaridade quando comparados com os de maior renda e escolaridade.

Os menos escolarizados e em desvantagem econômica relataram pior qualidade de vida do que aqueles com situação mais favorecida caracterizando um quadro de iniquidade social. Isto porque a alta escolaridade está associada à obtenção de melhores empregos, maior renda e melhor moradia, uma vez que, influenciam melhores atitudes em relação à saúde, como por exemplo, maior acesso a alimentos mais saudáveis e o consumo de produtos de higiene bucal. Acrescenta-se ainda, que aqueles com lesões de cárie não tratada, perda dentária, dor de dente, problemas de oclusão e sangramento à sondagem apresentaram maior impacto negativo na qualidade de vida do que aqueles sem esses agravos (PERES et al., 2013).

Gabardo, Moyses e Moyses (2013) em uma revisão sistemática da literatura, identificaram que uma pior autopercepção da saúde bucal sobre a qualidade de vida estava associada a fatores sociais, econômicos e demográficos e comportamentais desfavoráveis, além de condições clínicas bucais ruins. Os resultados foram diferentes tanto para os homens quanto para as mulheres, observando-se uma maior participação do gênero feminino na maior parte dos estudos revisados. Isso explica o fato de que as mulheres são mais vinculadas ao ato do cuidado, seja ele pessoal ou familiar e, dessa forma procuram mais pelos serviços de saúde e relatam mais morbidades. O avanço da idade mostrou exercer uma influência na pior autopercepção bucal em alguns estudos dessa revisão e indicaram que os idosos percebem mais intensamente a limitação funcional do que os jovens. Quanto às variáveis socioeconômicas e demográficas, a melhor autopercepção de saúde bucal se associou às situações econômicas e de escolaridade mais favoráveis. Em relação às variáveis clínicas, o uso de próteses removíveis pode reduzir a percepção ruim dos impactos da saúde bucal e as condições bucais desfavoráveis determinam um pior resultado no OHIP. Entre os estudos revisados, foi encontrada também uma maior prevalência do impacto negativo da condição bucal sobre a qualidade de vida entre pessoas com problemas graves de saúde geral, como infecção pelo vírus HIV ou insuficiência renal com hemodiálise (GABARDO, MOYSES e MOYSES, 2013).

2.3.2 Fatores psicossociais associados ao OHIP

As variáveis psicossociais podem influenciar na autopercepção de saúde moderando o estado de saúde do indivíduo. Taylor e Seeman (1999), em um estudo sobre fatores psicossociais e suas relações com saúde, é discutida a maneira de como esses recursos estão distribuídos entre as classes sociais e como se dá a sua relação com os resultados em saúde. Segundo os autores, os relacionamentos sociais positivos minimizam o efeito de fatores estressores que contribuem para resultados desfavoráveis e aumento de riscos para a saúde (TAYLOR e SEEMAN, 1999). Por ser o OHIP um instrumento auto administrável, é importante salientar que a autopercepção é uma interpretação que a pessoa faz de seu estado de saúde e que pode levar à mudanças no comportamento e de certa forma influenciar a qualidade de vida.

2.3.2.1 Apoio social

A associação entre os relacionamentos sociais e saúde foi sugerida por Cobb (1976) quando evidenciaram que a ruptura de que tais relacionamentos aumentavam a suscetibilidade às doenças. O apoio social parte da ideia de recursos colocados à disposição por outras pessoas em situações de necessidade, podendo ser medido através da percepção individual. Trata-se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções como, por exemplo, apoio emocional, material e afetivo, com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade dessas funções (BOWLING, 1997). O apoio social leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado e que o mesmo faz parte de uma rede social com compromissos mútuos (COBB, 1976).

Araújo et al.(2006), em um estudo sobre suporte social, promoção de saúde e saúde bucal de uma população idosa no Brasil, apontam o apoio social como um agente de integração do idoso com a sociedade minimizando assim os riscos de exclusão social e de danos à sua saúde por meio de medidas de promoção de saúde. O suporte social inclui redes de apoio como a família, os amigos e a comunidade na qual vivemos e têm como finalidade contribuir para o bem estar das pessoas, principalmente para aquelas em situação de exclusão. Além de melhorar a saúde e o bem estar das pessoas, o apoio social, atua em algumas situações como fator de proteção e também serve como uma ferramenta de autonomia para os indivíduos, na medida em que aprendem e compartilham os modos de lidar com o processo saúde-doença na comunidade (VALLA, 1999).

Quanto menor o apoio social, maiores são as chances de se ter um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida. Para que se tenha uma melhor saúde bucal relacionada à qualidade de vida deve existir uma combinação entre uma interação social positiva e rede social baseada no trabalho. Tendo em vista que o ambiente de trabalho facilita e promove certos relacionamentos entre as pessoas, o apoio social age como um modificador de efeito entre o contexto ocupacional e o OHIP. Há evidências de que o ambiente de trabalho constitui uma rede de apoio social importante que pode fornecer benefícios para a saúde diminuindo os riscos e desenvolvimento de doenças. Além disso, pode favorecer uma maior oportunidade para melhorar a autoestima e adquirir confiança na tomada de decisões. Por exemplo, Lamarca et al. (2012), ao investigarem a diferença na relação da saúde

oral sobre a qualidade de vida em gestantes e mulheres puérperas ligadas à redes de apoio social no trabalho e em casa, constataram que mulheres que trabalhavam fora de casa tinham melhor saúde bucal relacionada à qualidade de vida do que as que trabalhavam em casa.

Além disso, o trabalho remunerado é um mecanismo chave para se obter recursos materiais para a saúde, tais como melhor renda, dieta, moradia e outros bens materiais. Ao mesmo tempo, o trabalho assalariado estaria positivamente associado com uma maior disponibilidade de apoio social e, conjuntamente, esses fatores levam a uma melhor saúde bucal relacionada à qualidade de vida. Assim, mulheres donas de casa que possuem um nível mais baixo de renda familiar, tendem a contar com uma rede de apoio mais fraca, o que foi associado com maior escore do OHIP (LAMARCA et al., 2012). Por sua vez, uma pior autopercepção de saúde bucal relacionada à qualidade de vida acaba por dificultar a inserção no mercado de trabalho e, portanto, de várias interações sociais, resultando em um menor apoio social (LAMARCA et al., 2012).

Brennan e Spencer (2012), entrevistaram adultos jovens do Sul da Austrália avaliando apoio social, otimismo, impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida e experiência de cárie. Os autores relataram que um alto apoio social está associado a uma menor presença de dentes cariados, significando um menor impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida em relação ao grupo que relatou mais baixo apoio social. Ainda, a combinação do apoio social com o otimismo foi associada com saúde oral, sendo que indivíduos com baixo apoio social e baixo otimismo mostraram maior número de dentes perdidos.

Ford, Cramb e Farah (2014) investigaram o impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida de indivíduos sem-teto de uma população urbana na Austrália. Os autores constaram que adultos sem-teto relataram significativamente maior impacto na saúde bucal quando comparado aos não moradores de rua e aos níveis relatados pela população australiana em geral. Isso mostrou um efeito significativo sobre a vida desses indivíduos quando da presença de uma doença oral não tratada. Esse grupo demonstrou uma aceitação de níveis maiores de dor e disfunção, pois não tinham nenhuma outra escolha a não ser conviverem com a situação. No estudo, a alta prevalência da doença mental entre os moradores de rua e o uso de medicações psiquiátricas que causavam boca seca se refletia na pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Outros fatores como o tabagismo,

diabetes, dieta pobre, higiene bucal deficiente e barreiras para a assistência odontológica como o custo, ansiedade e falta de informação também acabavam repercutindo de maneira negativa (FORD, CRAMB e FARAH, 2014).

Segundo Brennan e Spencer (2012), a relação entre apoio social e saúde é explicada, em grande parte, por uma terceira variável: a classe social. Indivíduos com uma situação econômica mais favorável teriam uma rede de apoio mais sólida, mais especializada, composta por pessoas de diversas áreas as quais facilita a solução de diversos problemas. Já indivíduos com uma pior situação econômica possuem uma rede de apoio bem mais restrita resultando na dificuldade de acesso a informação, opinião e conseqüentemente condições de autocuidado. Por isso, ressalta-se a importância de uma forte rede de apoio para se tenha resultados positivos em saúde geral e saúde bucal.

2.3.2.2 Resiliência

A resiliência se apresenta como um tema novo na área das ciências humanas e da saúde. Nas ciências humanas, ela é entendida como a capacidade do indivíduo de construir-se positivamente frente às adversidades. Trata-se de uma qualidade de resistência e perseverança do ser humano face às dificuldades da vida e destaca o entendimento moderno de promoção de saúde explicado pela ampliação da capacidade do indivíduo de apropriar-se dos determinantes das condições de sua saúde (NORONHA et al., 2009).

No que concerne à associação entre resiliência e autopercepção de saúde bucal, ainda há poucas evidências e estas não são conclusivas. Por exemplo, na cidade de Carlos Barbosa no sul do Brasil foi realizado um estudo com idosos para se investigar a autopercepção de saúde bucal e sua associação com a resiliência através da análise de um conjunto de variáveis dispostas em um modelo hierárquico (MARTINS et al., 2011). Segundo os autores, elevados níveis de resiliência estavam associados com uma alta percepção positiva de saúde bucal e consideraram que a variável psicossocial pode ter um papel potencializador de uma adaptação positiva frente à perda dentária. Assim, uma pessoa com uma capacidade maior de resiliência pode lidar com os fatores estressores de maneira positiva e tal característica funciona como um mecanismo de proteção contra os efeitos deletérios da perda dos dentes tanto direta quanto indiretamente. Tal evidência sugere que os

mecanismos de proteção reduzem os efeitos diretos do risco (impacto social) e podem, inclusive, reverter os efeitos do estresse que, por sua vez, pode potencializar processos associados à perda dentária, como a gengivite.

Contrariamente outro estudo procurou investigar a associação entre fatores relacionados à saúde bucal juntamente com o bem estar social e emocional em uma coorte de adultos jovens indígenas residentes da região norte da Austrália (JAMIESON et al., 2011). Os dados foram coletados em cinco domínios de bem estar social e emocional entre eles a resiliência. As variáveis independentes incluíram aspectos sociodemográficos, comportamentais de saúde bucal, experiência de cárie dentária, qualidade de vida na saúde bucal entre outros e observaram que a resiliência não estava associada ao impacto negativo da saúde bucal sobre a qualidade de vida. Essa não associação se explica pelo fato de que comportamentos em saúde bucal, como por exemplo, o uso da escova de dentes estar associado com a resiliência.

Outro estudo também avaliou a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, por meio de uma abordagem hierárquica baseada em um modelo teórico conceitual em uma coorte de idosos do Rio Grande do Sul (TEIXEIRA et al., 2015). Os autores concluíram que as variáveis sociodemográficas estavam associadas à qualidade de vida relacionada à saúde bucal e que a hipótese de que a resiliência pudesse exercer um papel importante no desfecho não foi confirmada. Os resultados apresentaram uma significância limítrofe, com alguma tendência para que idosos com dentes ausentes reportassem um pouco mais os impactos de saúde bucal. Porém cabe questionar o quanto a perda dentária e as sequelas de uma história progressiva de mutilações em relação à saúde bucal podem ser consideradas por essa população como um estressor. A explicação da não associação está relacionada à gravidade do estressor. Desse modo, a resiliência pode não afetar a autopercepção de saúde bucal porque essa autopercepção pode não ser considerada um estressor potente o suficiente para acionar mecanismos de enfrentamento.

Culturalmente, as gerações passadas consideravam a perda dentária com algo aceitável, porque ainda nos dias de hoje é muito comum na prática clínica a ideia que é preferível a perda dentária à dor que um dente pode causar. Dessa forma, outro estudo mostrou que apesar das perdas dentárias, muitos idosos consideram sua saúde bucal como boa ou excelente, porque se adaptaram a uma

determinada situação acionando seu potencial de resiliência e acabaram não considerando sua saúde bucal como um problema e conseqüentemente não repercutindo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (VASCONCELOS et al., 2012).

Então, a falta de associação da resiliência com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal pode ser devido ao estudo da resiliência normalmente se basear em eventos de maior magnitude, geralmente relacionados a luto (BONANNO, 2002). Em relação aos danos causados pela perda dentária pode-se supor que não sejam geradores de grande stress, devido ao fato de acontecerem gradualmente. Além disso, como a resiliência remete ao fato de assumir características de flexibilidade e adaptação, ela assume características que variam de fator de risco a fator de proteção, dependendo não só da presença de seus condicionantes, mas também da intensidade com que tais condicionantes se apresentam (LARANJEIRA, 2007).

2.3.2.3 Senso de coerência

A teoria Salutogênica foi proposta por Antonovsky em 1987 que enfoca o atual paradigma de promoção de saúde (ANTONOVSKY, 1987). Segundo a teoria, para se possa promover saúde é necessário pensar em saúde. Pensar em saúde envolve muito mais do que apenas a compreensão de mecanismos patogênicos e os métodos biológicos de prevenção. Assim, a saúde, principalmente a saúde bucal, deve ser entendida como resultante de um equilíbrio entre a saúde e a doença gerado a partir dos ambientes social, político e cultural (BONANATO et al., 2008).

O ponto central dessa teoria é o senso de coerência (SOC), uma variável que tem como objetivo quantificar o grau da adaptabilidade das populações ao seu ambiente. O Senso de coerência (SOC) é um fator psicossocial capaz de proporcionar proteção para a saúde e influencia os hábitos que interferem diretamente na saúde e os comportamentos adaptativos que podem minimizar a gravidade da doença (M KIVIMÄKI, 2000). Além disso, o senso de coerência também minimiza a percepção ao estresse ambiental e às emoções negativas advindas dele (BONANATO et al., 2008). Uma das formas de avaliação do constructo de senso de coerência se compõe de três elementos que envolvem a capacidade de compreender um evento (compreensibilidade), a percepção do

potencial de manipulá-lo ou solucioná-lo (maneabilidade) e o significado que se dá a este evento (significância) (KIVIMAKI et al., 2000).

A relação positiva entre SOC e indicadores de saúde bucal parece estar bem estabelecida em estudos com várias populações. Por exemplo, Bernabé et al.(2010), avaliaram a relação entre senso de coerência e saúde bucal em adultos em um inquérito de saúde finlandês e observaram que um forte senso de coerência estava associado à presença de um maior número de dentes, menor número de dentes cariados e menor número de bolsas periodontais severas. Assim, indivíduos com um forte senso de coerência, apresentaram melhores comportamentos em saúde bucal. A associação entre senso de coerência e saúde bucal foi encontrada após o controle dos fatores de risco estabelecidos para a doença periodontal e cárie, o que certamente está relacionado aos comportamentos em saúde oral que podem ajudar a reduzir a gravidade das doenças. De modo geral, os resultados sustentam a ideia de que o SOC possui um efeito comportamental baseado na regulação da emoção causada pelos fatores estressores e busca de comportamentos promotores de saúde.

Ainda outro estudo realizado com adultos finlandeses avaliou se o SOC podia prever a incidência de doença cárie ao longo de quatro anos (BERNABE et al., 2012). Este estudo sugeriu que o SOC prevê a incidência de cárie dentária em adultos e que os comportamentos em saúde bucal como frequência de escovação, atendimento odontológico e frequência de ingestão de açúcar, podem ajudar a explicar porque os adultos com forte SOC têm menor risco de desenvolver cárie dentária quando comparado com aqueles com o SOC fraco. O efeito do SOC sobre a incidência de cárie foi explicado pelos comportamentos em saúde bucal que exercem um papel de mediadores do relacionamento entre o SOC e o desenvolvimento da doença. As visitas regulares ao dentista explicariam essa relação através do acesso do indivíduo não somente às medidas preventivas como também às medidas curativas e restauradoras (BERNABE et al., 2012).

Nessa direção, Freire, Sheiham e Hardy (2001) ao investigarem a relação entre SOC e comportamentos em saúde oral de adolescentes da cidade de Goiânia – GO consideraram o SOC como um determinante psicossocial. Os autores constataram que um maior SOC dos adolescentes estava associado com menor probabilidade de ter experiência de cárie nos dentes anteriores quando comparados com aqueles com menor SOC. Ainda, ao avaliarem a relação entre SOC e

comportamentos relacionados à saúde bucal, constatou-se que aqueles adolescentes com os mais elevados escores de SOC, eram menos propensos a visitar o dentista quando se encontravam em situação de dificuldade do que aqueles com os mais baixos escores de SOC. Além disso, encontraram também uma forte associação entre o SOC e o padrão de atendimento odontológico desses adolescentes, sugerindo que o senso de coerência influencia na conscientização sobre saúde bucal dos sujeitos. Sobre esses achados, entende-se que a cárie dentária, quando instalada nos dentes anteriores, indica um quadro de alta severidade da doença e problemas relacionados com a aparência que podem afetar os relacionamentos entre os sujeitos e causar impacto na vida cotidiana.

No que se refere à associação entre SOC e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, verifica-se um número menor de estudos e resultados inconclusivos. Savolainen et al.(2005), investigaram a relação entre qualidade de vida relacionada à saúde bucal, senso de coerência, fatores socioeconômicos e demográficos, variáveis comportamentais de saúde bucal em indivíduos finlandeses com idade entre 30 e 64 anos. Após a coleta dos dados e análise, constataram que indivíduos que apresentavam um SOC forte ou moderado, também apresentavam um número significativamente menor de problemas bucais quando comparado com aqueles que apresentavam um SOC fraco. A explicação pode-se dar pelo fato de uma relação existente entre o senso de coerência e características psicológicas clássicas como a autoestima e a depressão. De acordo com a teoria Salutogênica, como o SOC é desenvolvido antes dos 30 anos de idade e se estabiliza a partir de então, o SOC pode ser um fator modificador de avaliação subjetiva da saúde bucal no adulto. Assim a associação entre o senso de coerência e o OHIP enfatiza que a variável psicossocial é um fator determinante sobre a saúde bucal influenciando na percepção da qualidade de vida.

Outro estudo testou o efeito do tipo de prótese dentária e o senso de coerência na saúde bucal relacionada à qualidade de vida (EMAMI et al., 2010). Ao analisarem uma amostra de idosos desdentados verificaram que a maior parte deles tinha um forte senso de coerência (SOC), principalmente os que eram casados ou que viviam com companheiro ou companheira mostrando o quanto é importante o apoio social e familiar. Um maior SOC favoreceu uma menor autopercepção de saúde bucal ruim conforme o OHIP e não interferiu no efeito do tipo de prótese. O senso de coerência não ajudou a resolver os problemas relacionados às próteses

mal adaptadas mostrando que a capacidade de adaptação do indivíduo desempenhou um papel importante, visto que, a aceitação do tipo de prótese dentária estava relacionada com suas características de retenção e estabilidade.

O ambiente familiar também deve ser considerado para se pensar em planejamento de intervenções para promover ou melhorar a saúde bucal como também sua relação com a qualidade de vida. Khatri, Acharya e Srinivasan (2014), realizaram um estudo sobre senso de coerência das mães e sua relação com a saúde bucal e qualidade de vida dos filhos em idade pré-escolar. Mostraram que filhos de mães indianas com alto SOC tiveram 12,9 vezes mais chance de ter melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal do que filhos de mães com baixo SOC, sugerindo assim que o SOC materno pode ser um fator psicossocial determinante da qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pré-escolares (KHATRI, ACHARYA e SRINIVASAN, 2014).

Bonanato et al. (2008), em um estudo com pré-escolares de Belo Horizonte, avaliaram a relação entre SOC materno e a experiência de cárie dentária. Contrariando a hipótese do estudo, os autores não encontraram relação entre o senso de coerência das mães e a saúde bucal de seus filhos (BONANATO et al., 2008). Ainda assim os autores consideraram que o SOC materno é uma variável psicossocial determinante na condição de saúde bucal sobre a qualidade de vida dos filhos, uma vez que a mãe seria a maior influenciadora da saúde da família, inclusive em relação aos cuidados odontológicos.

2.3.2.4 Espiritualidade

Segundo Panzini et al. (2007a), a espiritualidade tem sido apontada como uma importante dimensão da qualidade de vida. É um sentimento pessoal que estimula o interesse pelos outros e por si, um sentido de significado da vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade. Também pode ser definida como uma propensão humana a buscar significado para a vida por meio de conceitos que transcendem o tangível: um sentido de conexão com algo maior que si próprio, que pode ou não incluir uma participação religiosa formal (PANZINI et al., 2007b). Saad, Masiero e Battistella (2001), em seu estudo intitulado espiritualidade baseada em evidências aponta que vários artigos científicos mostram existir uma associação entre espiritualidade/religião e saúde e que tal relação é estatisticamente

válida e possivelmente causal. Ainda, afirmam que pessoas religiosas têm estilo de vida e características físicas mais saudáveis e requerem menos assistência à saúde.

A relação positiva entre espiritualidade e saúde bucal também tem tido apoio de evidências. Zini, Sgan-Cohen e Marcenes (2012b) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a existência de uma relação entre religiosidade e cárie dentária entre adultos judeus de Jerusalém de 35 a 44 anos de idade. O estudo identificou uma forte associação estatística entre a experiência de cárie e a religiosidade, sugerindo que ser religioso teve um efeito protetor. Os autores argumentam que a religiosidade pode influenciar o bem estar psicológico e que a crença em um poder superior combinado com atividades diárias de oração, atividades em grupos e identificação dos indivíduos com tais grupos favorece a saúde.

Os mesmos autores realizaram outro estudo onde investigaram a relação entre periodontite e religiosidade entre adultos de Jerusalém (ZINI, SGAN-COHEN e MARCENES, 2012a). Constataram que a religiosidade exerceu um papel protetor contra a periodontite e concluíram que níveis mais altos de religiosidade estavam associados a menores níveis de placa bacteriana e conseqüentemente a níveis mais baixos de doença periodontal. Uma explicação para essa relação seria que a religiosidade/espiritualidade parece influenciar no nível de educação e comportamentos em saúde bucal o que por sua vez, está fortemente ligada à doença periodontal e também a um maior apoio social e familiar (ZINI, SGAN-COHEN e MARCENES, 2012a). Os estudos anteriores não abordam a relação da espiritualidade com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, mas sim a relação direta entre indicadores de saúde bucal e religiosidade/espiritualidade por isso não foram encontrados estudos que apontem essa associação entre OHIP e espiritualidade.

2.4 QUADRO COM OS PRINCIPAIS ESTUDOS QUE ABORDAM O OHIP

A partir da revisão de literatura investigada, os principais resultados de estudos que obtiveram o OHIP como desfecho de interesse encontram-se sistematizados no quadro a seguir.

Quadro 1 - Estudos que abordam o OHIP:

Autores/ano/título	Delineamento	Variáveis de exposição	Fatores de confusão	Análise e resultados
1) Brennan DS, 2013- Oral health impact profile, EuroQol and Assessment of Quality of Life instruments as quality of life and health-utility measures of oral health.	Estudo transversal com 1.093 adultos entre 30 e 61 anos de idade	Variáveis de saúde bucal autorelatadas	Não informado	O OHIP mostrou associação com todas as variáveis de saúde bucal ($p < 0,01$); a média de diferenças das pontuações do OHIP entre os diferentes níveis de saúde bucal variou entre 5,6 e 10,6. O OHIP mostrou uma forte correlação com a autopercepção de saúde bucal.
2) Peres et al., 2013- Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes.	Estudo transversal de 5.445 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade	Sexo, cor da pele, escolaridade, renda familiar, idade, cárie não tratada, perda dentária, dor de dente, oclusopatias, sangramento gengival, cálculo dental e bolsa periodontal	Não informado	Segundo a análise de Regressão de Poisson, 39,4% relataram pelo menos um impacto negativo na qualidade de vida. A média de impacto foi de 1,52 (IC 95% 1,16; 2,00) vezes maior no sexo feminino e 1,42 (IC95%1,01; 1,99), 2,66

				(IC95% 1,40; 5,07) e 3,32 (IC95% 1,68; 6,56) vezes maior nos pardos, amarelos e indígenas respectivamente; a prevalência de impacto negativo foi de 40% e 22,5% dos adolescentes brasileiros relataram a presença de dois ou mais impactos negativos da condição bucal sobre a qualidade de vida.
3) Gabardo et al., 2013- Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impact (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática	Revisão sistemática de 57 artigos localizados e 20 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão adotados	Fatores sociais, demográficos, econômicos, psicossociais e comportamentais.	Não informado	A metassumariação permitiu identificar que uma autopercepção de saúde bucal ruim estava associada a fatores sociais e econômicos, demográficos e psicossociais e comportamentais desfavoráveis com frequência de associação

				de 6 (85,7%), bem como condições clínicas bucais ruins 16(94,1%)
4) Lamarca et al., 2012- Oral Health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks	Estudo transversal com 1.403 mulheres grávidas e puérperas com média de idade de 25 anos	Apoio social, redes de apoio.	Idade, etnia, situação familiar, renda, escolaridade, estado civil e classe social.	As chances de ter uma pior condição bucal relacionada à qualidade de vida (OHIP ≥ 4) foi significativamente maior nas mulheres que trabalham em casa e com níveis moderados de interações sociais positivas OR 1,64 (IC 95% 1,08; 2,48). Ainda para as que trabalhavam

				em casa e possuíam baixos níveis de interações sociais positivas tinham OR 2,15 mais chances de relatar pior impacto da condição bucal (IC 95% 1,40; 3,30), quando comparadas com as mulheres de redes sociais baseadas no trabalho e altos níveis de interações sociais positivas. As mulheres que trabalhavam fora de casa apresentavam melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal quando comparadas às que trabalhavam em casa.
5) Brennan et al., 2012- Social support and optimism in relation to the oral health of young	Estudo transversal com 1859 indivíduos com 30 anos de idade	Apoio social e otimismo	Idade, renda, visita ao dentista, frequência de escovação, escolaridade, situação do trabalho	Na análise de regressão multivariada, apoio social e otimismo foram associados com saúde

adults.			odontológico	oral ($p < 0,05$), mostrou também existir uma correlação positiva entre apoio social e otimismo ($r = 0,45$ e $p < 0,01$) e 86% das pessoas com alto otimismo tem alto apoio social quando comparadas com as com baixo otimismo (60,7%).
6) Ford et al., 2014- Oral health impacts and quality of life in a urban homeless population	Estudo transversal com 58 adultos	Apoio social	Não informado	Adultos moradores de rua relataram maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida (80,4%; IC95% 73,8; 86,9) quando comparados com o restante da população (18,2%; IC95% 16,2;20,2)
7) Martins AB., 2011- Resilience and self-perceived oral health	Estudo de coorte com 496 idosos de 64 anos ou mais	Resiliência	Não informado	O modelo de regressão de Poisson mostrou que a alta resiliência (RP=1,18 ; IC95% 1,06-1,32); renda

				(RP=1,18 IC95% 1,07-1,30) e nenhuma mudança relatada na dieta por causa de problemas dentários (RP=1,34 IC95% 1,13-1,60) foram associados com autopercepção positiva de saúde bucal.
8) Jamieson et al., 2011- Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian Young adults.	Estudo prospectivo longitudinal com uma coorte de adultos aborígenes australianos	Resiliência	características sócio-demográficas, uso de drogas,	Itens pobres de saúde bucal foram associados a cada um dos domínios de bem estar social emocional; resiliência estava associada ao sexo masculino; ter emprego; possuir um ou mais dentes. Não mostrou associação entre resiliência e impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida e os resultados sugerem que o bem estar social e emocional estão

				associados à saúde bucal
9) Bernabé et al., 2010- Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 Survey	Estudo transversal com 5401 adultos dentados	Senso de coerência	Fatores demográficos e socioeconômicos	O SOC foi associado a ter mais dentes, menos dentes cariados, menor grau de bolsas periodontais e boa saúde bucal (p=0,003).
10) Jaakkola et al., 2013- Dental fear and sense of coherence among 18 year old adolescents in	Estudo transversal com 777 adolescentes de 18 anos	Senso de coerência	Sexo, faixa etária e escolaridade	A prevalência de alto medo foi de 8%. Aqueles que apresentaram alto medo de dentista

Finland				apresentaram um SOC mais fraco do que aqueles com medo moderado (69% vs. 31%) OR=2,5 IC 95% 1,4-4,4)
11) Savolainen et al., 2005- Sense of coherence as a determinant of oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults	Estudo transversal com 4039 adultos entre 30 e 64 anos	Senso de coerência	Sexo e faixa etária	Regressão logística ordinal. Indivíduos com um SOC forte ou moderado (83%) relataram não ter problemas atribuídos à condição bucal, 13% relataram ter um ou dois problemas e 4% relataram ter três ou mais problemas.
12) Bernabé et al., 2012- Sense of coherence and four year caries incidence	Estudo longitudinal com 994 adultos	Senso de coerência	Dados demográficos e escolaridade, escovação dentária e atendimento	Segundo a regressão linear. O SOC foi associado positivamente

in Finnish adults			odontológico	com vários aspectos de saúde bucal de adultos. Adultos com forte SOC apresentavam mais dentes, menos lesões de cáries, menos bolsas periodontais e 66% relataram boa percepção da saúde bucal e 34% relataram ter pobre percepção de saúde bucal
13) Khatri et al., 2014- Mother's sense of coherence and oral health related quality of life of preschool children in Udupi Taluk.	Estudo transversal com 388 mães de 24 a 48 anos	Senso de coerência	Não informado	Regressão logística multivariada. O SOC de pais e mães estava associado com qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Filhos das mães com alto SOC tem 12,9 vezes mais chance de ter melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal do que filhos de mães com baixo SOC.

3 JUSTIFICATIVA

Uma pior condição de saúde bucal afeta o indivíduo tanto no seu aspecto físico quanto psicológico. Lesões de cárie severas, por exemplo, influenciam negativamente na qualidade de vida, resultando em sérias consequências para a vida diária. As pessoas experimentam a dor e o desconforto, são acometidas por infecções agudas e crônicas, apresentam dificuldade ao comer e perturbação do sono. Além de resultar em tratamentos dentários mais caros, perda de dias no trabalho e dificuldade de aprendizado (SHEIHAM, 2005). Ou seja, uma saúde bucal insatisfatória influencia na maneira como as pessoas crescem, se desenvolvem, aproveitam a vida, falam, mastigam, sentem o gosto dos alimentos e se socializam.

O conceito de necessidade é fundamental para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde. Tradicionalmente a necessidade clínica é conhecida como necessidade normativa e reflete os aspectos clínicos de determinada doença. Entretanto, as medidas subjetivas de saúde também são importantes, pois fornecem percepções sobre como as pessoas se sentem e como isto está refletindo na sua qualidade de vida (SHEIHAM, MAIZELS e CUSHING, 1982). Uma avaliação mais ampla deve incluir além dos impactos clínicos, os impactos dos problemas de saúde bucal sobre os indivíduos bem como suas disfunções, percepções e atitudes.

Instrumentos que avaliam a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, como o OHIP, devem ser utilizados concomitantemente com as medidas clínicas para que se tenha uma melhor avaliação das necessidades de cuidado de determinada população. A utilização desse um indicador sócio dental pode ser útil no planejamento dos serviços odontológicos. Alguns estudos mostraram existir associação entre os fatores psicossociais, como o apoio social, a resiliência, o senso de coerência e a espiritualidade com a presença de impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida, (JAMIESON et al., 2011; SAVOLAINEN et al., 2005); (MARTINS et al., 2011; ZINI, SGAN-COHEN e MARCENES, 2012a; b).

Pouco se têm investigado sobre o efeito de aspectos psicossociais na qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Um melhor entendimento desses aspectos psicossociais que atuam na percepção de saúde bucal das pessoas pode contribuir para a formulação de medidas de preventivas a fim de minimizar o impacto negativo dos problemas bucais na vida das pessoas. Por isso julga-se necessário ampliar as fontes de informações subjetivas relativas à saúde bucal através da

utilização de indicadores subjetivos para que se conheça a percepção do indivíduo a respeito da sua condição bucal e de sua necessidade de tratamento, a fim de formular programas e serviços de saúde eficientes para melhorar a qualidade de vida da população.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a influência de aspectos psicossociais no impacto negativo que a saúde bucal tem sobre a qualidade de vida de adultos da cidade de São Leopoldo/RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever o impacto negativo da saúde bucal relacionada à qualidade de vida entre adultos de São Leopoldo/RS, considerando suas características sociodemográficas e psicossociais.

Testar a associação entre indicadores de apoio social, resiliência, senso de coerência e espiritualidade com o pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida em adultos de adultos de São Leopoldo/RS.

Testar o efeito conjunto das variáveis psicossociais (apoio social, resiliência, senso de coerência e espiritualidade) com o pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida de adultos de São Leopoldo/RS.

5 HIPÓTESE

Pessoas relatando aspectos psicossociais desfavoráveis também relatam um impacto negativo da condição bucal relacionado à qualidade de vida.

6 MÉTODO

6.1 IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

A presente pesquisa trata-se do recorte de um estudo maior sobre capital social intitulado “Um estudo exploratório de capital social em São Leopoldo/RS”, coordenado pelo Prof. Dr. Marcos Pascoal Pattussi. Este projeto teve seu início no ano de 2005 e foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Proc. 478503/2004-0) e pela Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS) (Proc.0415621). O objetivo principal desse estudo maior foi aprofundar o conceito de capital social na população do município além de relacioná-lo com indicadores de saúde.

6.2 DELINEAMENTO

Este será um estudo transversal de base populacional com uma amostra representativa de indivíduos adultos moradores da zona urbana do município de São Leopoldo/RS. As entrevistas foram realizadas nos domicílios utilizando-se de um questionário padronizado e pré-testado.

6.3 POPULAÇÃO

6.3.1 Localização geográfica e características da população

O município de São Leopoldo localiza-se na região do Vale do Rio dos Sinos no Estado do Rio Grande do Sul. De acordo com o censo demográfico de 2013 a população estimada é de 225.520 habitantes e a rede básica de saúde é composta por 41 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (IBGE, 2014). Segundo a secretaria municipal de saúde do município de São Leopoldo, a rede de atenção primária possui 12 equipes de saúde bucal vinculadas as Estratégias de Saúde da Família, uma em uma Unidade Básica de Saúde e outras quatro nos Centros de Saúde da região. A população de estudo compreendeu os adultos da área urbana com idade igual ou superior a 20 anos.

6.4 PROCESSO AMOSTRAL

6.4.1 Tamanho da amostra

O universo amostral considerado para este estudo será obtido do banco de dados do projeto maior que totalizava 1.100 adultos residentes da área urbana de São Leopoldo. O tamanho da amostra foi calculado com base nos dados de um estudo piloto utilizando-se o método para proporções com aleatorização de conglomerados e do desfecho autopercepção de saúde geral. O tamanho amostral foi calculado para obter 85% de poder, para detectar uma diferença de 7% na prevalência de autopercepção de saúde ruim entre as áreas com alto e baixo capital social com um nível de confiança de 95%.

Foram utilizados para esse cálculo, prevalências de saúde referida como ruim de 13,3%, naqueles com baixo capital social e de 4,9% nas áreas de alto capital social; coeficiente de correlação intra-classe de 0,05 e um número de 35 domicílios por setor. O tamanho da amostra foi aumentado em 20% no número de domicílios e em 10% no número de setores para considerar possíveis perdas e controlar fatores de confusão na análise dos dados. A seleção da amostra do projeto maior ocorreu em estágios múltiplos e consecutivos: por setores censitários, bairros e domicílios. O município de São Leopoldo possui 272 setores censitários. Para a seleção dos setores censitários fez-se uma amostragem sistemática conforme os seguintes passos; dividiu-se o número total de setores censitários urbanos (270) pelo número total de setores desejados dando como resultado dessa equação 6,75 arredondando para 7. Sorteou-se um nº de 1 a 10, por exemplo, 3 como ponto de partida para os seguintes setores selecionados (3,10,17,24,31, etc.).

6.4.2 Seleção da amostra

No presente estudo serão analisados todos os adultos que responderam a escala OHIP (Oral Health Impact Profile), bem como as escalas de apoio social, senso de coerência, resiliência e espiritualidade.

O procedimento amostral previu o sorteio sistemático de 40 setores censitários, dentre os 270 da zona urbana. Em cada conglomerado, foi selecionado

o quarteirão e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 domicílios, em cada conglomerado. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão previamente selecionado no mesmo setor. Se ao completar o quarteirão, não houvesse número suficiente de domicílios, o entrevistador iria até o próximo quarteirão seguindo sorteio prévio. Caso houvesse mais domicílios do que o necessário no quarteirão, selecionava-se aleatoriamente a esquina, a partir da qual o domicílio era identificado para o início da coleta de dados.

O início se dava pela esquerda de quem estivesse de costas para a casa inicial, e mantendo-se o sentido anti-horário, o domicílio seguinte não era visitado, e o próximo entrava na seleção. Toda a equipe (coordenador da pesquisa e bolsistas de iniciação científica) fez o reconhecimento dos setores e também percorreram setores desconhecidos para identificar quais tinham condições para a realização da pesquisa.

6.5 PROCESSAMENTO DE COLETA DE DADOS

6.5.1 Treinamento da equipe e padronização da aplicação

Para a realização do projeto maior foram selecionados e treinados cerca de 50 estudantes da UNISINOS. Um manual foi confeccionado e distribuído entre todos os entrevistadores abrangendo os seguintes conteúdos: objetivos; métodos e importância da pesquisa; informações sobre materiais a serem levados a campo; critérios de inclusão dos participantes no estudo; critérios para sorteio de casas, quando necessário; planilhas dos setores; informações sobre apresentação; instruções gerais para preenchimento do questionário e sobre os cartões de resposta, instruções de codificação dos questionários e chamadas especiais.

Durante o período da coleta de dados os entrevistadores foram reunidos e grupos de 10 pessoas e submetidos a algumas técnicas como apresentação e discussão dos objetivos, métodos e importância da pesquisa, leitura do manual, dramatização do questionário e levantamento de dúvidas se surgissem.

6.5.2 Coleta de dados

A coleta de dados principais foi realizada no período entre 2006 e 2007 e o tamanho da amostra previu a realização de 1.520 entrevistas em 40 setores censitários, mas foram realizadas apenas 1.100 entrevistas em 38 setores censitários.

Apresentaram-se algumas perdas que estavam relacionadas à falta de recursos financeiros (14%), locais não habitados e comércios (8%), recusas e pessoas ausentes nas residências (2%). Importante ressaltar que a coleta de dados foi interrompida em nove setores censitários (3, 13, 20, 59, 115, 178, 220, 262, 269) e não realizada em dois (17 e 24) por falta de recursos financeiros.

6.5.3 Logística do estudo

A logística dos trabalhos de campo envolveram várias etapas como seleção aleatória dos setores censitários e dos quarteirões, definição dos instrumentos; treinamento, capacitação e padronização da equipe responsável pela coleta de dados; estudo piloto com adultos não selecionados; coleta de dados através de visitas domiciliares; caso o responsável não se encontrasse ou recusasse a participar, retorno em até três vezes nos domicílios; realização de reuniões regulares com os supervisores de campo para discussão de erros de codificação e correção dos questionários; codificação e revisão diária dos questionários; dupla entrada de dados; limpeza e análise desses dados.

6.5.3 Estudo piloto

O estudo piloto do projeto maior foi realizado entre agosto e novembro de 2005, com 97 pessoas em 10 setores censitários. As entrevistas foram realizadas em duplas com o objetivo de qualificar os entrevistadores (aprimorar as técnicas de entrevista); avaliar a qualidade dos instrumentos de coleta de dados (teste da compreensão dos questionários); apreciar os métodos e a logística dos trabalhos de campo (tempo de entrevista e de deslocamento); obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral a ser utilizado no estudo principal. O tempo médio de

cada entrevista era de 45 minutos e somando-se ao tempo de deslocamento só eram realizadas duas entrevistas por entrevistador em um único turno.

6.5.4 Controle de qualidade

Para o controle de qualidade foi elaborado um instrumento simplificado aplicado pelo telefone a 110 pessoas concomitante à coleta de dados. Participaram do estudo cerca de 10% da amostra ($n = 103$), sendo as entrevistas realizadas por telefone ao longo dos trabalhos de campo. A codificação dos questionários e a revisão dos mesmos foram realizadas por um bolsista e pelo coordenador da pesquisa respectivamente. Reuniões regulares foram realizadas com os supervisores de campo com o objetivo de discutir os erros de codificação e possível correção dos mesmos.

6.5.5 Instrumento

O instrumento para a presente pesquisa será o mesmo que foi utilizado na pesquisa maior construído no ano de 2005. Trata-se de um questionário padronizado e pré-codificado com 19 partes no total. A construção do instrumento envolveu a tradução de inventários e escalas da língua inglesa para a língua portuguesa, formatação do questionário, elaboração de cartões resposta para facilitar a compreensão e aplicação dos questionários e construção de um manual de instruções para treinamento dos entrevistadores.

Este instrumento apresenta questões relacionadas aos aspectos socioeconômicos (classe social, escolaridade, profissão e renda), aspectos demográficos (sexo, cor da pele, idade e estado civil), aspectos psicossociais (distúrbios psiquiátricos menores, estresse, senso de coerência, apoio social, resiliência, espiritualidade, senso de comunidade e participação em grupos), aspectos comportamentais (hábitos alimentares, consumo de álcool, atividade física, consultas médicas e odontológicas) e autopercepção de saúde.

6.6 VARIÁVEIS UTILIZADAS

O desfecho deste estudo será o impacto negativo da saúde bucal relacionado à qualidade de vida. Serão consideradas como exposições principais o apoio social, a resiliência, o senso de coerência e a espiritualidade. Potenciais fatores de confusão incluirão variáveis socioeconômicas, demográficas e comportamentais. A seguir cada variável será detalhadamente descrita.

6.6.1 Desfecho

O impacto da saúde bucal relacionado à qualidade de vida será avaliado através do indicador sócio dental Oral Health Impact Profile (OHIP). Elaborado por Slade e Spencer, esta escala permite conhecer uma medida abrangente a partir do auto relato sobre disfunção, desconforto e incapacidade atribuídos às condições de saúde bucal (SLADE, 1997). O instrumento OHIP é um indicador sócio dental elaborado como um questionário contendo 49 questões na sua versão completa e 14 questões na sua versão simplificada (OHIP-14), a qual foi adotada na presente pesquisa. Esta versão simplificada foi testada e validada utilizando dados de um estudo epidemiológico com 1217 pessoas maiores de 60 anos no Sul da Austrália. A confiabilidade interna do OHIP-14 foi avaliada por meio do coeficiente Alpha Cronbach mostrando ter boa confiabilidade, validade e precisão (SLADE, 1997).

Este instrumento vem sendo utilizado em alguns estudos para indicar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelas condições de saúde bucal (SLADE e SPENCER, 1994). O estudo realizado por Locker, em 1988, intitulado "Measuring oral health: a conceptual framework" estabelece um modelo conceitual que embasa os aspectos levantados nas questões aplicadas. Este quadro conceitual sugerido por Locker, derivado da Classificação de deficiências e Incapacidades da Organização mundial de saúde, aborda as condições físicas, em que estão incluídos fatores relacionados à movimentação e locomoção, à dor, à alimentação, ao autocuidado e ao descanso; as condições psicológicas, que englobam o comportamento emocional, o grau de preocupação e a comunicação; e as condições de interação social onde se observam fatores relacionados ao trabalho, à interação, à rotina diária e ao entretenimento (LOCKER, 1988).

A dimensão limitação funcional, por exemplo, inclui perguntas sobre dificuldade para falar e piora na percepção do sabor dos alimentos. Na dimensão da dor, pergunta-se sobre a sensação de dor e incômodo para comer, enquanto na dimensão desconforto psicológico, as perguntas se referem à preocupação e estresse pela condição bucal naquele momento.

Sobre a dimensão inabilidade física, os quesitos incluem o prejuízo na alimentação e a necessidade de ter que parar de se alimentar, enquanto que na inabilidade psicológica as perguntas referem-se à dificuldade para relaxar e ao sentimento de vergonha em função da condição bucal. Já a dimensão inabilidade social inclui perguntas sobre irritação com terceiros e dificuldade de realizar atividades de rotina diária por causa da condição bucal. Por fim as perguntas que compõem a dimensão incapacidade buscam saber se existe a percepção de que a vida tenha piorado e se a pessoa se sentiu totalmente incapaz de desenvolver suas atividades rotineiras (SLADE, 1997). As respostas foram classificadas de acordo com a escala Likert com cinco opções variando de nunca (0) até muitas vezes (5). Quanto mais alto o valor atribuído pelo respondente, maior é a autopercepção negativa do impacto, isto é, maior é a autopercepção negativa da condição bucal na qualidade de vida.

A confiabilidade deste instrumento foi avaliada em uma coorte de 122 pessoas com mais de 60 anos na cidade de Adelaide e a consistência interna de seis sub-escalas foi alta (Alpha Cronbach, 0,70 – 0,83) e confiabilidade teste-reteste (coeficiente de correlação intra-classe 0,42- 0,77) demonstrando estabilidade. A validade foi examinada usando dados longitudinais e constatou-se que o instrumento mostrou associação com a percepção de visitas prévias ao dentista forneceu evidências tornando-se assim um instrumento válido e confiável para medição detalha do impacto social das condições bucais (SLADE e SPENCER, 1994).

Na presente pesquisa o instrumento OHIP será avaliado através de uma combinação entre as categorias nunca com raramente e entre as categorias frequentemente com sempre. Em seguida os itens serão somados criando um escore significando que valores elevados representam um impacto negativo da saúde bucal relacionado à qualidade de vida. A variável será categorizada com base nos seus quartis.

6.6.2 Exposições principais

Apoio Social: Apoio social diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções nessas situações (GRIEP et al., 2005). A escala de apoio social do Medical Outcomes Study – Social Support Survey (MOS- SSS) já foi traduzida e validada pelo Estudo Pró- Saúde com coeficientes alpha Cronbach superiores a 0,70 em todas as dimensões mostrando consistência interna (CHOR et al., 2001).

Conforme a versão original criada por Sherbourne e Stewart (1991), a escala é composta por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais do apoio social: material (4 perguntas sobre provisão de recursos práticos e ajuda material, afetivo (3 perguntas sobre demonstração física de amor e afeto), emocional (4 perguntas sobre expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança), interação social positiva (4 perguntas sobre disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem e informação (4 perguntas sobre disponibilidade de pessoas para obtenção de conselhos ou orientações). As respostas foram classificadas conforme a escala de Likert variando de “nunca” (1) a “sempre” (5).

Os itens serão somados criando um escore onde valores elevados representam elevado apoio social.

Senso de coerência: O senso de coerência se propõe a explicar estratégias bem sucedidas de enfrentamento de estresse e é composto por três componentes: compreensão, manejo e significado. Um forte senso de coerência permite ao indivíduo enfrentar os estressores presentes na vida cotidiana e se manter saudável. A avaliação do senso de coerência foi realizada por meio de um instrumento denominado questionário de senso de coerência de Antonovsky (QSCA) composto por 29 perguntas.

Para o presente estudo será utilizada a versão curta composta por 13 itens também formulados por Antonovsky. No Brasil a versão curta foi validada por Bonanato et al., (2009) onde o objetivo foi apresentar uma adaptação transcultural e confiabilidade da escala pra a língua portuguesa em uma amostra de mães de crianças pré-escolares. A confiabilidade foi verificada através de consistência interna, teste-reteste e os resultados mostraram-se consistentes e confiáveis para a

amostra de mães de crianças pré-escolares. As perguntas serão respondidas em uma escala de sete pontos tipo Likert na qual o número 1 corresponde ao extremo negativo e o número sete ao extremo positivo. Os itens serão somados criando um escore onde valores elevados representam elevado senso de coerência.

Resiliência: Resiliência refere-se à capacidade dos seres humanos de responder de forma positiva às experiências que possuem elevado potencial de risco para sua saúde e desenvolvimento. A escala original de resiliência foi desenvolvida por Wagnild e Young em (1993) por meio de um estudo qualitativo de mulheres adultas onde de suas narrativas foram identificados cinco componentes como fatores para resiliência, como a serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. A adaptação transcultural para o português, confiabilidade e validade da escala original de resiliência foi adaptada para uma amostra de escolares de ensino fundamental num estudo realizado por (PESCE et al., 2005).

Quanto à adaptação transcultural foram encontrados bons resultados, o alpha de Cronbach foi de 0,85 no pré-teste e 0,80 na amostra total e os índices de confiabilidade mostraram-se significativos e quanto à validade do instrumento notou-se uma correlação direta e significativa (PESCE et al., 2005). Os dados coletados para a presente pesquisa foram baseados nesta escala que possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) e os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Os itens serão somados onde valores elevados representam elevada resiliência.

Espiritualidade: A espiritualidade pode ser conceituada como um conjunto de crenças que enfoca elementos intangíveis que transmite vitalidade e significado a eventos da vida e tais crenças podem mobilizar energias e iniciativas positivas a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas. A escala original de espiritualidade a ser adotada surgiu em (1988) por Hatch et al., com o nome de Spiritual Involment and Beliefs Scale e foi projetada para ser amplamente aplicável através de tradições religiosas para avaliar as ações, bem como as crenças. O instrumento é um questionário contendo 26 itens em um formato tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente) com escores que indicam que quanto maior a pontuação alcançada, maior a espiritualidade do indivíduo. Os itens serão somados onde valores elevados representam alta espiritualidade do indivíduo.

Foram avaliadas a validade e confiabilidade do instrumento em um grupo de pacientes e educadores e verificou-se uma confiabilidade e validade muito boas com alta consistência interna (alpha de Cronbach=0,92), confiabilidade teste-reteste forte ($r=0,92$) e alta correlação com outra escala de espiritualidade chamada de Spiritual Well-Being Scale.

Por fim, tais exposições serão categorizadas com base nos quartis.

6.6.3 Fatores de confundimento

6.6.3.1 Demográficos

Sexo: masculino e feminino;

Idade: coletada em anos completos e categorizada a cada 10 anos.

Cor da pele: coletada como uma variável politômica e categorizada em branca, preta e outra; e recategorizada em branca e não branca.

Estado civil: coletado como uma variável politômica nominal em seis categorias (solteiro, casado, em união, divorciado ou separado, viúvo ou outra situação) e recategorizada em casado, solteiro ou outro.

6.6.3.2 Socioeconômicos

Renda familiar: Coletada como uma variável contínua em salários mínimos para todas as pessoas residentes no domicílio e recategorizada em alta, média e baixa.

Escolaridade: Coletada e analisada em anos completos de estudo do entrevistado; e recategorizadas em alta, média e baixa com base nos quartis.

6.6.3.3 Comportamentais

Consumo de doces: coletada com a pergunta “Com que frequência você costuma comer doces, balas ou bolos?”. Será categorizada em 3 categorias através da frequência ingerida: frequência alta, moderada e baixa.

Hábito de fumar: Coletada através da pergunta “Você já fumou ou ainda fuma?”. Será categorizada em três categorias (fumante, ex-fumante e não fumante)

Saúde bucal: Coletada através das perguntas

“Quando foi à última vez que você foi ao dentista?”. Será dicotomizada em duas categorias conforme a frequência: nos últimos 12 meses ou há mais de 12 meses.

“No geral, como você diria que a sua saúde bucal é?” (autopercepção de saúde bucal). Será categorizada em cinco categorias.

“Você necessita de dentadura?”. Será categorizada em três categorias (não necessita, necessita em cima, necessita embaixo ou ambas).

“Você possui algum dente que necessita de tratamento devido à cárie?”. Será categorizada em duas categorias (sim e não).

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Uma dupla entrada dos dados foi realizada no programa Epi-data 3.1 para que fossem evitados erros de digitação. A análise dos dados para a presente pesquisa será realizada utilizando o programa Stata 12.1 para testar a associação entre aspectos psicossociais e o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida.

Serão realizadas análises descritivas e bivariadas para determinar as variáveis que entrarão no modelo multivariado e será utilizada regressão logística ordinal. Apenas os possíveis fatores de confusão serão levados para a análise multivariável. Para ser considerado fator de confusão, a variável deverá estar associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de significância de 20% ($p=0,20$). A análise multivariável, para cada um dos aspectos psicossociais, será realizada através de dois modelos. No primeiro o efeito da variável de exposição será controlado pelas características sociodemográficas e no segundo também incluirá as variáveis comportamentais.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O protocolo de pesquisa do projeto maior foi aprovado pelo comitê da ética em pesquisa da UNISINOS (CEP 04/034). Foi requerido o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes, aos quais foi garantido o total sigilo dos dados.

8 CRONOGRAMA

Este cronograma prevê a atividade desenvolvida e seu respectivo período durante a construção e desenvolvimento dessa pesquisa. Torna-se importante ressaltar que alterações podem ocorrer de acordo com o andamento da mesma.

Quadro 2: Cronograma de atividades

Atividades	2013	2014		2015	
	2º semestre	1º semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Elaboração do projeto de pesquisa	X				
Banca de qualificação			X		
Análise e interpretação dos resultados			X		
Discussão dos dados e conclusões			X		
Elaboração do artigo científico				X	X
Banca de defesa					X

9 ORÇAMENTO

Item	Quantidade	Preço unitário (R\$)	Total (R\$)
Folhas A4 (pacote com 500 folhas)	4	12,00	48,00
Canetas	5	2,00	10,00
Lápis	5	2,00	10,00
Borracha	3	2,00	6,00
Deslocamentos	90	2,85	256,00
Xerox	300	0,10	30,00
Impressora HP 3516	1	400,00	400,00
Cartucho para impressora	4	50,00	200,00
Pendrive	2	60,00	120,00
Pasta p/ papel ofício	10	2,00	20,00
Total			1.100,00

Obs.: Os custos listados acima são de responsabilidade exclusiva do pesquisador.

REFERÊNCIAS

ANTUNES João Leopoldo Ferreira; NARVAI Paulo Capel. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**. v.44, n.2, p. 360-5, 2010.

ANTONOVSKY, AARON. **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**. San Francisco, CA, US: 1987. 218

ARAÚJO, SILVÂNIA DUELY CARIBÉ et al. Suporte Social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Interface-comunicação, saúde e educação**, v. 9, p. 203-216, 2006.

BARBATO, PAULO ROBERTO et al. 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). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1803-1814, 2007.

BELONI, WANESSA BORGES; VALE, HUGO FELIPE; KOYAMA, JÉSSICA MIE FERREIRA. Avaliação do grau de satisfação e qualidade de vida dos portadores de prótese dental. **Revista Faculdade de Odontologia**, v. 18, p. 160-162, 2013.

BERNABE, E. et al. Sense of coherence and four-year caries incidence in Finnish adults. **Caries Res**, v. 46, n. 6, p. 523-9, 2012.

BERNABE, E. et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. **J Clin Periodontol**, v. 37, n. 11, p. 981-7, 2010.

BEZERRA, POLYANA CAROLINE DE LIMA et al. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 2441-2451, 2011.

BIANCO, VINICIUS CAPPO et al. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2165-2172, 2010.

BONANATO, KARINA et al. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the "sense of coherence scale" in mothers of preschool children **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 43, p. 144-153, 2009.

BONANATO, KARINA et al. Senso de coerência e experiência de cárie dentária em pré-escolares de Belo Horizonte. **Rev. odonto ciên.**, v. 23, p. 251-255, 2008.

BONANNO, GEORGE A.; WORTMAN, CAMILLE B.; LEHMAN, DARRIN R.; TWEED, ROGER G.; HARING, MICHELLE; SONNEGA, JOHN; CARR, DEBORAH; NESSE, RANDOLPH M. Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 83, n. 5, p. 1150-1164, 2002.

BOWLING, A. **Measuring social networks and social support**. 1997.

BRASIL. **SB Brasil 2010- pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais**. Brasília-DF: Editora MS 2012. 115

BRENNAN, D. S.; SPENCER, A. J. Social support and optimism in relation to the oral health of young adults. **Int J Behav Med**, v. 19, n. 1, p. 56-64, 2012.

CHOR, DÓRA et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 887-896, 2001.

COBB, SIDNEY. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom Med**, v. 38, p. 300-314, 1976.

COELHO, MARINA PEREIRA et al. Avaliação do impacto das condições bucais na qualidade de vida medido pelo instrumento OHIP-14. **UFES Revista Odontológica**, v. 10, p. 4-9, 2008.

COHEN-CARNEIRO, FLÁVIA; SOUZA-SANTOS, REINALDO; REBELO, MARIA AUGUSTA BESSA. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1007-1015, 2011.

COSTA, SIMONE DE MELO et al. Desigualdades na distribuição da cárie dentária no Brasil: uma abordagem bioética. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 461-470, 2013.

EMAMI, E. et al. Better oral health related quality of life: type of prosthesis or psychological robustness? **J Dent**, v. 38, n. 3, p. 232-6, 2010.

FORD, P. J.; CRAMB, S.; FARAH, C. S. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. **Aust Dent J**, v. 59, n. 2, p. 234-9, 2014.

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

GABARDO, M. C.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. [Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: a systematic review]. **Rev Panam Salud Pública**, v. 33, n. 6, p. 439-45, 2013.

GOMES, ANDRÉA SILVEIRA; ABEGG, CLAUDES. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1707-1714, 2007.

GRIEP, ROSANE HARTER et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 703-714, 2005.

HATCH, ROBERT L. et al. The spiritual involvement and beliefs scale: development and testing of a new instrument **Journal of family practice**, 1988.

JAMIESON, L. M. et al. Oral health and social and emotional well-being in a birth cohort of Aboriginal Australian young adults. **BMC Public Health**, v. 11, p. 656, 2011.

KHATRI, S. G.; ACHARYA, S.; SRINIVASAN, S. R. Mothers' sense of coherence and oral health related quality of life of preschool children in Udupi Taluk. **Community Dent Health**, v. 31, n. 1, p. 32-6, 2014.

KIVIMAKI, M. et al. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. **Soc Sci Med**, v. 50, n. 4, p. 583-97, 2000.

LAMARCA, G. A. et al. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. **Health Qual Life Outcomes**, v. 10, p. 5, 2012.

LARANJEIRA, CARLOS ANTÓNIO SAMPAIO DE JESUS. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, p. 327-332, 2007.

LEÃO, ANNA THEREZA; LOCKER, DAVID. **Epidemiologia da saúde bucal**. Rio de Janeiro, Parte 2, Cap. 3: Guanabara Koogan, 2006.

LOCKER, DAVID. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v. 5, p. 3-18, 1988.

_____. **Measuring oral health and quality of life**. Department of dental ecology, school of dentistry, University of North Carolina, 1997.

M KIVIMÄKI, T FELDT, J VAHTERA, JE NURMI. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. **Soc Sci Med**, v. 50, p. 583-97, 2000.

MARTINS, A. B. et al. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. **J Am Geriatr Soc**, v. 59, n. 4, p. 725-31, 2011.

MARTINS, ANDRÉA MARIA ELEUTÉRIO DE BARROS LIMA et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 912-922, 2010.

MESQUITA, FABIANA ANDRADE BOTELHO; VIEIRA, SÔNIA. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. **RGO**, v. 57, p. 401-406, 2009.

MINAYO, MARIA CECÍLIA DE SOUZA; HARTZ, ZULMIRA MARIA DE ARAÚJO; BUSS, PAULO MARCHIORI. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 7-18, 2000.

MIOTTO, MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS; BARCELLOS, LUDMILLA AWAD; VELTEN, DEISE BERGER. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 397-405, 2012.

MOURA, CRISTIANO et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 611-622, 2014.

NORONHA, MARIA GLÍCIA ROCHA DA COSTA E SILVA et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 497-506, 2009.

OLIVEIRA, DIEGO CANAVESE et al. Impacto relatado das condições bucais na qualidade de vida de adolescentes. **Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 13, p. 123-129, 2013.

PANZINI, RAQUEL GEHRKE et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín.**, v. 34, p. 105-115, 2007a.

PANZINI, RAQUEL GEHRKE et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 105-115, 2007b.

PERES, KAREN GLAZER et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 19-28, 2013.

PERES, MARCO AURÉLIO; PERES, KAREN GLAZER. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro, Parte 1, capítulo 2: Guanabara Koogan, 2006.

PESCE, RENATA P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 436-448, 2005.

RONCALLI, ANGELO GIUSEPPE. Epidemiologia e saúde bucal coletiva: um caminhar compartilhado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 105-114, 2006.

RONCALLI, ÂNGELO GIUSEPPE; SOUZA, TATYANA MARIA DA SILVA. **Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro, Parte 1, Capítulo 3: Guanabara Koogan, 2013.

SAAD, MARCELO; MASIERO, DANILO; BATTISTELLA, LINAMARA RIZZO. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v. 8, p. 107-112, 2001.

SAVOLAINEN, J. et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. **Eur J Oral Sci**, v. 113, n. 2, p. 121-7, 2005.

SEIDL, ELIANE MARIA FLEURY; ZANNON, CÉLIA MARIA LANA DA COSTA. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-588, 2004.

SHEIHAM, A.; MAIZELS, J. E.; CUSHING, A. M. The concept of need in dental care. **Int Dent J**, v. 32, n. 3, p. 265-70, 1982.

SHEIHAM, AUBREY. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, p. 644-644, 2005.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Soc Sci Med**, v. 32, n. 6, p. 705-14, 1991.

SILVA, DÉBORA DIAS DA et al. Autopercepção da saúde bucal em idosos e fatores associados em Campinas, SP, 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1145-1153, 2011.

SILVA, SILVIO ROCHA CORRÊA DA; CASTELLANOS FERNANDES, ROBERTO A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, p. 349-355, 2001.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent Health**, v. 11, n. 1, p. 3-11, 1994.

SLADE, GARY D. **Measuring Oral Health and Quality of life**. Department of dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina, 1997.

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

TEIXEIRA, MAURÍCIO FERNANDO NUNES et al. Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 220-233, 2015.

VALE, EDIVANIA BARBOSA DO; MENDES, ANTONIO DA CRUZ GOUVEIA; MOREIRA, RAFAEL DA SILVEIRA. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 98-108, 2013.

VALLA, VICTOR VINCENT. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. S7-S14, 1999.

VASCONCELOS, LUCIANA CORREIA ARAGÃO DE et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1101-1110, 2012.

VIACAVA, FRANCISCO. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 607-621, 2002.

WAGNILD, GAIL M.; YOUNG, HEATHER M. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. **Journal of Nursing Measurement**, v. 1, p. 165-178, 1993.

ZINI, A.; SGAN-COHEN, H. D.; MARCENES, W. Is religiosity related to periodontal health among the adult Jewish population in Jerusalem? **J Periodontal Res**, v. 47, n. 4, p. 418-25, 2012a.

_____. Religiosity, spirituality, social support, health behaviour and dental caries among 35- to 44-year-old Jerusalem adults: a proposed conceptual model. **Caries Res**, v. 46, n. 4, p. 368-75, 2012b.

ANEXO

Questionário utilizado no projeto “Um estudo exploratório de Capital Social em São Leopoldo/RS”



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
 Questionário Cooperação e Solidariedade
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Nível: Mestrado

DADOS GERAIS E DEMOGRAFICOS

Vamos começar este estudo lhe fazendo algumas perguntas sobre você:	
Número do setor: _____	id _____
Data da entrevista: ____ / ____ / _____	setor _____
Nome do entrevistado: _____	data ____ / ____ / ____
Endereço: _____	entrev ____
Entrevistador: _____	
Ponto de referência: _____	
Telefone: _____ Celular: _____	
1. Observar: Cor de pele: (A)Amarelo (B)Branco (N)Negro (P)Pardo	etnia _
2. Observar: Sexo: (1)Homem (2)Mulher	sexo _
3. Quantos anos o Sr. (a) têm? _____	idade _
4. Qual é o seu estado civil? (1)Solteiro(a) (2)Casado(a) (3)em união (4)Divorciado ou separado (5)Viúvo(a) (6)Outra situação	ecivil _
5. Há quanto tempo você mora em São Leopoldo? _____ anos	slcoa _ _
6. Há quanto tempo você mora no seu bairro? _____ anos	bairroa _
7. Há quanto tempo você mora no seu endereço atual? _____ anos	endera _

AUTORIZAÇÃO-TCLE

Após ter sido informado e entendido as características deste estudo, concordo em participar. Declaro ainda ter recebido uma via do termo de consentimento.

São Leopoldo, __ de _____ de 200__.

 Nome do Participante
 (por extenso)

 Assinatura do participante

HÁBITOS ALIMENTARES

26. As próximas perguntas são sobre a sua alimentação:	
h) Com que frequência você costuma comer doces, balas ou bolos?	doces _
(1) Varias vezes durante o dia	
(2) Todo dia	
(3) De 4 a 5 vezes por semana	
(4) De duas a três vezes por semana	
(5) Uma ou menos de 1 vez por semana	
(6) Menos que uma vez por mês	
(7) Não como balas, doces e bolos.	

HABITO DE FUMAR

As próximas questões referem-se ao hábito de fumar e ao consumo de álcool:	
30. Você já fumou ou ainda fuma?	fumo _
(1) Nunca fumei. Pule para a questão n.º 34.	
(2) Sim, ex-fumante. Responda n.º 31, 32 e 33	
(3) Sim, fumo. Responda n.º 31 e 32 e pule a questão n.º 33.	
31. Quantos cigarros você fuma/fumava por dia/semana?	qfumo _ _ _
___ cigarros por ___ (dias/semanas) (999)IGN (888)NSA	
32. Com que idade começou a fumar? ___ anos (se é fumante pule para a questão n.º 34)	tfumo _ _
33. Há quanto tempo parou de fumar?	pfumoa _ _
___ anos ___ meses (888)NSA	

SAÚDE BUCAL

As seguintes questões são sobre a saúde de sua boca e dentes:	
37. Quando foi a última vez que você foi ao dentista? (1)Nos últimos 6 meses (2)Nos últimos 12 meses (3)Nos últimos 2 anos (4)Há mais de 2 anos atrás (5)Eu nunca fui ao dentista Pule para a pergunta n°40 (9)IGN	dentista _
38. Onde você foi atendido? (1)Posto de saúde, CAPS, centro de saúde (2)Médico particular (3)SESC / SESI (4)Ambulatório de sindicato/empresa (5)Outro _____ (8)NSA	ndent _ ndento
39. Qual foi o motivo principal para você ter procurado o dentista na última vez em que esteve lá? (1)Dor (2)Fazer obturação (3)Problemas nas gengivas (4)Extrair dente (5)Para colocar prótese (6)Para revisão/limpeza (7)Outro motivo (8)NSA (9)IGN	notivod
40. Você tem convênio ou plano de saúde odontológico? (1)Não (2)Sim	planosb
41. No geral, você diria que a sua saúde bucal é: (1)Péssima (2)Regular (3)Boa (4)Muito boa (5)Excelente	saudeb _
42. Algumas pessoas escovam os dentes após cada refeição, outras fazem isto com menos frequência, por exemplo, nem todos os dias. E você? Quantas vezes ao dia escova os dentes? _____ vezes por dia	iscova _ _
43. Sabendo que temos 32 dentes naturais, você já perdeu ou extraiu algum dente natural? (1)Não Pule para a questão n° 46 (2)Sim	idente _
44. Quantos dentes você perdeu/possui: a)Perdeu na parte de cima? _____ dentes. (8)NSA (9)IGN b)Possui na parte de cima? _____ dentes. (8)NSA (9)IGN c)Perdeu na parte de baixo? _____ dentes. (8)NSA (9)IGN d)Possui na parte de baixo? _____ dentes. (8)NSA (9)IGN	identpes _ _ identpos _ _ identpei _ _ identpoi _ _
45. Estas questões são sobre dentaduras (chapas) e ponte ou pivôs: a)Você tem dentaduras ou chapas? (1)Não (2)Em cima (3)Em baixo (4)ambas (8)NSA (9)IGN b)Você necessita de dentadura ou chapa? (1)Não (2)Em cima (3)Em baixo (4)ambas (8)NSA (9)IGN c)Você usa dentadura parcial (prótese móvel ou fixa, perereca, ponte, pivô)? (1)Não (2)Em cima (3)Em baixo (4)ambas (8)NSA (9)IGN d)Você necessita dentadura parcial (prótese móvel ou fixa, ponte, pivô, perereca)? (1)Não (2)Em cima (3)Em baixo (4)ambas (8)NSA (9)IGN	chapa _ chapa _ onte _ iponte _
46. Você possui algum dente que necessita de tratamento devido a cárie? (1)Não (2)Sim (9)IGN	ratad _
47. Você possui algum problema nas gengivas (dente amolecido ou pus ou piorrécia)? (1)Não (2)Sim (9)IGN	gengiva
48. Você tem alguma lesão ou mancha diferente na boca?	

(1)Não Pule para n° 50 (2)Sim (9)IGN	nancha	
49. Há quanto tempo você tem ou teve essa lesão na boca? _____ meses (0000)menos de 1 mês (8888)NSA (9999)IGN	mancha _____	
50. Você já examinou, olhou no espelho toda a sua boca incluindo dentes gengivas, língua, bochechas, lábios, céu e assoalho da boca? (1)Não (2)Sim (9)IGN	xboca _	
51. Você já quebrou ou lascou algum dente devido a alguma batida? (1)Não (2)Sim (9)IGN	quebrad _	
52. Você já teve dor de dente na sua vida? (0)Não Pule para n° 54 (1)Sim (9)IGN Pule para n° 54	lordente _	
53. Há quanto tempo atrás esta dor ocorreu? (1)Eu estou com dor agora (2)Nas últimas 4 semanas (3)Nos últimos 3 meses (4)Nos últimos 6 meses (5)Nos últimos 12 meses (6)Há mais de 12 meses (8)NSA (9)IGN	dordent	
54. No ano passado, você tirou folga/atestado do trabalho por causa de problemas com seus dentes ou boca ou por causa de necessidade de tratamento deste tipo de problemas? (0)Não Pule para n° 56 (1)Sim	olga	
55. Se sim, quanto tempo você tirou folga/perdeu serviço? ___ anotar em dias (888)NSA	folga ___	
56. Você recebeu algum tipo de orientação sobre como prevenir problemas em sua boca, dentes e gengivas nos últimos 12 meses? (0)Não (1)Sim	orient _	
57. Com que frequência ocorreu os seguintes acontecimentos nos últimos SEIS (06) MESES, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:		
<i>Use o cartão respostas n° 3</i>		
	Nunca Raramente As Frequentemente Sempre Veze	
a)Você teve problemas para falar alguma palavra?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucala _
b)Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalb _
c)Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalc _
d)Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucald _
e)Você ficou preocupado(a)?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucale _
f)Você se sentiu estressado(a)?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalf _
g)Sua alimentação ficou prejudicada?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalg _
h)Você teve que parar suas refeições?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalh _
i)Você encontrou dificuldade para relaxar?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucali _
j)Você se sentiu envergonhado(a)?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalj _
l)Você ficou irritado(a) com outras pessoas?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucall _
m)Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalm _
n)Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucaln _
o)Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?	(1) (2) (3) (4) (5)	bucalo

SENSE DE COERÊNCIA

58. As próximas questões são sobre vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem 7 respostas possíveis, 7 números. Diga o número que melhor expressa os seus sentimentos:										
a) Você tem a sensação de que não se interessa realmente pelo que se passa ao seu redor? (Use T1)	Muito Raramente ou nunca	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito frequentemente	(7)	oca
b) Já lhe aconteceu no passado você ter ficado surpreendido pelo comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem? (Use T2)	Nunca aconteceu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Sempre Aconteceu	(7)	ocb
c) Já lhe aconteceu ter ficado desapontado com pessoas em quem você confiava? (Use T2)	Nunca aconteceu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Sempre Aconteceu	(7)	occ
d) Até hoje a sua vida tem sido: (Use T3)	Sem nenhum objetivo ou meta clara	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Com objetivos e metas muito claros	(7)	ocd
e) Você tem a impressão de que você tem sido tratado com injustiça? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	oce
f) Você tem a sensação de que você está numa situação pouco comum, e sem saber o que fazer?(T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	ocf
g) Aquilo que você faz diariamente é: (Use T5)	Uma fonte de profundo prazer e satisfação	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Uma fonte de sofrimento e aborrecimento	(7)	ocg
h) Você tem idéias e sentimentos muito confusos? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	och
i) Você costuma ter sentimentos que gostaria de não ter? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	oci
j) Muitas pessoas (mesmo as que têm caráter forte) algumas vezes sentem-se fracassadas em certas situações. Com que freqüência você já se sentiu fracassado no passado? (Use T1)	Nunca	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito frequentemente	(7)	ocj
l) Quando alguma coisa acontece na sua vida, você geralmente acaba achando que: (Use T6)	Você deu maior ou menor importância ao que aconteceu, do que deveria ter dado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Você avaliou corretamente a importância do que aconteceu.	(7)	ocl
m) Com que freqüência você tem a impressão de que existe pouco sentido nas coisas que você faz na sua vida diária? (Use T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	ocm
n) Com que freqüência você tem sentimentos que você não tem certeza que pode controlar? (T4)	Muito freqüente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	Muito raramente ou nunca	(7)	ocn

APOIO SOCIAL

59. Agora, vamos lhe pedir sobre o seu relacionamento com as pessoas. Com que frequência você poderia contar com a ajuda de alguém:						
<i>Use o cartão respostas n° 3</i>	Nunca	Raramente	As vezes	Freqüentemente	Sempre	
(a) Se ficar de cama?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiaa _
(b) Para levá-lo ao médico?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiob _
(c) Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poioc _
(d) Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiod _
(e) Que demonstre amor e afeto por você?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poioe _
(f) Que lhe dê um abraço?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiof _
(g) Que você ame e que faça você se sentir querido?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poio g _
(h) Para ouvi-lo, quando você precisar falar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poioh _
(i) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poioi _
(j) Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poioj _
(l) Que compreenda seus problemas?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiol _
(m) Para lhe dar bons conselhos em situações de crise?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiom _
(n) Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poion _
(o) De quem você realmente quer conselhos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poioo _
(p) Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiop _
(q) Com quem fazer coisas agradáveis?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poioq _
(r) Com quem distrair a cabeça?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poior _
(s) Com quem relaxar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poios _
(t) Para se divertir junto?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	1poiot _

RESILÊNCIA

60. Vou ler várias afirmações, gostaríamos que você desse a sua primeira impressão, sem pensar muito e sem se preocupar com a sua resposta.						
<i>Use o cartão respostas n°4</i>	Discordo total	Discordo	Não conc. nem discordo	Concordo	Concordo total	
a)Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilia _
b)Eu geralmente consigo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilib _
c)Eu sou capaz de depender de mim mesmo mais do que qualquer outra pessoa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilic _
d)manter interesse nas coisas é importante para mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilid _
e)Eu me viro sozinho se for preciso.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilie _
f)Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilif _
g)Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilig _
h)Eu sou amigo de mim mesmo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilih _
i)Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilii _
j)Eu sou determinado (a).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilij _
l)Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilil _
m)Eu faço as coisas um dia de cada vez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilim _
n)Eu posso enfrentar tempos difíceis porque eu já experimentei dificuldades antes.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilin _
o)Eu sou disciplinado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilio _
p)Eu mantenho interesse nas coisas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilip _
q)Eu normalmente acho motivo para rir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliq _
r)Minha crença em mim mesmo me leva a superar tempos difíceis.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilir _
s)Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilis _
t)Eu geralmente consigo olhar uma situação de diversas maneiras	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilit _
u)Às vezes eu me esforço para fazer coisas querendo ou não.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliu _
v)Minha vida tem sentido.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliv _
x)Eu não insisto nas coisas as quais não posso fazer nada sobre elas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilix _
z)Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resiliz
aa)Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilaa _
bb)Tudo bem se existem pessoas que não gostam de mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	resilbb _

ESPIRITUALIDADE

61. Vamos continuar com as afirmações, agora sobre fé e religiosidade:						
Use o cartão respostas nº4	Discordo total	Discordo	Não conc. Nem discordo	Concordo	Concordo total	
a)No futuro, a ciência será capaz de explicar tudo, não necessitando mais de explicação da religião ou da fé.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispiria _
b)Eu consigo me encontrar na religião ou na fé.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirib _
c)Uma pessoa pode se sentir completa se tem fé ou se segue uma religião.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispiric _
d)Eu sou grato por tudo que tem acontecido comigo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirid
e)A fé e as atividades espirituais ajudam a me aproximar das outras pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirie _
f)Algumas experiências só podem ser entendidas através da fé e das crenças religiosas da pessoa.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirif _
g)Uma força divina e religiosa influencia os eventos em minha vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirig _
h)Minha vida tem um sentido.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirih _
i)Orações mudam realmente o que acontece.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispiri _
j)Participar de atividades religiosas me ajuda a perdoar as outras pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirij _
l)Minhas crenças evoluem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispiril _
m)Eu acredito que existe um poder maior que eu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirim _
n)Eu provavelmente irei rever minhas crenças religiosas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirin _
o)Minha fé ou religião me completam de uma maneira que as coisas materiais não conseguem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirio _
p)Atividades de fé religiosa me ajudam a desenvolver minha personalidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirip _
q)Reflexão interior me ajuda a entrar em contato comigo mesmo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispiriq _
r)Eu tenho um relacionamento pessoal com uma força maior que eu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirir _
s)Eu fui pressionado a aceitar crenças religiosas que eu não concordo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispiris _
t)Atividades religiosas ajudam a me aproximar de uma força maior que eu mesmo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ispirit

Vou lhe dar um cartão com outras respostas possíveis que pedem com que frequência você age em cada uma das seguintes situações						
Use o cartão respostas n°3	Nunca	Raramente	As vezes	freqüentemente	sempre	
u)Quando eu faço algo de errado, eu me esforço para me desculpar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espiriu _
v)Quando faço algo não correto, fico envergonhado.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espiriv _
x)Eu resolvo meus problemas sem utilizar os meios da fé ou da religião.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espirix _
z)Eu examino meus atos para ver se eles refletem as idéias que conduzem minha vida.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	espiriz _
(aa)Quantas vezes aproximadamente, você orou/rezou na última semana? (1) Nenhuma vez. (2) Uma a três vezes (3) Quatro a seis vezes (4) Sete a nove vezes (5) Dez ou mais vezes						espiraa _
(bb)Quantas vezes você leu ou refletiu sobre um texto religioso ou espiritual, na última semana? (1) Nenhuma vez. (2) Uma a três vezes (3) Quatro a seis vezes (4) Sete a nove vezes (5) Dez ou mais vezes						espirbb _
(cc)Quantas vezes você participou de atividades religiosas em grupo ou foi a algum lugar de culto ou à uma igreja, no mês passado? (1) Nenhuma vez. (2) Uma a três vezes (3) Quatro a seis vezes (4) Sete a nove vezes (5) Dez ou mais vezes						espircc _
62. Qual a sua religião? (1)Católica (2)Evangélica/ Pentecostais (3)Espirita (4)Protestante tradicional (5)Candomblé/Ubanda (6)Religiões orientais (7)Ateu (8) Sem religião (9)Outra:						religião _

ESTRESSE

10. Estas perguntas são sobre como tem sido sua vida:		
a)Vou lhe mostrar algumas expressões, por favor, escolha qual representa melhor a maneira como você (Sr. /Sra.) se sentiu a maior parte do tempo dos últimos 12 meses?		nervoa _
 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)		
b) Você se sente uma pessoa nervosa? (1)Não (2)Às vezes (3)Sim		nervob _
c)Você se sentiu estressado nos últimos 3 meses? (1)Não Pule para a pergunta "e" (2) Sim		nervoc _
d) Qual das expressões melhor representa o nível de estresse nos últimos 3 meses?		nervod _
 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)		

SOCIOECONÔMICO

Para finalizar, iremos fazer algumas perguntas sobre você e sobre a sua casa:	
76. Você é o chefe da família? (1)Não (2)Sim Pule para questão n° 78	chefe _
77. Até que ano (série completa) o chefe da família estudou? _ série do _ grau (88)NSA	escolcf _ _
78. Até que ano (série completa) você estudou? _ série do _ grau	escolvc _ _
79. Você está trabalhando? (1)Não Pule para n° 82 (2)Sim	trabalho _
80. Onde o sr. (a) trabalha? (1)Setor privado (2)Setor público (8)NSA	setraba _
81. Qual a sua situação ocupacional? (1)Empregado com carteira de trabalho assinada. (2)Empregado sem carteira assinada (3)Conta própria: (4)Autônomo (5)Bico (6)Empregador (7)Trabalho não remunerado. Tipo: _____ (8)Aposentado ou pensionista (9)Desempregado (11)Funcionário público	situtrab _ _ ttrab
82. Qual a sua profissão? _____	profiss _____
83. Quantas peças existem nesta casa, tirando a garagem e o banheiro? _____ peças.	peças _ _
84. Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas.	peessoa _ _
85. Você tem algum tipo de empregado/a mensalista? (0)Não Sim, Quantos? (1)um (2)dois ou mais	empreg _
86. No mês passado, quanto o Sr. (Sra.) ganhou em salários mínimos (cerca de R\$300,00)? Pessoa 1 : SM _ ou R\$. . . , por mês	renda _ _ _
87. No mês passado, outras pessoas que moram aqui receberam algum tipo de remuneração? Quem? Quanto? Pessoa 2: SM _ ou R\$. . . , por mês Pessoa 3 : SM _ ou R\$. . . , por mês Total (calcule depois da entrevista): _ , SM Pessoa 4: SM _ ou R\$. . . , por mês Pessoa 5: SM _ ou R\$. . . , por mês	rendafam _ _ _
88. Como você se sente quanto a quantidade de dinheiro para satisfazer suas necessidades? (1)Muito insatisfeito (2)Insatisfeito (3)Nem satisfeito nem insatisfeito (4)Satisfeito (5)Muito satisfeito	satisfaf _
89. Por favor, responda quais e quantos destes itens vocês possuem em casa. Considere somente os aparelhos que estejam funcionando no momento:	radio
Rádio (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	tv _
TV a cores (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	aspir _
Aspirador de pó (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	mlavar _
Maquina de lavar (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	banho _
Banheiro (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	video _
Video cassete /dvd (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	carro _
Carro (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	gelad _
Geladeira (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	freezer
Freezer (0)Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais	
Agradecemos muito a sua colaboração para esta pesquisa.	

RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Este estudo está inserido no projeto de pesquisa principal intitulado “*Um estudo exploratório do capital social em São Leopoldo - RS*” que foi elaborado por um grupo de pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - Unisinos. O projeto foi financiado pelo CNPq (Proc. 478503/2004-0), FAPERGS (Proc. 0415621) e UNISINOS (PP 0320).

A pesquisa principal foi realizada com uma amostra representativa de adultos, residentes na zona urbana de São Leopoldo-RS. Iniciado no ano de 2005, o estudo principal teve como objetivo principal explorar e aprofundar o conceito de capital social na população do município. Tal pesquisa também buscou descrever a situação do capital social no município, além de validar o instrumento de medida de capital social em uma amostra da população brasileira, e testar a associação entre capital social e saúde em adultos.

Como parte desse projeto maior, o presente estudo foi realizado posteriormente utilizando os dados previamente coletados pelo estudo principal. As variáveis sobre saúde bucal e aspectos psicossociais também foram coletadas tornando-se estes, objetos do presente estudo.

2 CONSTRUÇÃO DOS INSTRUMENTOS

No ano de 2005 foi elaborado um questionário padronizado e pré-codificado que incluiu diversos instrumentos validados, além de perguntas fechadas. Tornando-se um protocolo de coleta de dados.

A construção envolveu a tradução de inventários e escalas, da língua Inglesa para o Português, formatação do questionário, elaboração de cartões resposta para facilitar a compreensão e aplicação dos questionários, e elaboração de um manual de instruções para o treinamento dos entrevistadores. O questionário apresentava questões socioeconômicas (classe social, escolaridade, profissão, renda), demográficas (sexo, cor da pele, idade e estado civil), psicossociais (Distúrbios Psiquiátricos Menores, qualidade de vida, SRQ, nível de estresse, senso de coerência, apoio social, resiliência, espiritualidade, senso de comunidade,

participação em grupos), comportamentais (hábitos alimentares, consumo de álcool, atividade física, consulta ao médico e dentista) e autopercepção de saúde (SF-12).

3 SELEÇÃO DOS SETORES SENSITÁRIOS

O município de São Leopoldo possui 272 setores censitários sendo que destes, dois são classificados como rurais. Desconsideraram-se estes dois setores censitários rurais no estudo, pois a população de estudo foi composta apenas por adultos, idade superior a 18 anos, residentes na zona urbana de São Leopoldo.

A seleção dos setores censitários para a pesquisa foi realizada através de amostragem sistemática, conforme os seguintes passos:

Divisão do nº total de setores censitários urbanos (270) por nº total dos setores desejados (40);

Os resultados desta equação (6,75 – com arredondamento = 7) indica o pulo que foi efetuado;

Sorteou-se um nº de 1 a 10 (3) como ponto de partida para os seguintes setores selecionados (3, 10, 17, 24, 31, etc.).

O procedimento amostral previu o sorteio aleatório de 40 setores censitários dentre os 270 existentes na zona urbana da cidade de São Leopoldo. Em cada conglomerado, isto é, setor censitário foi sorteado o quarteirão e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 em cada conglomerado. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão do setor, seguindo sorteio prévio. Caso houvesse mais domicílios do que o necessário naquele quarteirão era sorteado, aleatoriamente, à esquina, a partir da qual o domicílio era identificado para o início da coleta de dados, e o início se dava pela esquerda de quem estivesse de costas para a casa inicial, e mantendo-se o sentido anti-horário, o domicílio seguinte era visitado, e o próximo entrava na seleção.

O reconhecimento dos setores foi realizado com auxílio do coordenador da pesquisa, juntamente com os bolsistas de iniciação científica. A equipe percorreu os setores desconhecidos pelo coordenador, com a finalidade de identificar se os setores tinham condições para a realização da pesquisa.

Após o reconhecimento a equipe fez as seguintes substituições:

- Setor 129 (loteamento e sem habitantes) houve substituição pelo setor 13;

- Setor 66 (não possui domicílios suficientes) houve substituição pelo setor 27;
- Setor 241 (casas transferidas para outro local) houve substituição pelo setor 20;
- Setor 192 (devido à orientação da Brigada Militar por tratar-se de um local considerado muito perigoso) foi substituído por um bairro com as mesmas condições socioeconômicas – Santa Marta (777).

4 SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

Foram recrutados e treinados cerca de 50 estudantes de graduação da Unisinos para a realização da pesquisa. Para isso foi confeccionado um manual, o qual apresentava os seguintes conteúdos: objetivos, métodos e importância da pesquisa, informações sobre materiais a serem levados a campo, critérios de inclusão dos participantes no estudo, critérios para sorteio de casas, quando necessário, planilhas dos setores, informações sobre apresentação, instruções gerais para preenchimento do questionário e sobre os cartões de resposta, instruções de codificação dos questionários e chamadas especiais.

Durante o período de coleta de dados ocorreram o treinamento e a padronização dos entrevistadores por meio de grupos de no máximo 10 pessoas. Esse treinamento incluía as seguintes técnicas: apresentação e discussão dos objetivos, métodos e importância da pesquisa, leitura do manual de instruções, dramatização do questionário e discussão de dúvidas do manual.

5 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado entre os meses de agosto a novembro de 2005, com 97 pessoas em 10 setores censitários (24, 31, 59, 87, 101, 115, 157, 178, 213 e 262). Na ocasião as entrevistas foram realizadas em duplas e tinham como objetivo qualificar os entrevistadores a fim de aprimorar as técnicas de entrevista; avaliar a qualidade dos instrumentos de coleta de dados (teste da compreensão dos questionários); apreciar os métodos e a logística dos trabalhos de campo (tempo de entrevista e de deslocamento); e obter estimativas confiáveis para a definição do plano amostral a ser realizado no estudo principal.

Constatou-se que cada entrevista durava, em média, 45 minutos, e que somado a este, o tempo de deslocamento, eram possíveis realizar apenas 2 entrevistas, por entrevistador, em um único turno (manhã e tarde).

Os participantes do estudo piloto eram, em sua maioria, mulheres (55%), brancas (89%), casadas ou em união (65%), com média de idade igual a 45 anos (DP=13) e com renda familiar de até 4 salários mínimos (53%).

O projeto inicial tinha a intenção de entrevistar os chefes dos domicílios, porém, por geralmente se tratarem de homens, os quais, normalmente encontram-se ausentes, no período diurno, durante a semana, acarretava em um grande número de perdas, motivo este, que levou a mudança de critérios, optando-se por entrevistar os responsáveis pelo domicílio, no momento da entrevista.

6 COLETA DOS DADOS PRINCIPAIS

A coleta de dados principal foi realizada por 50 entrevistadores, alunos da graduação da UNISINOS, os quais foram devidamente treinados e padronizados. A coleta iniciou em março de 2006 estendendo-se até junho de 2007. O tamanho da amostra previu a realização de um total de 1520 entrevistas em 40 setores censitários. Destas, um total de 1100 foram realizadas em 38 setores, representando 72% do cálculo inicial. O número de entrevistas realizadas e percentual de perdas de acordo com os setores são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição dos setores sorteados, número de pessoas encontradas e perdas por setor – São Leopoldo 2006.

SETOR	BAIRRO	POPULAÇÃO	ENTR. REAL.	Nº DE PERDAS	% DE PERDAS
3	CENTRO	360	19	19	*
6	SÃO MIGUEL	617	25	13	34,2
10	SÃO MIGUEL	510	29	9	23,7
13	CENTRO	365	13	25	*
20	CENTRO	511	9	29	*
27	CENTRO	779	33	5	13,2
31	SÃO MIGUEL	377	44	0	0
38	VICENTINA	585	35	3	7,9
45	VICENTINA	341	41	0	0
52	VICENTINA	764	44	0	0
59	CRISTO REI	514	15	23	*
73	PADRE REUS	506	34	4	10,5
80	DUQUE DE CAXIAS	1477	24	14	36,8
87	SANTA TEREZA	682	31	7	18,4
94	SANTA TEREZA	707	36	2	5,2
101	SÃO JOSÉ	506	28	10	26,2
108	RIO BRANCO	759	25	13	34,2
115	JARDIM AMÉRICA	892	14	24	*
122	JARDIM AMÉRICA	1084	45	0	0
136	SANTO ANDRÉ	1052	33	5	13,2
143	PINHEIRO	482	24	14	36,8
150	FEITORIA	1157	40	0	0
157	FEITORIA	864	28	10	26,2
164	FEITORIA	1204	23	15	39,5
171	FEITORIA	798	27	11	28,9
178	FEITORIA	627	16	22	*
185	SANTOS DUMONT	957	32	6	15,8
199	RIO DOS SINOS	991	43	0	0
206	SANTOS DUMONT	892	42	0	0
213	SCHARLAU	1051	41	0	0
220	SCHARLAU	614	12	26	*
227	CAMPINA	518	28	10	26,3
234	CAMPINA	544	27	11	28,9
248	CAMPINA	745	45	0	0
255	ARROIO DA MANTEIGA	586	41	0	0
262	ARROIO DA MANTEIGA	635	15	23	*
269	SÃO JOSÉ	172	14	24	*
777	SANTA MARTA	2115	25	13	34,2
	TOTAL	28.340	1.100	390	

*Nos setores com número de entrevistas menor que 20, a coleta de dados foi interrompida, devido à falta de recursos financeiros.

7 CONTROLE DE QUALIDADE

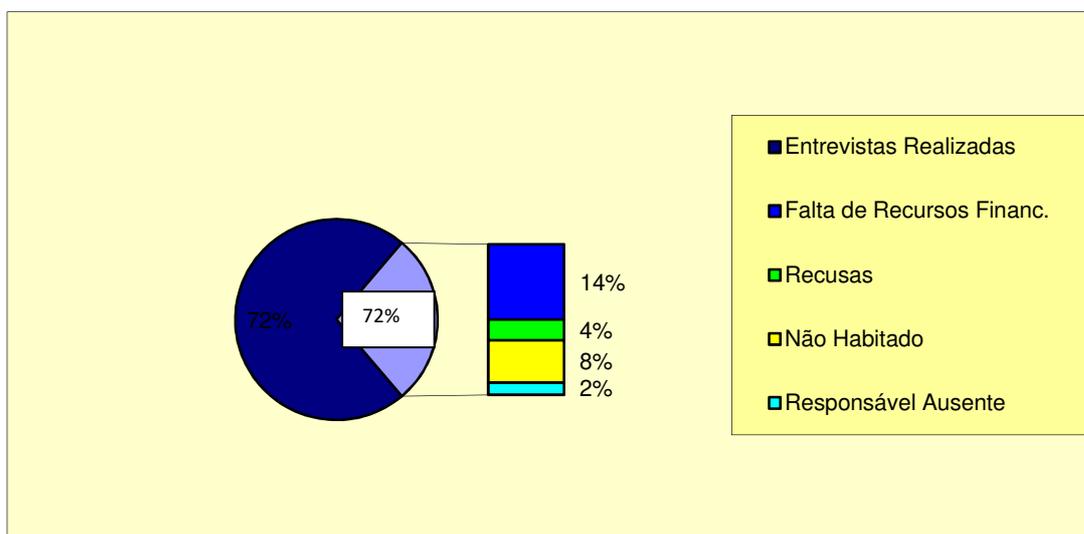
A codificação dos questionários foi realizada por um bolsista e a revisão da codificação por um coordenador da pesquisa. Reuniões regulares foram realizadas com os supervisores de campo (bolsistas), com o objetivo de discutir erros de codificação e assim corrigir a codificação dos questionários. Foram criadas codificações específicas para as questões com respostas abertas.

Para o controle de qualidade elaborou-se um questionário simplificado com perguntas de pequena variação em relação ao tempo. Participaram do estudo cerca de 10% da amostra (n=103), por setor, e as entrevistas foram realizadas por telefone ao longo dos trabalhos de campo.

8 PERDAS

Os principais motivos das perdas foram: a falta de recursos financeiros (14%), locais não habitados ou comércio (8%), recusas (4%) e pessoas ausentes nas residências (2%) (Figura 1). Há de se ressaltar que a coleta de dados foi interrompida em nove setores censitários (3, 13, 20, 59, 115, 178, 220, 262, 269) e não realizada em dois (17, 24) devido à falta de recursos financeiros. Nestes setores foram entrevistadas 127 pessoas de um total previsto de 420.

Gráfico 1 – Percentual e motivo das perdas.



9 ENTRADA DE DADOS

O espelho para a digitação do questionário foi criado no programa EpiInfo 6 com as devidas limitações nas respostas (Check) para evitar erros de digitação. Os dados foram digitados simultaneamente a coleta de informações e uma segunda entrada iniciou no mês de agosto de 2007. A conclusão dos dois bancos ocorreu em dezembro de 2007.

Também foram digitados dois outros bancos de dados com informações complementares da pesquisa: estudo teste-reteste e controle de qualidade. A dupla entrada em ambos os bancos de dados entre os meses de janeiro a abril de 2008. Neste período também foi realizada a limpeza dos dados em todos os bancos (estudo principal, teste-reteste e controle de qualidade). Esta consistiu no cruzamento dos bancos em duplicata, verificando-se as inconsistências entre eles, conferindo e corrigindo de acordo com as fichas originais.

- Média do rendimento nominal mensal dos chefes dos domicílios particulares permanentes (dividindo-se o total do rendimento nominal mensal das pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes pelas pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal maior do que zero);

10 ANÁLISE DOS DADOS

Entre os meses de março a junho de 2015 foram realizadas as análises descritivas para a verificação da frequência das variáveis e associações com o desfecho. As proporções do OHIP (Impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida) de acordo com as variáveis independentes foram testadas através do teste do Qui-quadrado para tendência linear. A análise dos dados foi conduzida utilizando-se os programas *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS 11.0 e Stata 12.1. Em um segundo momento utilizou-se a Regressão Logística Ordinal estimando-se razões de chance (Odds Ratio) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%).

Apenas os possíveis fatores de confusão foram levados para a análise multivariável. Para ser considerado fator de confusão, a variável deveria estar

associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de significância menor do que 5% ($p < 0,05$). As associações entre os aspectos sociodemográficos, comportamentais e relacionados à saúde e as exposições do presente estudo encontram-se no Quadro – 1. Portanto o apoio social foi controlado para sexo, estado civil e autopercepção de saúde. A resiliência foi controlada para sexo, escolaridade, renda e autopercepção de saúde. Senso de coerência para todas as demográficas e socioeconômicas, consumo de doces e autopercepção de saúde; espiritualidade para sexo, faixa etária, escolaridade e autopercepção de saúde. A variável qualidade de vida foi controlada para sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda, hábito de fumar, autopercepção de saúde e ida ao dentista.

Por último a variável stress foi controlada para sexo, faixa etária, renda, hábito de fumar e autopercepção de saúde. Todas as análises foram realizadas levando-se em consideração tratar-se de uma amostra complexa. Após a condução das análises foram testadas interações entre as exposições com características sociodemográficas e comportamentais.

Quadro 1- Associações dos aspectos psicossociais e do OHIP de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e relacionadas à saúde bucal.

	OHIP pior	Apoio social baixo	Resiliência baixa	SOC baixo	Espiritualidade baixo	Qualidade de vida baixo	Stress alto
Sexo feminino	+S**	+S*	+S***	+S*	- S*	+S***	+S***
Faixa etária	+S***	NS	NS	- S**	- S***	+S***	- S***
Cor da pele não branca	NS	NS	NS	+S**	NS	NS	+S*
Estado civil separado/viúvo	+S***	+S***	NS	+S***	NS	+S***	NS
Escolaridade baixa	+S*	NS	+S***	+S***	- S*	+S***	NS
Renda baixa	+S***	NS	+S***	+S***	NS	+S***	+S***
Consumo de doces	NS	NS	+S*	NS	NS	NS	NS
Hábito de fumar	+S***	NS	NS	NS	NS	+S*	+S***
Autopercepção de saúde regular/ruim	+S***	+S**	+S***	+S***	+S**	+S***	+S***
Ida ao dentista nos últimos 12 meses	NS	NS	NS	NS	NS	- S***	NS

Os símbolos “+” e “-” representam a direção das associações, ou seja, diretamente ou inversamente proporcional.

NS: $p > 0,005$

S*: $p < 0,005$

S**: $p < 0,01$

S***: $p < 0,001$

ARTIGO CIENTÍFICO

A influência dos aspectos psicossociais no impacto da condição bucal na qualidade de vida de adultos de uma cidade de médio porte do sul do Brasil

Resumo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional para investigar a influência dos aspectos psicossociais no impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida de adultos de uma cidade do sul do Brasil. O estudo foi realizado com 1100 adultos de 20 anos de idade ou mais da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul. O desfecho era o Oral Health Impact Profile (OHIP-14) enquanto que as exposições psicossociais incluíram apoio social, resiliência, senso de coerência, espiritualidade, qualidade de vida e estresse. Os escores do OHIP foram categorizados em três níveis: melhor (OHIP=0), moderado (OHIP 1-12,6) e pior (OHIP \geq 12,7). Foram calculadas as razões de chances brutas e ajustadas, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% utilizando-se a Regressão Logística Ordinal. Após o ajuste para variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, indivíduos com baixo apoio social, baixo senso de coerência, baixa qualidade de vida e alto nível de estresse possuíam respectivamente 2,16; 2,90; 2,94; 1,50 vezes mais chance de relatar ter um pior impacto da condição na qualidade de vida quando comparados com os indivíduos com estas características favoráveis. Os achados sugerem que os aspectos psicossociais podem influenciar o impacto que a condição bucal tem sobre a qualidade de vida.

Palavras chaves: OHIP, saúde bucal, qualidade de vida, aspectos psicossociais.

The influence of psychosocial factors on the impact of oral health on quality of life of adults in a medium-sized city in southern Brazil

Abstract

This is a cross-sectional population-based study aiming to investigate the influence of psychosocial factors on the impact of oral conditions on quality of life of adults in a city in southern Brazil. The study was conducted with 1,100 adults aged 20 years or older from a city in Southern Brazil. The outcome was the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) and the psychosocial exposures included: social support, resilience, sense of coherence, spirituality, quality of life and stress. OHIP scores were categorized into three levels: better (OHIP = 0), moderate (OHIP 1 to 12.6) and worst (OHIP > = 12.7). Data analyses used Ordinal Logistic Regression. After adjusting for demographic, socioeconomic and behavioral variables, participants reporting low social support, low sense of coherence, low quality of life and high stress had odds 2,16; 2,90; 2,94; 1,50 higher than those reporting more favorable conditions. Our findings suggest that the psychosocial aspects of work in the oral health perception of the individual may be important to reduce the impact that oral health has on the quality of life.

Key words: OHIP, oral health, quality of life, psychosocial aspects.

Introdução

Saúde bucal tem sido entendida como uma dentição confortável, funcional, com uma aparência que permite aos indivíduos desempenharem a sua função social e suas atividades diárias sem transtornos físicos, psicológicos ou sociais ^{1, 2}. Ela afeta as pessoas tanto física quanto psicologicamente. Influencia na maneira como elas crescem, aproveitam a vida, aparentam, falam, mastigam, sentem o gosto dos alimentos e se socializam ³. Nesse sentido, instrumentos subjetivos, também chamados de indicadores sócio dentais, têm sido desenvolvidos de modo a identificar as necessidades percebidas de saúde bucal visando demonstrar o impacto da condição bucal na qualidade de vida ⁴.

De uma maneira geral, o impacto desfavorável da condição bucal tem sido associado a pessoas mais jovens, mulheres, cor da pele negra, de baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, condições clínicas deficientes, uso de próteses dentárias inadequadas e necessidade de tratamento odontológico ⁵⁻¹⁰. Além disso, as doenças bucais podem interferir no desempenho diário dos indivíduos através de quadros de dor e de sofrimento, constrangimentos psicológicos como humor e irritação e privações sociais ¹¹.

Entretanto apesar de sua grande influência psicológica, a associação entre os aspectos psicossociais com o impacto da condição bucal na vida diária tem sido pouco explorada na literatura. Diferentes aspectos psicossociais tais como apoio social ¹²⁻¹⁵, resiliência ¹⁶, senso de coerência ¹⁷⁻²¹, espiritualidade ^{22, 23} e estresse ²⁴ têm sido associados com vários indicadores de saúde bucal especialmente os clínicos como, por exemplo, número de dentes cariados e perdidos, presença de bolsas periodontais, níveis de placa bacteriana e experiência de cárie dentária. Além disso, tais variáveis psicossociais também têm sido associadas com comportamentos em saúde bucal como a frequência de escovação, ingestão de açúcares e visitas ao dentista ^{19, 20}. Portanto, a presente pesquisa teve como objetivo investigar a influência dos aspectos psicossociais na percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida de indivíduos adultos de uma cidade do sul do Brasil.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal de base populacional, com indivíduos adultos, de idade igual ou superior a 20 anos, moradores da zona urbana de um município de médio porte do sul do Brasil. A população estimada é de 225 mil habitantes com uma rede básica de saúde composta por um hospital geral, 28 unidades básicas de saúde e 17 estabelecimentos de saúde conveniados (IBGE, 2010). A rede de atenção primária possui 12 equipes de saúde bucal vinculadas às Estratégias de Saúde da Família, distribuídas nas Unidades Básicas e Centros de Saúde da região.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito com base nos dados do estudo piloto utilizando-se o método para proporções com aleatorização de conglomerados e do desfecho autopercepção de saúde geral. O tamanho amostral foi calculado para obter 85% de poder, para detectar uma diferença de sete pontos percentuais na prevalência de autopercepção de saúde ruim entre as áreas com alto e baixo capital social com um nível de confiança de 95%.

Foram utilizados para esse cálculo, prevalências de saúde referida como ruim de 13,3%, naqueles com baixo capital social e de 4,9% nas áreas de alto capital social; coeficiente de correlação intra-classe de 0,05 e um número de 35 domicílios por setor. O tamanho da amostra foi aumentado em 20% no número de domicílios e em 10% no número de setores para considerar possíveis perdas e controlar fatores de confusão na análise dos dados. O tamanho da amostra previu a realização de 1.520 entrevistas em 40 setores censitários, mas foram realizadas apenas 1.100 entrevistas em 38 setores censitários.

O procedimento amostral previu o sorteio sistemático de 40 setores censitários, dentre os 270 da zona urbana. Em cada setor, foi selecionado o quarteirão e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido de 38 domicílios, em cada setor. Se, ao completar o quarteirão, não houvesse o número suficiente de domicílios, o entrevistador percorria outro quarteirão previamente selecionado no mesmo setor. Se ao completar o quarteirão, não houvesse número suficiente de domicílios, o entrevistador iria até o próximo quarteirão seguindo sorteio prévio. Caso houvesse mais domicílios do que o necessário no quarteirão, selecionava-se aleatoriamente a esquina, a partir da qual o domicílio era identificado para o início da coleta de dados.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas com os responsáveis pelos domicílios, através de um questionário padronizado e pré-testado, composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e psicossociais.

O desfecho do estudo foi avaliado por meio do indicador sócio dental Oral Health Impact Profile (OHIP). Este instrumento avalia o impacto da condição bucal na qualidade de vida através de 14 itens os quais avaliam o relato sobre disfunção, desconforto e incapacidade atribuídos às condições de saúde bucal ⁴. As categorias de resposta a esses itens variam de 'nunca' (código 0) a 'sempre' (código 4). Os itens foram somados criando-se um escore o qual variava de 0 a 56, valores elevados representando um pior impacto da condição bucal relacionado à qualidade de vida.

As exposições principais foram as variáveis psicossociais como o apoio social, resiliência, senso de coerência, espiritualidade, qualidade de vida geral e estresse. A variável apoio social foi coletada através da escala de apoio social do Medical Outcomes Study – (MOS) ²⁵ composta por 19 itens os quais avaliam o apoio material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. As respostas foram classificadas conforme a escala de Likert variando de 'nunca' (código 1) a 'sempre' (código 5) e os maiores escores representaram maior apoio social. A escala de apoio social foi adaptada para o Brasil por Griep et al., ^{26 27}.

Resiliência foi avaliada com a escala desenvolvida por Wagnild e Young em ²⁸ composta por 25 itens avaliando aspectos como a serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. Os itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 'discordo totalmente' (código 1) a 'concordo totalmente' (código 7) e os escores da escala oscilavam de 25 a 175 pontos. Os itens foram somados e os valores elevados representaram elevada resiliência. A escala foi adaptada para português na versão brasileira por Pesce et al., ²⁹.

O senso de coerência foi avaliado através da versão curta da escala de Antonosky (QSCA) ³⁰ composta por 13 itens e as perguntas foram respondidas em uma escala de sete pontos na qual o código 1 corresponde ao extremo negativo e o código 7 ao extremo positivo. Os itens foram somados criando um escore onde valores elevados representaram elevado senso de coerência. No Brasil a escala foi adaptada para a língua portuguesa por Freire et al., ²⁰.

A variável espiritualidade foi avaliada com a escala Spiritual Involment and Beliefs Scale e foi projetada para ser aplicável através de tradições religiosas para avaliar as ações, bem como as crenças espirituais. O instrumento é um questionário contendo 26 itens em um formato tipo Likert variando de 'discordo totalmente' (código 1) a 'concordo totalmente' (código 5) com escores que indicam que quanto maior a pontuação alcançada, maior a espiritualidade do indivíduo. A escala de espiritualidade foi adaptada para o português por Marques et al.³¹.

Qualidade de vida foi avaliada com a escala WHO-8: EUROHIS, composta por oito itens derivados da versão curta do WHOQOL, que versam sobre a satisfação do entrevistado consigo mesmo, com os relacionamentos pessoais, com a renda, com as condições de moradia, com a saúde, com o desempenho de atividades diárias, e apresentam a sua opinião sobre qualidade de vida e energia para enfrentar o dia a dia³². A escala foi adaptada para o português na versão brasileira do WHOQOL-Bref³³. As respostas foram medidas através de uma escala de cinco pontos, variando de 'muito insatisfeito' a 'muito satisfeito' e os maiores escores, representavam melhor qualidade de vida.

De modo a tornar os escores comparáveis o somatório dos escores de OHIP, apoio social, senso de coerência, resiliência, espiritualidade e qualidade de vida foram padronizadas de 0 a 100 de acordo com a fórmula, (valor observado – valor mínimo) / valor máximo – valor mínimo X 100. Tais variáveis foram categorizadas com base nos seus quartis como 0 = alta (25% maiores escores mais elevados), 1 = moderado (50% escores intermediários) e 2 = baixa (25% menores escores). Portanto o desfecho do estudo foi classificado como melhor (OHIP=0), moderado (OHIP 1-12,6) e pior (OHIP >=12,7).

Por último a variável estresse foi avaliada através de uma escala de faces com um único item³⁴. Tal escala é composta de sete faces estilizadas retratadas por círculos, olhos que não mudam e a boca que varia de um sorriso a uma carranca demonstrando os diversos graus de estresse. Era perguntado aos entrevistados se alguma das faces expressava o seu nível de estresse nos últimos três meses. As primeiras três faces alegres foram consideradas com nível de estresse normal, as últimas três faces tristes consideradas como nível alto de estresse enquanto que a intermediária foi considerada como nível intermediário. Os autores originais testaram a validade de constructo dessa escala usando seis itens em 22 adultos e reportaram

uma correlação mediana de 0,82 para essa escala. A versão brasileira foi validada por ³⁵.

As variáveis demográficas incluíam sexo (grupos de 10 anos), cor da pele (branca e não branca), estado civil (casado, solteiro e separado/viúvo). Já as variáveis socioeconômicas individuais foram escolaridade (alta, média e baixa), renda (alta, média e baixa) e as variáveis comportamentais foram consumo de doces (baixo, moderado, todo o dia), hábito de fumar (não fumante, ex-fumante e fumante), autopercepção de saúde bucal (boa/muito boa/excelente, regular/ruim) e ida ao dentista nos últimos 12 meses (não e sim).

Foi realizada uma dupla entrada dos dados no programa Epi-data 3.1 e posterior comparação para que fossem evitados erros de digitação. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa Stata 12.1 para testar a associação entre aspectos psicossociais e o impacto da condição bucal na qualidade de vida.

Foram realizadas análises descritivas e univariadas para determinar as variáveis que entraram no modelo multivariado. As análises descritivas foram realizadas através de frequências absolutas e relativas. As proporções do OHIP de acordo com as variáveis independentes foram testadas através do teste do Qui-quadrado para tendência linear. A associação entre os aspectos psicossociais com o OHIP foi calculada por meio de regressão logística ordinal estimando-se razões de chance (Odds Ratio) brutas e ajustadas. A regressão ordinal produz ORs que estimam a chance de uma variável dependente aumentar e se encontrar em uma categoria superior conforme o incremento na variável independente. Para a suposição de proporcionalidade das Odds utilizou-se do comando *gologit2* com a opção *autofit* para ajustar os coeficientes das categorias das variáveis nas quais a suposição foi violada.

Apenas os possíveis fatores de confusão foram levados para a análise multivariável. Para ser considerado fator de confusão, a variável deveria estar associada tanto com a exposição quanto com o desfecho, considerando um nível de significância menor do que 5% ($p < 0,05$).

A descrição das associações dos aspectos psicossociais de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais é apresentada no quadro 1. Portanto, pode-se perceber que apoio social foi controlado para sexo, estado civil e autopercepção de saúde. A resiliência foi controlada para sexo, escolaridade, renda e autopercepção de saúde. Senso de coerência para todas as

demográficas e socioeconômicas, consumo de doces e autopercepção de saúde; espiritualidade para sexo, faixa etária, escolaridade e autopercepção de saúde. Qualidade de vida foi controlada para sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade e renda, hábito de fumar, autopercepção de saúde e ida ao dentista. Por último, a variável estresse foi controlada para sexo, faixa etária, renda, hábito de fumar e autopercepção de saúde. Todas as análises foram realizadas levando-se em consideração tratar-se de uma amostra complexa.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê da ética em pesquisa da UNISINOS (CEP 04/034). Foi requerido o consentimento livre e esclarecido de todos dos participantes, aos quais foi garantido o total sigilo dos dados.

Resultados

Foram realizadas 1.100 entrevistas em 38 setores censitários. Cinco participantes foram excluídos por apresentarem dados incompletos para o OHIP e, portanto, a presente análise foi realizada com 1.095 indivíduos. As médias dos escores de 0 a 100 do OHIP, apoio social resiliência, senso de coerência, espiritualidade e qualidade de vida foram respectivamente 7,4 (Desvio Padrão= 13,6), 84,7 (DP= 19,4), 65,4 (DP= 16,9), 71,5 (DP= 8,8), 70 (DP= 10,8) e 60,5 (DP=13,3).

A maioria da população estudada era composta por mulheres (71,8%), de cor branca (84%), casados/as (56%), com idade entre 30 e 49 anos (40%), que apresentavam renda familiar alta (52,9%) e nível de escolaridade médio (65,3%). Em relação às características comportamentais, 47% dos entrevistados/as relataram uma baixa frequência na ingestão de doces; 55% declararam-se não fumantes, 63,5% relataram uma autopercepção de saúde bucal como boa, muito boa ou excelente e 66,2% informaram ter ido ao dentista nos últimos 12 meses (Tabela 1).

Piores escores do OHIP foram encontrados entre mulheres, em pessoas com mais idade, menor escolaridade e menor renda, nos fumantes e naqueles/as que relataram sua autopercepção de saúde bucal ruim ou regular. Com exceção da dimensão da espiritualidade, todas as variáveis psicossociais estavam associadas com o desfecho, sendo que quanto pior a condição psicossocial, pior era a percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida (Tabela 1).

As razões de chances (OR) brutas e ajustadas para os diferentes níveis de OHIP de acordo com as variáveis psicossociais da amostra estão apresentadas na Tabela 2. Na análise bruta, os aspectos psicossociais como o apoio social, senso de coerência, qualidade de vida e stress apresentaram uma associação estatisticamente significativa com a percepção do impacto da condição bucal relacionado à qualidade de vida.

Esses efeitos se mantiveram após o ajuste para os possíveis fatores de confundimento. Desse modo verificou-se que quanto menores os níveis de apoio social, senso de coerência, qualidade de vida e estresse, pior era o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida (OHIP $\geq 12,7$). Por exemplo, indivíduos com baixo apoio social, baixo senso de coerência, baixa qualidade de vida e alto nível de estresse possuíam respectivamente 2,16; 2,90; 2,94; 1,50 vezes mais chance de relatar ter um pior impacto da condição na qualidade de vida quando comparados com os indivíduos com estas características favoráveis (Tabela 2). Já as variáveis psicossociais resiliência e espiritualidade não estavam associadas estatisticamente com o desfecho.

Discussão

Este estudo teve como objetivo investigar a associação entre aspectos psicossociais com a percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Nossos resultados mostraram que aspectos psicossociais desfavoráveis estão associados a uma pior percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida, mesmo após ajuste por variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de serviços saúde bucal.

De um modo geral as variáveis psicossociais estiveram associadas com o desfecho na direção apontada pela literatura. Ou seja, quanto pior é o psicossocial, pior é o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Assim, constatou-se que à medida que piora o nível do psicossocial, maiores são as chances de uma percepção mais negativa do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Uma possível explicação para a presença de um pior impacto em indivíduos com um baixo nível psicossocial seria pelo fato de que as variáveis psicossociais afetarem direta e indiretamente atitudes e comportamentos de risco para a saúde.

Menores níveis de apoio social estavam associados com o pior impacto da condição bucal relacionado à qualidade de vida. O apoio social abrange a estrutura e a qualidade da rede de relacionamentos sociais. Ele também está relacionado com

a satisfação pessoal de acordo com o apoio recebido e de manifestações de amor e afeição o que conseqüentemente reflete em desfechos positivos para a vida ^{36 37}. Estudos demonstram que o apoio social atua como um agente de integração do indivíduo na sociedade minimizando os riscos de exclusão social e danos para a saúde através de medidas de promoção de saúde. Além de atuar como fator de proteção, também serve como uma ferramenta de autonomia para os indivíduos, na medida em que aprendem e compartilham os modos de lidar com o processo saúde-doença na comunidade ^{12 38}.

No que concerne à associação explorada no presente estudo, um estudo ¹³ realizado com gestantes e puérperas ligadas às redes de apoio social no ambiente de trabalho e em casa constatou que aquelas que trabalhavam fora tinham uma menor chance de relatar um pior impacto da condição bucal quando comparadas com aquelas que trabalhavam em casa. Conseqüentemente, aquelas que contavam com uma rede de apoio mais fraca apresentaram um maior escore de OHIP. Outro mecanismo de ação seria considerar de que o apoio social também fornece o recurso instrumental. Aqui se refere aos auxílios, provimento de necessidades materiais e ajuda para trabalhos práticos e financeiros ³⁹. Nota-se que o ambiente de trabalho além de proporcionar uma rede de apoio mais rica, também proporciona uma melhor renda, dieta, moradia e demais bens materiais que trazem benefícios à saúde diminuindo o risco para a doença.

Similarmente, níveis mais baixos de senso de coerência também estiveram associados a um pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida no presente estudo. Um estudo realizado com adultos finlandeses ¹⁷ relatou que um forte senso de coerência estava associado à presença de um maior número de dentes, menor número de dentes cariados e bolsas periodontais severas e que também apresentaram melhores comportamentos em saúde bucal. Ainda essa associação foi encontrada após o controle dos fatores de risco estabelecidos para a doença periodontal e cárie, o que certamente está relacionado aos comportamentos em saúde oral que podem ajudar a reduzir a gravidade das doenças. De modo geral os autores sustentam a ideia de que o SOC possui um efeito comportamental baseado na regulação da emoção causada pelos fatores estressores e busca de comportamentos promotores de saúde.

Ainda, outros estudos realizados também corroboram com o encontrado no presente estudo. Os piores níveis de OHIP, o que indiretamente estão associados às

piores condições de saúde bucal também foram encontrados em adultos que apresentaram um baixo senso de coerência^{18, 19}. Comportamentos em saúde bucal como frequência de escovação, atendimento odontológico e frequência de ingestão de açúcar podem ajudar a explicar porque adultos com forte SOC tem menor risco de desenvolver cárie quando comparado aos com SOC fraco. Esse efeito do SOC sobre a incidência de cárie dentária é explicado pelos comportamentos em saúde bucal que exercem um papel de mediadores do relacionamento entre o senso de coerência e o desenvolvimento de doenças. As visitas regulares ao dentista explicariam essa relação através do acesso do indivíduo não somente às medidas preventivas como também as medidas curativas e restauradoras.

Estudo com adultos finlandeses¹⁸ constatou que indivíduos que apresentaram um SOC forte ou moderado também apresentaram um numero significativamente menor de problemas bucais quando comparado com aqueles que apresentaram SOC fraco. A explicação pode-se dar pelo fato de uma associação existente entre o SOC e características psicológicas clássicas como a autoestima e a depressão. De acordo com a teoria salutogênica, como o SOC é desenvolvido antes dos 30 anos, e se estabiliza a partir de então, ele pode ser um fator modificador de avaliação subjetiva da saúde bucal no adulto. Assim a associação entre senso de coerência e OHIP enfatiza que a variável psicossocial é um fator determinante sobre a saúde bucal influenciando na percepção de qualidade de vida.

Nessa mesma direção, outro estudo realizado com adolescentes²⁰ para investigar a relação entre SOC com os comportamentos em saúde bucal constataram que um maior SOC dos adolescentes estava associado com uma menor probabilidade de ter experiência de cárie nos dentes anteriores quando comparados com aqueles com menor SOC. Ainda, ao avaliarem a relação entre SOC e comportamentos relacionados à saúde bucal, constatou-se que aqueles adolescentes com os mais elevados escores de SOC eram menos propensos a visitar o dentista quando se encontravam em situação de dificuldade do que aqueles com os mais baixos escores de SOC. Além disso, encontraram também uma forte associação entre o SOC e o padrão de atendimento odontológico desses adolescentes.

Entende-se que a cárie dentária, quando instalada nos dentes anteriores, indica um quadro de alta severidade da doença e problemas relacionados com a aparência podem afetar os relacionamentos entre os sujeitos e, além disso, essa

associação entre o SOC e o padrão de atendimento odontológico, sugere que o senso de coerência influencia na conscientização sobre a saúde bucal dos sujeitos causando um impacto na vida cotidiana.

Em nosso estudo, identificou-se uma forte associação entre qualidade de vida e OHIP. Quanto mais baixa é a qualidade de vida, pior é o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Essa baixa qualidade de vida seria um reflexo de baixas condições socioeconômicas, que também pode estar associada a outros fatores, como as características comportamentais. Em nosso estudo, fatores como a faixa etária, renda e autopercepção de saúde bucal mostraram uma associação com o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. De fato a autopercepção de saúde bucal está diretamente influenciada por razões sociais, econômicas e psicológicas. Um estudo sobre auto avaliação de saúde bucal e fatores associados ⁶, evidenciou que a auto avaliação negativa de saúde bucal foi mais prevalente em indivíduos mais jovens e de baixa escolaridade.

Em relação ao estresse, nosso estudo identificou que um alto grau de estresse foi associado a um pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Um estudo ²⁴ realizado com 134 trabalhadores de tecnologia de informação em indústrias de médio porte no sul da Índia investigou a relação entre estresse no trabalho, condição bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Ao comparar dados da condição clínica de saúde bucal como índice CPOD e índice CPITN (Índice Periodontal Comunitário), evidenciaram que as maiores pontuações do indicador sócio dental OIDP (Oral Impact on Daily Performance) eram naqueles que passavam por situação de estresse. Altos escores de estresse no trabalho estavam associados aos problemas bucais relatados pelos participantes. Dessa forma, o estresse no ambiente de trabalho, por exemplo, pode ser um importante preditor de uma condição de saúde bucal ruim o que acaba refletindo em uma pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Esse mecanismo de ação pode ser explicado porque o estresse gera um quadro de ansiedade e depressão. Essas condições psicológicas afetam o sistema imunológico e o fluxo salivar. Assim, essa ansiedade, estresse psicológico e depressão podem levar, por exemplo, a uma maior ingestão de doce o que pode aumentar a progressão das doenças cárie e periodontal, na presença de uma diminuição do fluxo salivar e alteração do sistema imunológico ⁴⁰.

Enfim, esses dados foram reproduzidos no nosso estudo porque uma análise secundária dos nossos dados demonstra que maiores níveis de estresse foram encontrados nas pessoas com baixo apoio, espiritualidade, qualidade de vida, resiliência e senso de coerência. O estresse está relacionado com todos esses aspectos o que sugere que este mecanismo possa ser verdadeiro. Os aspectos psicossociais diminuiriam o stress e este provavelmente influenciaria no comportamento.

Os resultados deste estudo, entretanto, devem ser discutidos considerando-se algumas limitações metodológicas. A primeira delas diz respeito ao seu delineamento. Estudos com delineamento transversal incorrem no viés da causalidade reversa porque a exposição e o desfecho foram medidos no mesmo ponto do tempo. Porém é plausível de se pensar que o efeito inverso também exista e não é incorreto considerar que uma pior condição bucal ou um pior impacto da condição bucal possa também piorar os aspectos psicossociais do indivíduo. Portanto essa associação deveria ser melhor investigada através de um delineamento longitudinal onde tanto a exposição quanto o desfecho seriam aferidos repetidamente, prospectivamente. Um aspecto positivo é que todas as escalas tanto do desfecho quanto das exposições foram mensuradas por escalas validadas o que de certa maneira minimizou erro de medida.

A utilização de indicadores subjetivos de saúde bucal além de complementar as informações clínicas, permite conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e a necessidade de tratamento. Apesar das limitações, os resultados aqui relatados apontam para a necessidade de se formular programas e serviços em saúde pública que levem em consideração tanto o nível psicossocial como a saúde bucal, de modo a minimizar o impacto negativo que os problemas bucais têm sobre a qualidade de vida das pessoas.

Referências:

1. Dolan TA. Identification of appropriate outcomes for an aging population. *Special care in dentistry* : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry. 1993;13(1):35-9.
2. Yewe-Dyer M. The definition of oral health. *British dental journal*. 1993;174(7):224-5.

3. Locker D. Concepts of oral health, disease and the quality of life In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life* University of North Carolina Dental Ecology; 1997. p. 11-23.
4. Slade GD. *Measuring Oral Health and Quality of life*: Department of dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina; 1997.
5. Silva MEdSe, Villaça ÊL, Magalhães CSd, Ferreira EFe. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:841-50.
6. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RdSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:611-22.
7. Miotto MHMdB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17:397-405.
8. Vale EBd, Mendes AdCG, Moreira RdS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47:98-108.
9. Peres KG, Cascaes AM, Leao ATT, Cortes MIdS, Vettore MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Revista de Saúde Pública*. 2013;47:19-28.
10. Gabardo MC, Moyses ST, Moyses SJ. [Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: a systematic review]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2013;33(6):439-45.
11. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007;23:1707-14.
12. Araújo SSCd, Freire DBdL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2006;10:203-16.
13. Lamarca GA, Leal Mdo C, Leao AT, Sheiham A, Vettore MV. Oral health related quality of life in pregnant and post partum women in two social network domains; predominantly home-based and work-based networks. *Health and quality of life outcomes*. 2012;10:5.
14. Brennan DS, Spencer AJ. Social support and optimism in relation to the oral health of young adults. *International journal of behavioral medicine*. 2012;19(1):56-64.
15. Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Australian dental journal*. 2014;59(2):234-9.
16. Martins AB, Dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Pereira Padilha DM. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2011;59(4):725-31.
17. Bernabe E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *Journal of clinical periodontology*. 2010;37(11):981-7.
18. Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T, et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *European journal of oral sciences*. 2005;113(2):121-7.
19. Bernabe E, Newton JT, Uutela A, Aromaa A, Suominen AL. Sense of coherence and four-year caries incidence in Finnish adults. *Caries research*. 2012;46(6):523-9.

20. Freire MC, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2001;29(3):204-12.
21. Emami E, Allison PJ, de Grandmont P, Rompre PH, Feine JS. Better oral health related quality of life: type of prosthesis or psychological robustness? *Journal of dentistry*. 2010;38(3):232-6.
22. Zini A, Sgan-Cohen HD, Marcenes W. Is religiosity related to periodontal health among the adult Jewish population in Jerusalem? *Journal of periodontal research*. 2012;47(4):418-25.
23. Zini A, Sgan-Cohen HD, Marcenes W. Religiosity, spirituality, social support, health behaviour and dental caries among 35- to 44-year-old Jerusalem adults: a proposed conceptual model. *Caries research*. 2012;46(4):368-75.
24. Acharya S, Pentapati KC. Work stress and oral health-related quality of life among Indian information technology workers: an exploratory study. *International dental journal*. 2012;62(3):132-6.
25. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Social science & medicine*. 1991;32(6):705-14.
26. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck G, Lopes C. Apoio social: Confiabilidade Teste-reteste de Escala no Estudo Pró-Saúde [Social support: scale test-retest reliability in the Pro-Health Study]. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19:625-34.
27. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:703-14.
28. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*. 1993;1:165-78.
29. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21:436-48.
30. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA, US1987. 218 p.
31. Marques LF, Sarriera JC, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Avaliação Psicológica*. 2009;8:179-86.
32. M. P. Development of a common instrumente for quality of life. EUROHIS: developing common instruments for health surveys: *Biomedical and Health Research*; 2003. p. 145-63.
33. da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2012;15(3):449-57.
34. S.B AFMW. *Social Incators of Well-Being*. New York: Plenum; 1976.
35. S.B AFMW. *Social Indicators of Well-Being*. New Yourk: Plenum; 1976.
36. Amendola F, Oliveira MAdC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011;45:884-9.
37. Pinto JLG, Garcia ACdO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11:753-64.

38. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999;15:S7-S14.
39. Anjos KFd, Boery RNSdO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC, et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20:1321-30.
40. Marcenes WS, Sheiham A. The relationship between work stress and oral health status. *Social science & medicine*. 1992;35(12):1511-20.

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalência do OHIP de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e aspectos psicossociais em adultos de uma cidade do sul do Brasil (n=1100).

Variável	n (%)	OHIP			p-valor
		Melhor (=0) n (%)	Moderado (1-12,6) n (%)	Pior (≥12,7) n (%)	
OHIP	1095	623(56,9)	251(22,9)	221(20,2)	
Sexo					
masculino	310(28,2)	187(60,7)	79(25,6)	42(13,6)	0,007
feminino	790(71,8)	436(55,4)	172(21,9)	179(22,7)	
Faixa etária					
20 a 29	247(22,5)	153(61,9)	65(26,3)	29(11,7)	p<0,001
30 a 39	182(16,5)	116(64,1)	31(17,1)	34(18,8)	
40 a 49	258(23,5)	154(59,7)	44(17,1)	60(23,3)	
50 a 59	217(19,7)	100(46,5)	59(27,4)	56(26,0)	
≥ 60	196(17,8)	100(51,5)	52(26,8)	42(21,6)	
Cor de pele					
branco	992(84,0)	514(56,0)	216(23,5)	188(20,5)	0,304
não branco	176(16,0)	107(61,1)	35(20,0)	33(18,9)	
Estado Civil					
casado	615(55,9)	368(60,1)	132(21,6)	112(18,3)	0,001
solteiro	267(24,3)	154(57,7)	76(25,1)	46(17,2)	
separado/viúvo	218(19,8)	101(56,8)	52(24,1)	63(29,2)	
Escolaridade (anos estudo)					
alta (≥ 12)	166(15,6)	95(57,2)	50(30,1)	21(12,7)	0,014
média (5-11)	697(65,3)	410(59,1)	149(21,5)	135(19,5)	
baixa (≤ 4)	204(19,1)	104(51,0)	47(23,0)	53(26,0)	
Renda (R\$)					
alta (≥ 3.185)	268(25,1)	166(61,9)	67(25,0)	35(13,1)	p<0,001
média(1.050-3.184)	565(52,9)	335(59,5)	114(20,2)	114(20,2)	
baixa (≤1.049)	235(22,0)	105(44,9)	64(27,4)	65(27,8)	
Consumo doces					
baixo(nãocome,<1x/sem)	521(47,4)	294(56,6)	111(21,4)	114(22,0)	0,595
moderado(1-3x/sem)	288(26,2)	162(56,8)	75(26,3)	48(16,8)	
alto(todo o dia,≥4x/sem)	291(26,5)	167(57,4)	65(22,3)	59(20,3)	

Fumo					
não fumante	605(55,0)	363(60,1)	132(21,9)	109(18,0)	0,001
ex fumante	233(21,2)	130(56,8)	60(26,2)	39(17,0)	
fumante	262(23,8)	130(49,6)	59(22,5)	73(27,9)	
Autopercepção de saúde bucal					
boa/mboa/excelente	698(63,5)	448(64,5)	160(23,0)	87(12,5)	p<0,001
regular/ruim	402(36,5)	175(43,8)	91(22,8)	134(33,5)	
Ida ao dentista nos últimos 12 meses					
não	371(33,8)	208(56,4)	91(24,7)	70(19,0)	0,841
sim	726(66,2)	413(57,1)	160(22,1)	150(20,7)	
Apoio social					
alto(=100)	381(34,8)	254(66,8)	79(20,8)	47(12,4)	p<0,001
moderado(76-99)	437(39,9)	238(54,6)	101(23,2)	97(22,2)	
baixo(≤75)	277(25,3)	128(46,4)	71(25,7)	77(27,9)	
Resiliência					
alta(≥76)	262(24,0)	150(57,7)	63(24,2)	47(18,1)	0,008
moderada(68-75)	537(49,2)	324(60,6)	119(22,2)	92(17,2)	
baixa(≤ 67)	293(26,8)	146(49,8)	66(22,5)	81(27,6)	
Senso de coerência					
alto(≥ 79)	255(23,4)	176(69,6)	62(24,5)	15(5,9)	p<0,001
moderado(55-79)	552(50,6)	319(57,8)	127(23,0)	106(19,2)	
baixo(≤ 54)	284(26,8)	126(44,5)	59(20,8)	98(34,6)	
Espiritualidade					
alta(≤ 64)	240(22,0)	136(57,1)	55(23,1)	47(19,7)	0,393
moderada(65-76)	569(52,2)	328(57,6)	136(23,9)	105(18,5)	
baixa(≥ 77)	281(25,8)	156(55,7)	57(20,4)	67(23,9)	
Qualidade de vida					
alta(≤ 53)	232(21,2)	167(72,0)	44(19,0)	21(9,1)	p<0,001
moderada(54-70)	559(51,2)	325(28,5)	142(25,5)	89(16,0)	
baixa(≥ 71)	301(27,6)	128(42,5)	64(21,3)	109(36,2)	
Estresse					
normal 😊😊😊	618(56,2)	373(60,7)	152(24,7)	90(14,6)	p<0,001
moderado 😊	169(15,4)	90(53,6)	39(23,2)	39(23,2)	
alto 😞😞😞	312(28,4)	159(51,1)	60(19,3)	92(29,6)	

Tabela 2. OR brutas e ajustadas para diferentes níveis de OHIP de acordo com variáveis psicossociais de adultos de uma cidade do sul do Brasil (n=1095).

Variáveis psicossociais	OR Bruta (IC 95%)	Valor p	OR ajustada (IC 95%)	Valor p
Apoio social				
alto(=100)	1	< 0,001	1	< 0,001
moderado(76-99)	1,74(1,42 – 2,13)		1,65(1,36-2,00)a	
baixo(≤75)	2,41(1,85-3,12)		2,16(1,62-2,86)a	
Senso de coerência				
alto(>79)	1	< 0,001	1	< 0,001
moderado(55-79)	1,82(1,32-2,52)		1,68(1,19-2,36)b	
baixo(≤54)	3,50(2,21-5,53)		2,90(1,81-4,61)b	
Qualidade de vida				
alta(≤53)	1	< 0,001	1	< 0,001
moderada(54-70)	1,81(1,25-2,60)		1,63(1,14-2,33)c	
baixa(≥71)	4,06(2,52-6,52)		2,94(1,90-4,54)c	
Estresse				
normal😊😊😊😊	1	< 0,001	1	0,004
moderado😊	1,42(1,00-2,02)		1,54(1,04-2,25)d	
alto😞😞😞😞	1,71(1,29-2,26)		1,50(1,12-1,99)d	
Resiliência				
alta(≥76)	1	0,056		
moderada(68-75)	0,90(0,66-1,21)			
baixa(≤67)	1,47(0,97-2,23)			
Espiritualidade				
alta(≤64)	1	0,595		
moderada(65-76)	0,96(0,72-1,28)			
baixa(≥77)	1,12(0,71-1,74)			

a – ajustada para sexo, estado civil e autopercepção de saúde bucal.

b – ajustada para sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda e autopercepção de saúde bucal.

c – ajustada para sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda, fumo, autopercepção de saúde bucal e ida ao dentista.

d – ajustada para sexo, faixa etária, cor da pele, renda, fumo e autopercepção de saúde bucal.

Quadro 1- Associações dos aspectos psicossociais e do OHIP de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e relacionadas à saúde bucal.

	OHIP pior	Apoio Social baixo	Resiliência baixa	SOC baixo	Espiritualidade baixa	Qualidade de vida baixa	Stress alto
Sexo feminino	+S**	+S*	+S***	+S*	- S*	+S***	+S***
Faixa etária	+S***	NS	NS	- S**	- S***	+S***	- S***
Cor da pele não branca	NS	NS	NS	+S**	NS	NS	+S*
Estado civil separado/viúvo	+S***	+S***	NS	+S***	NS	+S***	NS
Escolaridade baixa	+S*	NS	+S***	+S***	- S*	+S***	NS
Renda baixa	+S***	NS	+S***	+S***	NS	+S***	+S***
Consumo de doce	NS	NS	+S*	NS	NS	NS	NS
Hábito de fumar	+S***	NS	NS	NS	NS	+S*	+S***
Autopercepção de saúde regular/ruim	+S***	+S**	+S***	+S***	+S**	+S***	+S***
Ida ao dentista nos últimos 12 meses	NS	NS	NS	NS	NS	- S***	NS

Os símbolos “+” e “-” representam a direção das associações, ou seja, diretamente ou inversamente proporcional.

NS: $p > 0,005$

S*: $p < 0,005$

S**: $p < 0,01$

S***: $p < 0,001$