



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Odontologia de Piracicaba

BEATRIZ AZEREDO PACHECO BARTALOTTI

O IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
ADULTOS BRASILEIROS

PIRACICABA

2016

BEATRIZ AZEREDO PACHECO BARTALOTTI

O IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS  
ADULTOS BRASILEIROS

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientadora: Maria da Luz Rosário de Sousa

Coorientadora: Marília Jesus Batista

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL  
DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA BEATRIZ AZEREDO PACHECO  
BARTALOTTI E ORIENTADO PELA PROFA DRA MARIA DA LUZ ROSARIO DE  
SOUSA

PIRACICABA  
2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Marilene Girello - CRB 8/6159

B281i Bartalotti, Beatriz Azeredo Pacheco, 1980-  
O impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos adultos  
brasileiros / Beatriz Azeredo Pacheco Bartalotti. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2016.  
  
Orientador: Maria da Luz Rosario de Sousa.  
Coorientador: Marília Jesus Batista.  
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.  
  
1. Adulto. 2. Doenças periodontais. 3. Inquéritos epidemiológicos. 4.  
Qualidade de vida. 5. Saúde bucal. I. Sousa, Maria da Luz Rosario de, 1965-. II.  
Batista, Marília Jesus, 1974-. III. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** The impact of periodontal disease on quality of life of Brazilian adults

**Palavras-chave em inglês:**

Adult

Periodontal diseases

Health surveys

Quality of life

Oral health

**Área de concentração:** Odontologia em Saúde Coletiva

**Titulação:** Mestra em Odontologia em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Maria da Luz Rosario de Sousa [Orientador]

Mirella Lindoso Gomes Campos

Maria Paula Maciel Rando Meirelles

**Data de defesa:** 08-07-2016

**Programa de Pós-Graduação:** Odontologia em Saúde Coletiva



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**Faculdade de Odontologia de Piracicaba**



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 08 de Julho de 2016, considerou a candidata BEATRIZ AZEREDO PACHECO BARTALOTTI aprovada

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. MARIA DA LUZ ROSARIO DE SOUSA

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. MIRELLA LINDOSO GOMES CAMPOS

PROF<sup>ª</sup>. DR<sup>ª</sup>. MARIA PAULA MÁGIEL RANDO MEIRELLES

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

## **DEDICATÒRIA**

Dedico este trabalho a minha filha Laís, por ter sido gerada durante este projeto, me estimulando a prosseguir nesta etapa tão importante de minha formação profissional.

## AGRADECIMENTO

À UNICAMP na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Tadeu Jorge.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do Diretor Prof. Dr. Guilherme Elias Pessanha Henriques pela oportunidade de desenvolver este trabalho.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Cíntia Pereira Machado Tabchoury, coordenadora da Pós-Graduação da FOP-UNICAMP.

Ao Prof. Dr. Antonio Carlos Pereira, coordenador do curso de Mestrado Profissionalizante da FOP-UNICAMP, pela oportunidade e pelos conhecimentos e experiências transmitidas.

À Prof.<sup>a</sup> Dra Maria da Luz Rosário de Sousa, pela orientação oferecida neste período, sempre muito pronta e acessível, com sabedoria e generosidade em todos os momentos de ensinamento.

À Prof<sup>ª</sup> Dra Marília Jesus Batista, pela coorientação oferecida neste período, me adotando neste projeto, sempre com muita dedicação e presteza, sendo fundamental para a execução deste trabalho.

Ao meu esposo Daniel, pelo apoio constante nesta etapa tão importante em minha carreira, sempre com paciência e amor.

À minha família, meu pai Tadeu, minha mãe Bernadete e minha irmã Débora, por serem sempre o alicerce ao longo de minha trajetória profissional e formação como pessoa.

## RESUMO

**Objetivo:** Verificar e analisar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos adultos avaliados no inquérito epidemiológico SBBrazil 2010.

**Métodologia:** Neste estudo transversal foram utilizados os dados coletados sobre os adultos com idade entre 35 a 44 anos de idade da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrazil 2010 (n = 9778). O Índice Periodontal Comunitário (CPI) e o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) foram usados para definir presença (CPI >2 e PIP>0) ou ausência de doença periodontal. Um questionário foi aplicado para obtenção dos dados demográficos, socioeconômicos, de utilização do serviço odontológico e do relato da qualidade de vida (OIDP - Oral Impact on Daily Performance). Foi realizada uma análise descritiva ponderada das condições estudadas e o OIDP (desfecho), foi dicotomizado em cada uma das 9 questões em ausência (resposta nunca) ou presença de impacto (demais respostas), sendo atribuídos valor zero e um respectivamente. Foi utilizado um modelo teórico conceitual para a realização da regressão logística binária numa abordagem hierárquica, com o programa SPSS versão 21.0.

**Resultados:** As dimensões com maiores escores do OIDP foram: dificuldade em comer, incômodo ao escovar os dentes, sentir vergonha de sorrir ou falar e dificuldade no trabalho ou estudo. Ter doença periodontal foi associado a um grande impacto na qualidade de vida (OR=1,45, IC95% 1,27-1,66): morar nas regiões norte (OR=1,68, IC 95% 1,39-2,04), nordeste (OR=1,77, IC 95% 1,45-2,16), centro-oeste (OR=1,43, IC 95% 1,19-1,73), ser do gênero masculino (OR=1,60, IC 95% 1,42-1,81), da raça não branca (OR=1,17, IC 95% 1,03-1,33), ter renda familiar entre R\$ 501,00 e R\$ 1500,00 (OR=1,24 IC 95% 1,09-1,41), procurar o serviço odontológico por dor (OR=1,47, IC 95% 1,27-1,70) ou tratamento (OR=1,86, IC 95% 1,51-2,29), avaliar o serviço como não bom (OR=1,95, IC 95% 1,65-2,31), fazer uso de prótese superior (OR=1,46, IC 95% 1,26-1,70), presença de dentes cariados (OR=1,46, IC 95% 1,29-1,66), presença de dor (OR=3,38, IC 95% 2,91-3,93).

**Conclusão:** A presença da doença periodontal foi associada a ter impacto na qualidade de vida dos adultos brasileiros, mesmo quando ajustado por fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos como presença de cárie e dor. Assim, observa-se a importância de políticas de Promoção de Saúde Bucal voltadas para a população adulta.

**Palavras chave:** adultos, doença periodontal, inquérito epidemiológico, qualidade de vida, saúde bucal.

## ABSTRACT

**Objective:** Verify and analyze the impact of periodontal disease in life quality of the evaluated adults on the epidemiologic inquiry SBBrazil 2010.

**Method:** In this cross-sectional study it has been used data from adults of 35 to 44 years old from the National Research of Oral Health – SBBrazil 2010 (n = 9778). The Community Periodontal Index (CPI) and the Index of Periodontal Insertion Loss (PIP) were used to define the presence (CPI >2 and PIP>0) or the absence of periodontal disease. A survey was submitted to obtain demographic data, socioeconomic, of dental care services use and quality of life report (OIDP - Oral Impact on Daily Performance). A descriptive analysis was performed considered the studied conditions, and the OIDP, that was the denouement, was dichotomized in each of 9 questions for absence (answer never) or impact presence (other answers), being attributed to value zero and one respectively. A conceptual theoretical model was used to perform the binary logistic regression in a hierarchical approach, with SPSS program version 21.0.

**Results:** The OIDP biggest scores dimensions were: difficulty in eating, nuisance when brushing the teeth, embarrassment of smiling or talking and difficulty at work or study. Having periodontal disease was associated to the biggest impact in quality of life (OR=1,45, IC95% 1,27-1,66): living in North areas (OR=1,68, IC 95% 1,39-2,04), Northeast (OR=1,77, IC 95% 1,45-2,16), Middle-west (OR=1,43, IC 95% 1,19-1,73), being male gender (OR=1,60, IC 95% 1,42-1,81), non white (OR=1,17, IC 95% 1,03-1,33), having family income between R\$ 501,00 e R\$ 1500,00 (OR=1,24 IC 95% 1,09-1,41), looking for dental care services because of pain (OR=1,47, IC 95% 1,27-1,70) or treatment (OR=1,86, IC 95% 1,51-2,29), evaluate the service as not good (OR=1,95, IC 95% 1,65-2,31), use superior prosthesis (OR=1,46, IC 95% 1,26-1,70), presence of carious teeth (OR=1,46, IC 95% 1,29-1,66), pain presence (OR=3,38, IC 95% 2,91-3,93).

**Conclusion:** The presence of periodontal disease was associated to having impact in life quality of Brazilian adults, even when adjusted by sociodemographic and clinical factors such as presence of tooth decay and pain. Therefore, the importance of Oral Health Promotion politics focused on the adult population is observed.

**Key words:** adults, periodontal disease, life quality, oral health

## SUMÁRIO

Introdução	10
Artigo – O Impacto da Doença Periodontal na Qualidade de vida dos Adultos Brasileiros	13
Conclusão	31
Referências	32
Anexos	34
Anexo 1- Índice Periodontal Comunitário (CPI)	34
Anexo 2- Ficha de Exame	37

## INTRODUÇÃO

Inquéritos epidemiológicos são instrumentos importantes, pois permitem um melhor entendimento dos determinantes que podem causar ou constituem agravos às doenças, em indivíduos dentro de uma amostra com as mesmas características, contribuindo para se desenvolver possíveis formas de prevenção e tratamento. (Davey SmithG, Imbrahim, 2001).

Em periodontia, estes levantamentos, procuram observar as variações no acometimento de doenças inflamatórias e infecciosas sobre os tecidos de suporte do elemento dental (gengiva, osso alveolar, ligamento periodontal e cemento radicular), de forma a descrever a distribuição das doenças gengivais e periodontais, identificar as causas e os problemas e aplicar as informações de estudos descritivos e analíticos no controle dos problemas. (Chambrone, 2008).

A doença periodontal foi bastante estudada, tanto na sua etiologia e patogenia, como na prevalência nas diferentes faixas etárias, durante as últimas décadas. Isto se tornou possível devido aos avanços no campo da epidemiologia além das mudanças nos enfoques conceituais metodológicos. Dessa forma, obtiveram-se informações que contribuem para a compreensão desta doença, bem como os determinantes de sua extensão social e individual, como problemas de saúde-doença bucal e sistêmica (Costa, 2000; Segundo, 2004).

A doença periodontal, que atinge os tecidos de suporte do elemento dentário é considerada como a segunda morbidade bucal que afeta em número de pessoas, ficando atrás somente da cárie dentária. O fator socioeconômico tem sido considerado de fundamental importância na determinação das doenças, inclusive da doença periodontal. Avaliando o risco da doença periodontal em asiáticos, africanos e espanhóis de Nova York, um estudo sugeriu que o fator socioeconômico pode ser considerado como o principal fator de risco para doença periodontal mais forte do que a raça/etnia (Craig et al, 2003).

No Brasil, a inflamação gengival afeta boa parte da população (Chambrone, 2008). Nos casos da doença periodontal mais severa, esta pode estar associada à aterosclerose, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, nascimento prematuro e bebês de baixo peso,

apresentado importância clínica no diabetes, doenças respiratórias, doença de Alzheimer e também, na doença renal crônica (Bastos, 2011).

A política Nacional de Saúde Bucal atual, o Brasil Sorridente, é o programa do governo federal que tem mudado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil de modo a garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal da população brasileira. Este programa reúne uma série de ações para ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), além da ampliação e qualificação da Atenção Especializada, em especial com a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas, no qual está inserida a especialidade periodontia, garantindo o tratamento clínico dos pacientes. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Os estudos epidemiológicos sobre a doença periodontal utilizam os indicadores clínicos de presença ou ausência de inflamação nos tecidos de suporte do elemento dentário, que são: sangramento gengival, presença de cálculo supra e sub gengival, profundidade de sondagem e perda de inserção clínica. A Organização Mundial de Saúde preconiza o uso do Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (CPITN), modificado para Índice Periodontal Comunitário (CPI), em virtude do novo entendimento da patogênese da doença periodontal (Segundo et al, 2004) para avaliar a doença. Ainda que exista esta adaptação, a crítica a este índice refere-se à considerável diversidade que pode ocorrer entre as avaliações que adotam análises parciais e aquelas que envolvem toda a dentição (Beck, Koch, Offenbacher, 1994), subestimando ou superestimando a presença da doença (anexo 1).

Foram realizados no Brasil três grandes levantamentos epidemiológicos a respeito da prevalência de doenças bucais na população: um no ano de 1986, o SBBrasil 2000 e o SBBrasil 2010, porém, como não foi seguido um padrão, não se pode compará-los, ao menos ter uma ideia e conhecimento da situação epidemiológica das doenças bucais mais presentes.

No inquérito epidemiológico mais recente – SBBrasil 2010, procurou-se estudar a prevalência das doenças bucais mais frequentes da população brasileira, em diferentes grupos etários, correlacionando a estes, os fatores sociais, demográficos e econômicos, além da percepção da qualidade de vida através de um questionário, o OIDP (Oral Impact on Daily Performance)(anexo 2).

A relação entre saúde bucal e qualidade de vida vem sendo estudada e analisada pelos chamados indicadores sociodontais. Estes indicadores buscam avaliar os impactos

psicológicos, culturais, sociais e econômicos das enfermidades bucais, bem como a percepção das pessoas sobre sua saúde e necessidade em saúde (Srisilapanan, Sheiham, 2001).

O conceito de qualidade de vida, que está sendo amplamente estudado, está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a o nível socioeconômico, o estado psicológico, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o aporte familiar, o próprio estado de saúde, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou atividades diárias e o ambiente em que se vive (Vecchia RD et al, 2005; Lopes MWF et al 2011).

Pesquisadores têm investigado os problemas de saúde bucal como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos (Benyamini Y et al, 2004; Lacerda et al, 2008; Silveira MF et al, 2014).

Baseado no International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, o OIDP foi desenvolvido e posteriormente adaptado para a odontologia (Locker, 1989). Por meio das medidas de frequência e severidade dos impactos que afetam as atividades diárias dos indivíduos, o OIDP fornece um score individual (Aduyanon, Sheiham, 1997). São relacionados os sintomas que o indivíduo percebe como causadores do impacto e os problemas bucais, com a finalidade de fornecer uma severidade, obtendo-se o peso da importância relativa deste impacto, se positivo ou negativo, na vida diária (Aduyanon, Sheiham, 1997. Sheiham, 2000. Sic Matjee, Abegg 2009).

Diante da importância da percepção da qualidade de vida pelos indivíduos, sempre buscando um melhor bem-estar para a prática das atividades diárias e da limitação que os problemas bucais causam nesta prática, o presente estudo procurou avaliar o impacto da presença da doença periodontal, na qualidade de vida da população adulta brasileira, por meio dos dados coletados na Pesquisa Nacional SBBrazil 2010.

## **ARTIGO**

O presente estudo foi realizado em formato alternativo conforme deliberação da Comissão Central de Pós-Graduação (CCPG) da Universidade Estadual de Campinas – CCPG-Nº 284/2015.

## O IMPACTO DA DOENÇA PERIODONTAL NA QUALIDADE DE VIDA DOS ADULTOS BRASILEIROS

### Resumo

**Objetivo:** Verificar e analisar o impacto da doença periodontal na qualidade de vida dos adultos avaliados no inquérito epidemiológico SBBrasil 2010.

**Métodologia:** Neste estudo transversal foram utilizados dados dos adultos de 35 a 44 anos de idade da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010 (n = 9778). O Índice Periodontal Comunitário (CPI) e o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) foram usados para definir presença (CPI >2 e PIP>0) ou ausência de doença periodontal. Um questionário foi aplicado para obtenção dos dados demográficos, socioeconômicos, de utilização do serviço odontológico e do relato da qualidade de vida (OIDP - Oral Impact on Daily Performance). Foi realizada uma análise descritiva ponderada das condições estudadas, e o OIDP, que foi o desfecho, foi dicotomizado em cada uma das 9 questões em ausência (resposta nunca) ou presença de impacto (demais respostas), sendo atribuídos valor zero e um respectivamente. Foi utilizado um modelo teórico conceitual para a realização da regressão logística binária numa abordagem hierárquica, com o programa SPSS versão 21.0.

**Resultados:** As dimensões com maiores escores do OIDP foram: dificuldade em comer, incomodo ao escovar os dentes, sentir vergonha de sorrir ou falar e dificuldade no trabalho ou estudo. Ter doença periodontal foi associado ao maior impacto na qualidade de vida (OR=1,45, IC95% 1,27-1,66): morar nas regiões norte (OR=1,68, IC 95% 1,39-2,04), nordeste (OR=1,77, IC 95% 1,45-2,16), centro-oeste (OR=1,43, IC 95% 1,19-1,73), ser do gênero masculino (OR=1,60, IC 95% 1,42-1,81), da raça não branca (OR=1,17, IC 95% 1,03-1,33), ter renda familiar entre R\$ 501,00 e R\$ 1500,00 (OR=1,24 IC 95% 1,09-1,41), procurar o serviço odontológico por dor (OR=1,47, IC 95% 1,27-1,70) ou tratamento (OR=1,86, IC 95% 1,51-2,29), avaliar o serviço como não bom (OR=1,95, IC 95% 1,65-2,31), fazer uso de prótese superior (OR=1,46, IC 95% 1,26-1,70), presença de dentes cariados (OR=1,46, IC 95% 1,29-1,66), presença de dor (OR=3,38, IC 95% 2,91-3,93).

**Conclusão:** A presença da doença periodontal foi associada a ter impacto na qualidade de vida dos adultos brasileiros, mesmo quando ajustado por fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos como presença de cárie e dor. Assim, observa-se a importância de investir em políticas de Promoção de Saúde Bucal voltada para a população adulta.

**Palavras chaves:** adultos, doença periodontal, inquérito epidemiológico, qualidade de vida, saúde bucal.

## Abstract

**Objective:** Verify and analyze the impact of periodontal disease in life quality of the evaluated adults on the epidemiologic inquiry SBBrazil 2010.

**Method:** In this cross-sectional study it has been used data from adults of 35 to 44 years old from the National Research of Oral Health – SBBrazil 2010 (n = 9778). The Community Periodontal Index (CPI) and the Index of Periodontal Insertion Loss (PIP) were used to define the presence (CPI>2 and PIP>0) or the absence of periodontal disease. A survey was submitted to obtain demographic data, socioeconomic, of dental care services use and quality of life report (OIDP - Oral Impact on Daily Performance). A descriptive analysis was performed considered the studied conditions, and the OIDP, that was the denouement, was dichotomized in each of 9 questions for absence (answer never) or impact presence (other answers), being attributed to value zero and one respectively. A conceptual theoretical model was used to perform the binary logistic regression in a hierarchical approach, with SPSS program version 21.0.

**Results:** The OIDP biggest scores dimensions were: difficulty in eating, nuisance when brushing the teeth, embarrassment of smiling or talking and difficulty at work or study. Having periodontal disease was associated to the biggest impact in quality of life (OR=1,45, IC95% 1,27-1,66): living in North areas (OR=1,68, IC 95% 1,39-2,04), Northeast (OR=1,77, IC 95% 1,45-2,16), Middle-west (OR=1,43, IC 95% 1,19-1,73), being male gender (OR=1,60, IC 95% 1,42-1,81), non white (OR=1,17, IC 95% 1,03-1,33), having family income between R\$ 501,00 e R\$ 1500,00 (OR=1,24 IC 95% 1,09-1,41), looking for dental care services because of pain (OR=1,47, IC 95% 1,27-1,70) or treatment (OR=1,86, IC 95% 1,51-2,29), evaluate the service as not good (OR=1,95, IC 95% 1,65-2,31), use superior prosthesis (OR=1,46, IC 95% 1,26-1,70), presence of carious teeth (OR=1,46, IC 95% 1,29-1,66), pain presence (OR=3,38, IC 95% 2,91-3,93).

**Conclusion:** The presence of periodontal disease was associated to having impact in life quality of Brazilian adults, even when adjusted by sociodemographic and clinical factors such as presence of tooth decay and pain. Therefore, the importance of Oral Health Promotion politics focused on the adult population is observed.

**Key words:** adults, periodontal disease, epidemical inquiry, life quality, oral health

## Introdução

Em periodontia, os inquéritos epidemiológicos, procuram observar as variações no acometimento de doenças inflamatórias e infecciosas sobre os tecidos de suporte do elemento dental (osso alveolar, ligamento periodontal e cimento radicular), de forma a descrever a distribuição das doenças gengivais e periodontais, identificar as causas e os problemas e aplicar as informações de estudos descritivos e analíticos no controle dos problemas. (Chambrone, 2008).

A doença periodontal foi bastante estudada, tanto na sua etiologia e patogenia, como em prevalência nas diferentes faixas etárias, durante as últimas décadas. Isto foi possível pelos avanços no campo da epidemiologia e mudanças dos enfoques conceituais metodológicos. Dessa forma, obtiveram-se informações que estão contribuindo para a compreensão desta infecção e os determinantes de sua extensão social e individual, como problema de saúde-doença bucal e sistêmica. (Costa, 2000; Segundo, 2004).

No Brasil, a inflamação gengival afeta boa parte da população (Chambrone, 2008). Nos casos da doença periodontal mais severa, esta pode estar associada à aterosclerose, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, nascimento prematuro e bebês de baixo peso, apresentado importância clínica no diabetes, doenças respiratórias, doença de Alzheimer e também, na doença renal crônica (Bastos, 2011).

Os estudos epidemiológicos sobre a doença periodontal utilizam os indicadores clínicos já relacionados, sistematizados ou não em índices. A Organização Mundial de Saúde preconiza o uso do Índice Comunitário de Necessidades de Tratamento Periodontal (CPITN), modificado para Índice Periodontal Comunitário (CPI), em virtude do novo entendimento da patogênese da doença periodontal (Segundo et al, 2004). Ainda que exista esta adaptação, a crítica a este índice refere-se à considerável diversidade que pode ocorrer entre as avaliações que adotam análises parciais e aquelas que envolvem toda a dentição. (Beck, Koch, Offenbacher, 1994), subestimando ou superestimando a presença da doença.

A doença periodontal é considerada como a segunda morbidade bucal que afeta o maior número de pessoas, ficando atrás somente da cárie dentária. Atualmente, o fator socioeconômico tem sido considerado de fundamental importância na determinação das doenças. Avaliando o risco da doença periodontal em asiáticos, africanos e espanhóis de Nova

York, sugeriram que o fator socioeconômico pode ser considerado como fator de risco para doença periodontal destrutiva mais forte do que a raça/etnia (Craig et al, 2003).

No inquérito epidemiológico mais recente – SBBrasil 2010, procurou-se estudar a prevalência das doenças bucais mais frequentes da população brasileira, em diferentes grupos etários, correlacionando a estes, os fatores sociais, demográficos e econômicos, além da percepção da qualidade de vida através de um questionário, o OIDP (Oral Impact on Daily Performance).

A relação entre saúde bucal e qualidade de vida vem sendo amplamente estudada e analisada pelos chamados indicadores sociodontais. Estes indicadores buscam avaliar os impactos psicológicos, culturais, sociais e econômicos das enfermidades bucais, bem como a percepção das pessoas sobre sua saúde e necessidade em saúde (Srisilapanan, Sheiham, 2001).

Baseado no International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, o OIDP foi desenvolvido e posteriormente adaptado para a odontologia (Locker, 1989). Por meio das medidas de frequência e severidade dos impactos que afetam as atividades diárias dos indivíduos, o OIDP fornece um score individual (Aduyanon, Sheiham, 1997). São relacionados os sintomas que o indivíduo percebe como causadores do impacto e os problemas bucais, com a finalidade de ao fornecer uma severidade, obtendo-se o peso da importância relativa deste impacto, se positivo ou negativo, na vida diária (Aduyanon, Sheiham, 1997. Sheiham, 2000. Sic Matjee, Abegg 2009).

Pesquisadores têm investigado os problemas de saúde bucal como importantes causadores de impacto negativo no desempenho diário e na qualidade de vida dos indivíduos (Benyamini Y et al, 2004; Lacerda et al, 2008; Silveira MF et al, 2014).

Diante da importância da percepção da qualidade de vida pelos indivíduos, sempre buscando um melhor bem-estar para a prática das atividades diárias e da limitação que os problemas bucais causam nesta prática, o presente estudo procurou avaliar o impacto da presença da doença periodontal, na qualidade de vida da população adulta brasileira, por meio dos dados coletados na Pesquisa Nacional SBBrasil 2010.

## Metodologia

Este estudo foi realizado com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010, este caracteriza-se como um estudo epidemiológico transversal de saúde bucal com base nacional sobre os diferentes agravos bucais nos diversos grupos etários. Utilizou-se a amostra composta por 27 domínios geográficos para as capitais dos estados e do Distrito Federal e 5 para o interior de cada região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), totalizando 32 domínios. As unidades primárias de amostragem foram construídas de: (a) municípios, para o interior das regiões, e (b) setor censitário, para as capitais. Foram examinados e/ou entrevistados em seus domínios pessoas nas idades de cinco e dose anos e os pertencentes aos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Todo o detalhamento do processo amostral deste inquérito epidemiológico encontra-se em outra publicação (Roncalli et al, 2012).

Neste estudo transversal foram utilizados dados obtidos dos adultos com faixa etária entre 35 a 44 anos de idade da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010 (n = 9778). O exame periodontal foi realizado com a sonda *ball point* utilizando-se o Índice Periodontal Comunitário (CPI) com o registro para cada sextante de "sangramento à sondagem", "presença de cálculo dentário", "bolsa periodontal rasa (4-5mm)", "bolsa periodontal profunda ( $\geq 6$ mm)" e sextante excluído. Foi avaliado também o Índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP) para cada sextante. Estes índices periodontais têm sido empregados para definir presença e ausência de doença periodontal em vários estudos da literatura. (Vettore, et al, 2013; Dummond- Santana T et al, 2007).

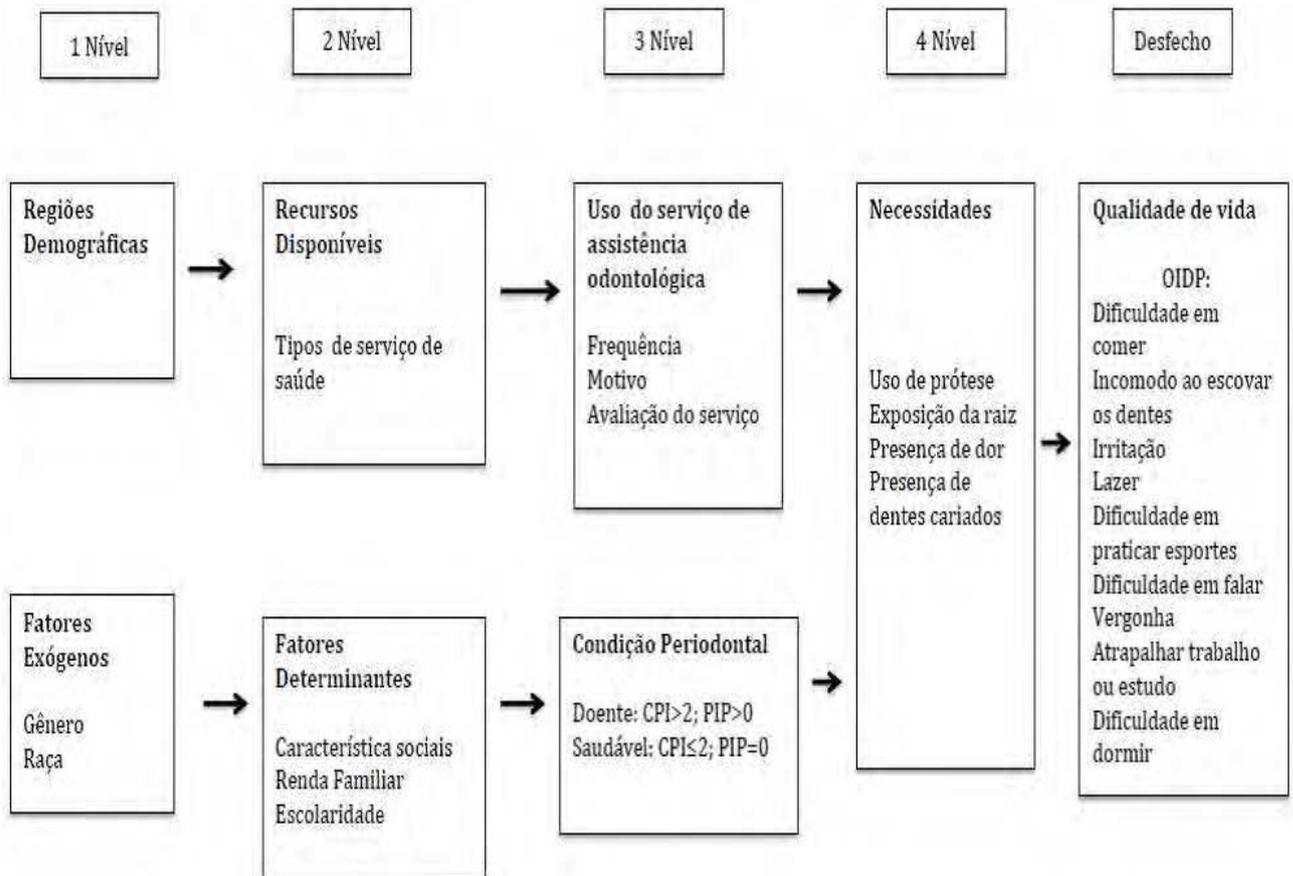
### Análise estatística dos dados

Foi adotada neste estudo a combinação dos índices para presença de doença periodontal (CPI $>2$  e PIP $>0$ ), e ausência (CPI  $\leq 2$  e PIP=0), variável considerada explanatória para o presente estudo.

O impacto da saúde bucal no desempenho das atividades diárias foi o desfecho, avaliado em presença ou ausência de impacto. O OIDP foi dicotomizado em cada uma das 9 questões em ausência (resposta nunca) ou presença de impacto (demais respostas), sendo atribuídos valor zero e um respectivamente, e após a soma das nove questões, foi considerado 0 para quem não teve nenhum impacto no desempenho e 1 para quem apresentou impacto em pelo menos 1 das questões.

Foi realizada uma análise descritiva das variáveis considerando o peso amostral. Análises bivariadas entre o desfecho e as variáveis escolhidas para o estudo, a partir de um modelo teórico conceitual foram realizadas (Quadro 1), considerando  $p < 0,20$  para a seleção dos ajustes entre os blocos. Posteriormente, realizou-se a regressão logística binária numa abordagem hierárquica, adotando  $p < 0,05$  para o modelo final. Dados foram tabulados no Excel e exportados para o programa SPSS versão 21.0, para a realização das análises estatísticas.

Quadro 1: Modelo Teórico Contextual do processo de modelagem de regressão logística binária numa abordagem hierárquica



### Aspectos Éticos

O inquérito epidemiológico utilizado neste estudo é de domínio público, disponibilizado em relatórios e bancos de dados do Ministério da Saúde, Coordenação de Saúde Bucal do Programa Brasil Sorridente.

## Resultados

A prevalência da doença periodontal nos adultos de 35-44 anos no Brasil foi de 28,7% (n=1752). As características demográficas, socioeconômica, de utilização do serviço e clínicas podem ser observadas na tabela 01.

Tabela 01. Frequência e Percentual de adultos, segundo as condições demográficas, socioeconômicas, de utilização do serviço e clínicas, SBBrasil 2010.

<b>Variável</b>	<b>Frequência (não ponderada) n (%)</b>	<b>Ponderada (%)</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Erro Padrão</b>
<b>Região</b>				
Norte	2520	6,6	5,1;8,5	0,9
Centro-oeste	2404	9,5	7,6;11,6	1,0
Nordeste	1586	60,1	53,5;64,4	3,3
Sudeste	1619	17,3	13,4;22,1	2,2
Sul	1435	6,5	5,0;8,6	0,9
Total	9564	100,0	100;100	0,0
<b>Capital/Interior</b>				
Capital	7173	34,2	27,0;42,3	3,9
Interior	2391	65,8	57,7;73,0	3,9
Total	9564	100,0	100;100	0,0
<b>Sexo</b>				
Masculino	3277	36,6	33,4;39,9	1,7
Feminino	6287	63,4	60,1;66,6	1,7
Total	9564	100,0	100;100	0,0
<b>Raça</b>				
Outras raças	5515	50,4%	46,7;54,2	1,9
Branca	4049	49,6%	45,8;53,3	1,9
Total	9564	100,0	100;100	0,0
<b>Tipo de Serviço de Saúde</b>				
Público	3524	38,0%	33,7;42,4	2,2
Convênio	1266	11,8%	10,3;13,5	0,8
Particular	3901	50,2%	46,3;54,1	2,0
Total	8691	100,0%	100;100	0,0
<b>Renda</b>				
Acima de R\$1501,00	3246	34,7%	29,8;37,8	2,0
De R\$501,00 a 1500,00	4687	50,1%	49,4;57,3	2,0
Até R\$500,00	1404	15,2%	11,1;15,0	1,0
Total	9337	100,0%	100;100	0,0

Continuação da tabela 1:

<b>Escolaridade (anos)</b>				
Até 8 anos	4306	49,5%	45,2;53,8	2,2
Acima de 9 anos	5189	50,5%	46,7;54,8	2,2
<b>Total</b>	<b>9495</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
<b>Frequência do uso de serviço odontológico</b>				
Acima de 1 ano esporádico	4293	50,4%	47,6;53,3	1,4
Até 1 ano regular	4446	49,6%	46,7;52,4	1,4
<b>Total</b>	<b>8739</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
<b>Motivo do uso de serviço odontológico</b>				
Tratamento	5615	62,6%	59,5;65,6	1,5
Dor	1278	16,0%	13,9;18,3	1,1
Rotina	1910	21,4%	19,1;23,9	1,2
<b>Total</b>	<b>8803</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
<b>Avaliação do serviço odontológico</b>				
Não bom	1404	15,0%	13,2;17,1	1,0
Bom	7373	85,0%	82,9;86,8	1,0
<b>Total</b>	<b>8777</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
<b>Uso de Prótese Superior</b>				
Sim	3297	32,7%	30,2;35,4	1,3
Não	6267	67,3%	64,6;69,8	1,3
<b>Total</b>	<b>9564</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
<b>Presença de dentes cariados</b>				
<b>Sim</b>	<b>4839</b>	<b>45,2%</b>	<b>42,6;47,9</b>	<b>1,4</b>
<b>Não</b>	<b>4725</b>	<b>54,8%</b>	<b>52,1;57,4</b>	<b>1,4</b>
<b>Total</b>	<b>9564</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
Dor				
<b>Sim</b>	<b>2344</b>	<b>27,9%</b>	<b>25,4;30,6</b>	<b>1,3</b>
<b>Não</b>	<b>7151</b>	<b>72,1%</b>	<b>69,4;74,6</b>	<b>1,3</b>
<b>Total</b>	<b>9495</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
Presença de raiz exposta				
<b>Sim</b>	<b>7002</b>	<b>74,8%</b>	<b>71,3;78,1</b>	<b>1,7</b>
<b>Não</b>	<b>2562</b>	<b>25,2%</b>	<b>21,9;28,7</b>	<b>1,7</b>
<b>Total</b>	<b>9778</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>
Uso de Prótese Inferior				
<b>Não</b>	<b>979</b>	<b>10%</b>	<b>8,8;11,5</b>	<b>0,7</b>
<b>Sim</b>	<b>8575</b>	<b>90%</b>	<b>88,5;91,2</b>	<b>0,7</b>
<b>Total</b>	<b>9554</b>	<b>100%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,7</b>
Doença Periodontal				
<b>Doente</b>	<b>1752</b>	<b>28,7%</b>	<b>25,2;32,5</b>	<b>1,9</b>
<b>Saudável</b>	<b>4384</b>	<b>71,3%</b>	<b>67,5;74,8,5</b>	<b>1,9</b>
<b>Total</b>	<b>6136</b>	<b>100,0%</b>	<b>100;100</b>	<b>0,0</b>

Quanto à distribuição do OIDP, segundo as dimensões, observou-se que as questões: dificuldade em comer ( $p=0,02$ ), incomodo ao escovar os dentes( $p<0,01$ ), dificuldade em falar ( $p=0,03$ ), sentir vergonha ( $p<0,01$ ), atrapalhar no trabalho ou estudo ( $p<0,01$ )e deixar de dormir ou dormir mal ( $p=0,03$ ) apresentam impacto negativo na qualidade de vida dos adultos com Doença Periodontal (DP), como observado na tabela 02.

Tabela 02. Percentual e IC95% do impacto das variáveis do OIDP nos adultos com presença ou ausência de doença periodontal, no SBBrasil 2010.

		Com impacto % (IC95%)	Sem impacto%(IC95%)	p
<b>OIDP</b>				
Dificuldade em comer	Saudável	27,30(23,60-31,40)	72,70(68,60-76,40)	0,02
	Doença Periodontal	35,10(28,30-42,60)	64,90(57,40-71,70)	
Incomodo ao escovar os dentes	Saudável	21,60(18,10-25,60)	78,40(74,40-81,90)	<0,01
	Doença Periodontal	31,80(26,40-37,70)	68,20(62,30-73,60)	
Irritação ou nervosismo	Saudável	21,20(17,90-24,90)	78,80(75,10-82,10)	0,24
	Doença Periodontal	25,10(19,70-31,50)	74,90(68,50-80,30)	
Deixar de praticar atividades de lazer	Saudável	11,30(8,70-14,60)	88,70(85,40-91,30)	0,06
	Doença Periodontal	16,30(12,90-20,50)	83,70(79,50-87,10)	
Deixar de praticar esportes	Saudável	5,00(3,00-8,30)	95,00(91,70-97,00)	0,85
	Doença Periodontal	5,30(3,40-8,30)	94,70(91,70-96,60)	
Dificuldade em falar	Saudável	8,50(6,70-10,80)	91,50(89,20-93,30)	0,03
	Doença Periodontal	14,30(11,00-18,40)	85,70(81,60-89,00)	
Sentir vergonha	Saudável	17,20(14,30-20,50)	82,80(79,50-85,70)	<0,01
	Doença Periodontal	30,10(25,00-35,80)	69,90(64,20-75,00)	
Atrapalhar trabalho ou estudo	Saudável	6,80(5,20-8,70)	93,20(91,30-94,80)	<0,01
	Doença Periodontal	13,00(10,10-16,50)	87,00(83,50-89,90)	
Deixar de dormir ou dormir mal	Saudável	16,50(13,30-20,30)	83,50(79,70-86,70)	0,03
	Doença Periodontal	21,80(17,10-27,50)	78,20(72,50-82,90)	

Nota: Regressão logística binária simples entre ter doença periodontal e ter impacto no OIDP em cada questão(p<0,05)

Nas análises multivariadas, ajustando-se com as variáveis contextuais, foi observado que ter doença periodontal foi associado a ter impacto na qualidade de vida (OR=1,45, IC95% 1,27-1,66). Morar nas regiões norte (OR=1,68, IC 95% 1,39-2,04), nordeste (OR=1,77, IC 95% 1,45-2,16), centro-oeste (OR=1,43, IC 95% 1,19-1,73), ser do gênero masculino (OR=1,60, IC 95% 1,42-1,81), da raça não branca (OR=1,17, IC 95% 1,03-

1,33), ter renda familiar acima de R\$1501,00 e ter renda familiar entre R\$501,00-1500,00 (OR=1,24 IC 95% 1,09-1,41), procurar o serviço odontológico por dor (OR=1,47, IC 95% 1,27-1,70) ou tratamento (OR=1,86, IC 95% 1,51-2,29), avaliar o serviço como não bom (OR=1,95, IC 95% 1,65-2,31), fazer uso de prótese superior (OR=1,46, IC 95% 1,26-1,70), presença de dentes cariados (OR=1,46, IC 95% 1,29-1,66), presença de dor (OR=3,38, IC 95% 2,91-3,93) são as variáveis associadas a este impacto negativo na qualidade de vida dos adultos brasileiros, como mostra a tabela 03.

Tabela 03. Análise multivariada das variáveis com maior impacto na qualidade de vida dos adultos brasileiros do SBBrasil 2010.

<b>Variáveis</b>		<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>	<b>p</b>
<b>Região</b>	Norte	1,687	1,392-2,045	,000
	Nordeste	1,775	1,458-2,161	,000
	Centro-oeste	1,437	1,192-1,734	,000
	Sudeste	1,152	,967-1,371	,113
	Sul	1	.	.
<b>Gênero</b>	Masculino	1,605	1,422-1,812	.000
	Feminino	1	.	.
<b>Raça</b>	Outras Raças	1,176	1,035-1,336	,013
	Branca	1	.	.
<b>Renda</b>	Acima de R\$ 1501,00	1,565	1,272-1,924	,000
	De R\$ 501,00 a 1500,00	1,248	1,098-1,419	,001
	Até R\$ 500,00	1	.	.
<b>Motivo</b>	Tratamento	1,864	1,511-2,298	,000
	Dor	1,476	1,279-1,703	,000
	Rotina	1	.	.
<b>Avaliação do serviço</b>	Não bom	1,957	1,658-2,311	,000
	Bom	1	.	.
<b>Uso de prótese superior</b>	Sim	1,469	1,262-1,709	,000
	Não	1	.	.
<b>Dentes cariados</b>	Sim	1,467	1,294-1,662	,000
	Não	1	.	.
<b>Dor</b>	Sim	3,384	2,912-3,933	,000
	Não	1	.	.
<b>Doença Periodontal</b>	Doente	1,458	1,278-1,662	,000
	Saudável	1	.	.

## Discussão

Este estudo revela que os adultos com doença periodontal percebem limitações em suas atividades diárias, prejudicando desta maneira a sua qualidade de vida. Dentre estas atividades, as mais significativas foram: dificuldade em comer, incomodo ao escovar os dentes, sentir vergonha de sorrir ou falar e dificuldade no trabalho ou estudo, deixar de dormir ou dormir mal.

Em um estudo realizado com 159 adultos diabéticos dentados, cadastrados no Hospital Municipal de Itaúna, Minas Gerais, Brasil, concluíram que os que possuíam a doença periodontal apresentaram maiores impactos negativos na qualidade de vida que diabéticos periodontalmente saudáveis ou com gengivite (Drumond-Santana et al.,2007).

Cimões et al., em 2003, também utilizaram o índice OIDP para avaliar a associação entre as doenças periodontais e qualidade de vida. A amostra consistiu de 59 pacientes com idade entre 18 e 70 anos, de ambos os sexos e a maioria portadora de periodontite crônica, concluindo que o ato de sorrir foi o que obteve maior impacto.

Durham et al, em 2013, utilizaram dois métodos de avaliação da qualidade de vida relacionada a saúde bucal (OHIP-49 e OHQoL-UK) em uma amostra pareada de 89 adultos britânicos com e sem doença periodontal crônica. Utilizando ambos os métodos, foi possível observar uma pior qualidade de vida em pacientes com doença periodontal.

Abegg R, Gomes em 2007 também estudaram a prevalência do impacto bucal no desempenho diário de adultos brasileiros. A amostra foi composta por 276 funcionários do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, com faixa etária entre 35 e 44 anos, sendo utilizado o questionário do OIDP. Concluíram que dificuldade em comer e insatisfação e vergonha com a aparência foram os indicadores mais significativos, juntamente com as variáveis clínicas de presença de dor e perda dentária, ratificando o presente estudo.

Alguns estudos foram realizados com adultos, relacionando algumas variáveis clínicas com o impacto na qualidade de vida, porém, não foram avaliados somente os adultos com presença de doença periodontal:

Braga et al, em 2012, utilizaram os dados do inquérito epidemiológico SBBrasil, com 13182 adultos, um quinto (2636) destes adultos percebeu a mastigação como ruim, e um quarto (3295), como regular. Esta insatisfação mastigatória esteve vinculada a restrições alimentares e piora na qualidade de vida.

Lawrence et al, 2008, em um estudo de coorte com adultos de 32 anos de idade da Nova Zelândia mostraram que a doença cárie, a perda dental e a doença periodontal foram associadas com limitações funcionais e bem-estar psicossocial deste grupo etário. Estes indivíduos relataram alteração no paladar e dificuldade em pronunciar palavras, além de sentirem irritação, constrangimento em realizar tarefas diárias, ratificando o presente estudo.

Alguns autores também encontraram dor e desconforto como as principais variáveis clínicas dos impactos bucais em pacientes adultos, sendo a dor de dente, o principal problema causador de impacto bucal (Adulyanon, et al, 1996; Chaves et al, 2003), Estes estudos enfatizam que a limitação na função e a insatisfação com a aparência, relacionadas com a falta de dentes estão mais fortemente associados ao impacto no desempenho diário, quando comparado a presença clínica de doença cárie, diferente deste estudo.

Em relação às variáveis clínicas, reconhecidamente, a doença cárie é a mais prevalente na população brasileira (Rebelo STCP, Santanna GR, 2015), causando desta maneira um maior impacto na qualidade de vida. Sabe-se que a dor de origem dental, geralmente está associada a esta doença. No presente estudo podemos observar que tanto a presença de dentes cariados, como a presença de dor são significativos, no impacto da qualidade de vida dos adultos portadores de doença periodontal.

Em relação aos fatores sóciodemográficos, este estudo demonstrou que o gênero masculino apresentou maior impacto em relação ao feminino, diferentemente do observado em outros estudos, nos quais as mulheres, geralmente por estarem mais atentas à saúde, relatam um maior impacto (McGrath, Bedi, 2000; Abegg, Gomes, 2007).

Sheiham, et al, em 2000, demonstraram que a renda e a escolaridade vêm intervindo na autopercepção de saúde bucal e no relato de impacto odontológico na qualidade de vida; demonstrando, ainda, que baixo nível de escolaridade e baixa renda têm relação com uma maior prevalência de impactos bucais, diferentemente deste estudo, no qual a baixa escolaridade e baixa renda, não foram significativos com esta maior prevalência de impacto.

Outros estudos que abrangeram os fatores sócio-demográficos apontaram que os grupos menos favorecidos socioeconomicamente possuem maior prevalência de perda dentária, e conseqüentemente um maior impacto na qualidade de vida.(Locker & Quiñonez, 2009; Sanders et al, 2009).

Pesquisas anteriores reforçam que as desigualdades sociais estão relacionadas à presença da doença periodontal, tanto em nível contextual, como no nível individual (Borrell et al, 2006; Genco et al 1999), demonstrando a importância destas variáveis para o entendimento do impacto na qualidade de vida.

Vettore et al, 2013, realizaram um estudo com os dados do SBBrazil 2010 e doença periodontal, assim como no presente estudo, porém realizaram uma análise multinível, relacionando com as variáveis sociodemográficas, com a presença da doença periodontal, concluindo que a desigualdade de renda teve um papel importante na ocorrência da doença periodontal, assim como as características individuais de posição social foram associadas tanto à doença periodontal. Assim, a inclusão do impacto na qualidade de vida destes indivíduos no presente estudo contribui para o avanço do conhecimento.

Já Prado, em 2015, realizou um estudo com os mesmos dados deste estudo (amostra de 9779 adultos, do SBBrazil 2010, na faixa etária entre 35-44 anos), com o objetivo de verificar as correlações da doença periodontal, perda dentária e edentulismo com fatores socioeconômicos e demográficos, necessidades e uso dos serviços de saúde bem como o impacto dessas correlações na saúde bucal, concluindo que doença periodontal, perda dentária e edentulismo estiveram associados com fatores socioeconômicos e demográficos, uso e necessidade de serviços de saúde e com o impacto da saúde bucal na vida diária de adultos brasileiros, porém, utilizou as variáveis clínicas e socioeconômicas como desfecho, diferentemente deste estudo.

### **Conclusão**

A presença da doença periodontal foi associada a ter impacto na qualidade de vida dos adultos brasileiros, mesmo quando ajustado por fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos como presença de cárie e dor. Assim, observa-se a importância de investir em políticas de Promoção de Saúde Bucal voltada para a população adulta.

### Referências

- Abegg C, Gomes AS. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007; 23(7):1707-1714.
- Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 1997;151-60.
- Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24:385-9.
- Bastos JA, Diniz CG, Bastos MG, Vilela EM, Silva VL, Chaoubah A, Souza-Costa DC, Andrade LCF, Identification of periodontal pathogens and severity of periodontitis in patients with and without chronic kidney disease. *Archives of Oral Biology*. 2011; 56(8):804-811.
- Braga APG, Barreto SM, Martins AMEBL. Autopercepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.2012 28(5):889-904.
- Brasil, Ministério da Saúde, Projeto SBBrazil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal; Resultados Principais.
- Borrell LN, Burt BA, Warren RC, Neighbors HW. The role of individual and neighborhood social factors on periodontitis: the third Nacional Health and Nutrition Examination Survey. *J Periodontology*. 2006;77(3):444-53.
- Chambrone L, Lima LAPA, Chambrone LA. Prevalência das Doenças Periodontais no Brasil. Parte II. 1993-2003, *Revista Odonto* 2008; 31:69-76.
- Chavers LS, Gilbert GH, Shelton BJ. Two-year incidence of oral disadvantage, a measure of oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:21-9.
- Cimões R, Milhomens Filho JA, Gusmão ES. Impacto das condições periodontais no desempenho de atividades diárias. *International Journal of Dentistry*. 2003;2(1).
- Costa FO. Doença periodontal de início precoce em crianças, adolescentes e adultos jovens: um estudo longitudinal da incidência, severidade e extensão [Tese de Doutorado] Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.

Craig RG, Yip JK, Mijares DQ, Boylan RJ. Destructive periodontal diseases in minority populations. *Dent Clin Norht Am* 2003; 47:103-14.

Drumond-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Drumond-Santana Ta. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*.2007;23(3):637-644.

Durham J, Fraser HM, McCracken GI, Stone KM, John MT, Presha PM. *Impact Dent*. 2013;41(4):370-6.

Genco RJ, Ho AW, Grossi SG, Dunford RG, Tedesco LA, Relationship of stress, distress and inadequate coping behaviors to periodontal disease. *J Periodontol*.1999;70(7):711-23.

Lawrence HP Thomson MW, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32 – year olds. *Community Dent Oral Epidemiol*.200836:305-16.

Locker D & Quiñonez C. Functional and Psychosocial Impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *JCDA* 2009;75(7):521.

Locker D. Measuring oral health: socio-dental indicators. In: Locker D, editor. *An introduction to behavioral science & dentistry*. New York/London: Routledge; 1989. p. 73-101.

Matje PRB, Abegg C. Prevalência do Impacto Odontológico no Desempenho Diário entre Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.TCC 2009.

McGrath C & Bed R. To what extend do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:3-11.

Prado RL. Condição Periodontal, perda dentária e diferenças socioeconômicas em adultos e idosos brasileiros. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba. 2015.

Rebello STCP, Santanna GR. Prevalência de cárie dental em escolares de 12 anos na rede municipal de ensino de Parnaíba Piauí. *Rev. Interd. Ciên. Saúde*. 2015 ago-out:11-18.

Roncalli AG et al. Aspectos metodológicos do Projeto SBBrasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2012; 28 Sup:S40-S57.

Segundo K, Takeshi. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturo's, Contagem, Minas Gerais, Brasil *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 2004; 20(2):596-603.

Sanders AN & Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impacto of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37:171-181.

Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-50.

Sheiham A & Spencer J. Health needs assessment in. Pine CM. *Community Oral Health*. 1997;3954.

Srisilapanan P, Sheiham A. Assessing the difference between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs I dentate older people. *Gerodontology* 2001; 18:25-34.

Vettore MV, Marques RAA, Peres MA. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. *Rev Saúde Pública* 2013;47(Supl 3):2939.

## **CONCLUSÃO**

A presença da doença periodontal foi associada a ter impacto na qualidade de vida dos adultos brasileiros, mesmo quando ajustado por fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos como presença de cárie e dor. Assim, observa-se a importância de investir em políticas de Promoção de Saúde Bucal voltada para a população adulta.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observou-se neste estudo que as dimensões mais afetadas do OIDP foram: dificuldade em comer, incomodo ao escovar os dentes, sentir vergonha de sorrir ou falar e dificuldade no trabalho ou estudo. As condições clínicas associadas ao relato de maior impacto na qualidade de vida foram: presença de dor, doença cárie ativa, perda dentária e uso de prótese superior. Houve maior prevalência de impacto na qualidade de vida nos moradores das regiões norte, nordeste e centro-oeste, raça não branca, gênero masculino, que possuíam menor renda familiar, os que procuravam o serviço odontológicos motivados por dor ou tratamento e que avaliaram o serviço odontológico como não bom. Assim, ficou demonstrado que o relato da qualidade de vida relacionado à presença de doença periodontal em adultos pode influenciar nas atividades diárias dos indivíduos, necessitando uma maior enfoque em ações voltadas para o tratamento de tal enfermidade.

## REFERÊNCIAS

- Abegg C, Gomes AS. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2007; 23(7):1707-1714.
- Adulyanon S, Sheiham A. Oral impacts on daily performances. In: Slade GD, editor. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 1997;151-60.
- Baleum V, Scheutz F. Periodontal diseases in Africa. *Periodontol 2000* 2002; 29:79-103.
- Bastos JA, Diniz CG, Bastos MG, Vilela EM, Silva VL, Chaoubah A, Souza-Costa DC, Andrade LCF, Identification of periodontal pathogens and severity of periodontitis in patients with and without chronic kidney disease. *Archives of Oral Biology*. 2011; 56(8):804-811.
- Beck JD, Koch GG, Offenbacher S. Attachment Loss Trends Over 3 Years in Community-Dwelling Older Adults. *Jornal of Periodontology*. 1994;65(8):737-743.
- Benyamini Y, Leventhal H, Leventahal EA. Self rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med* 2004; 59:1109-16.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Chambrone L. et al. Prevalência das Doenças Periodontais no Brasil. Parte II. 1993-2003, *Revista Odonto* 2008; 31:69-76.
- Cimões R, Milhomens Filho JA, Gusmão ES. Impacto das condições periodontais no desempenho de atividades diárias. *International Journal of Dentistry*. 2003;2(1).
- Costa FO. Doença periodontal de início precoce em crianças, adolescentes e adultos jovens: um estudo longitudinal da incidência, severidade e extensão [Tese de Doutorado] Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000
- Craig RG et al. Destructive periodontal diseases in minority populations. *Dent Clin Norht Am* 2003; 47:103-14.
- Davey SmithG., Ibrahim S. Epidemiology – is it time to call it a day? *Int. J. Epidemiol*. 2001; 30:1-11
- Drumond-Santana T, Costa FO, Zenóbio EG, Soares RV, Drumond-Santana Ta. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.2007;23(3):637-644.
- Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:1846-58.

Lawrence HP Thomson MW, Broadbent JM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32 – year olds. *Community Dent Oral Epidemiol.*2008;36:305-16.

Locker D. Measuring oral health: socio-dental indicators. In: Locker D, editor. *An introduction to behavioral science & dentistry*. New York/London: Routledge; 1989. p. 73-101.

Locker D & Quiñonez C. Functional and Psychosocial Impacts of oral disorders in Canadian adults: a national population survey. *JCDA* 2009;75(7):521.

Lopes MWF, Gusmão ES, Alves RV, Cimões R. Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida. *RGO - Rev Gaúcha Odontol.*, Porto Alegre 2011; 59 (0): 39-44.

McGrath C & Bed R. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:3-11

Matje PRB, Abegg C. Prevalência do Impacto Odontológico no Desempenho Diário entre Indivíduos de 50 a 74 anos em Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TCC 2009.

Ministérios da saúde. Projeto SBBrazil 2000 – Condições da saúde bucal da população brasileira no ano de 2000. Manual do examinador.

Sanders AN & Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impacto of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiolog* 2009;37:171-181.

Segundo TK et al. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturo's, Contagem, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2004; 20(2):596-603.

Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000. p. 223-50.

Sheiham A & Spencer J. Health needs assessment in. Pine CM. *Community Oral Health*. 1997;39:54.

Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEBL, Marcopito LF. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun 2014; 30(6):1-15.

Srisilapanan P, Sheiham A. Assessing the differenc between sociodental and normative approaches to assessing prosthetic dental treatment needs I dentate older people. *Gerodontology* 2001; 18:25-34.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(3):246-52.

## ANEXO 1:

### Índice Periodontal Comunitário - CPI

O Índice Periodontal Comunitário (emprega-se a sigla CPI, das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO) permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa.

Sonda CPI - Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada sonda CPI, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento.

Sextantes - A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex., comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante.

Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, p.ex., um único dente presente).

Nota: Não se considera o terceiro molar na contagem de dentes presentes no sextante, na faixa etária de 15 a 19 anos. Caso se detecte a presença de um dente e o terceiro molar nesta faixa etária, o sextante será excluído.

Dentes-Índices - São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares):

- Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.
- 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Exame - Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Registros - Considerar que:

- a) em crianças com menos de 15 anos (portanto, na idade de 12 anos) não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica;

b) embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;

c) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no CPI:

0 - sextante hígido;

1 - sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);

2 - cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);

3 - bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda);

4 - bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível);

X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);

9 - sextante não examinado.

*Nota:* Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI. Quanto à inclinação da sonda, em crianças com menos de 15 anos, nas quais não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), indica-se uma inclinação de aproximadamente 60° da sonda em relação ao longo eixo do dente, evitando-se o toque na base do sulco gengival como forma de diminuir a probabilidade de casos de sangramento falso-positivos.

### **Índice de Perda de Inserção Periodontal - PIP**

O índice Perda de Inserção Periodontal (adotaremos a sigla "PIP", das iniciais em português) permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE). Este índice permite comparações entre grupos populacionais e não há intenção de descrever a situação de indivíduos considerados isoladamente.

Relação com CPI – O PIP é basicamente um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP. O índice só será utilizado para as faixas etárias de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos.

Exame – A visibilidade da JCE é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do CPI para o sextante é menor do que 4 (bolsa com menos de 6mm), qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP =0).

Códigos - São os seguintes os códigos utilizados no PIP

0 - perda de inserção entre 0 e 3 mm (JCE não visível e CPI entre 0 e 3).

Ou seja: se o CPI for igual a 4, não há possibilidade de o PIP ser 0 (zero). Se a JCE não está visível e o CPI é 4, ou se a JCE está visível, então:

1 - perda de inserção entre 4 mm e 5 mm (JCE visível na área preta da sonda CPI);

2 - perda de inserção entre 6 mm e 8 mm (JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm);

3 - perda de inserção entre 9 mm e 11 mm (JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm);

4 - perda de inserção de 12 mm ou mais (JCE visível além da marca de 11,5 mm);

X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);

9 - sem informação (JCE nem visível nem detectável). Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (outras faixas etárias que não as de 35 a 44 anos e 65 a 74 anos).

(Manual do examinador,. Projeto SBBrasil 2000).





## Avaliação socioeconômica, utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal referida e auto percepção de saúde bucal

### CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 3** Quantos bens tem em sua residência?  
 Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos?  
 1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu

### ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5** Até que série o sr(a) estudou?  
 Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente?  
 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente?  
 0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 8** Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)
- 9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?  
 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?  
 1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 11** Onde foi a sua última consulta?  
 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 12** Qual o motivo da sua última consulta?  
 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?  
 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

### AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14** Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:  
 1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu
- 15** O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?  
 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 16** Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- |   |   |
|---|---|
| <b>16.1.</b> Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? <input type="text"/> | <b>16.5.</b> Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <input type="text"/>                                      |
| <b>16.2.</b> Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <input type="text"/>  | <b>16.6.</b> Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <input type="text"/>                                      |
| <b>16.3.</b> Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? <input type="text"/>  | <b>16.7.</b> Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <input type="text"/>                                |
| <b>16.4.</b> Deixou de sair, se divertir, ir à festas, passeios por causa dos seus dentes? <input type="text"/>                                   | <b>16.8.</b> Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? <input type="text"/> |
|   | <b>16.9.</b> Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <input type="text"/>                                   |