

FERNANDA LAMOUNIER CAMPOS

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DA NECESSIDADE DE
PRÓTESE TOTAL E CONFIGURAÇÕES DENTÁRIAS REDUZIDAS
ENTRE ADULTOS BRASILEIROS: *ESTUDO TRANSVERSAL***

**Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte
2019**

Fernanda Lamounier Campos

ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DA NECESSIDADE DE PRÓTESE TOTAL E CONFIGURAÇÕES DENTÁRIAS REDUZIDAS ENTRE ADULTOS BRASILEIROS: *ESTUDO TRANSVERSAL*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Odontologia – área de concentração em Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e controle de doenças bucais

Orientadora: Prof^ª. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourí

Belo Horizonte
2019

Ficha Catalográfica

C198a Campos, Fernanda Lamounier.
2019 Associação entre autopercepção da necessidade de prótese
T total e configurações dentárias reduzidas entre adultos
brasileiros : estudo transversal / Fernanda Lamounier
Campos. -- 2019.

102 f. : il.

Orientadora: Raquel Conceição Ferreira.

Coorientadora: Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houri.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Odontologia.

1. Prótese total. 2. Saúde bucal. 3. Estudos
transversais. I. Ferreira, Raquel Conceição. II. Houri,
Loliza Chalub Luiz Figueiredo. III. Universidade Federal de
Minas Gerais. Faculdade de Odontologia. IV. Título.

BLACK - D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Associação entre autopercepção da necessidade de prótese total e configurações dentárias reduzidas entre adultos brasileiros: estudo transversal

FERNANDA LAMOUNIER CAMPOS

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração Saúde Coletiva.

Aprovada em 23 de julho de 2019, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Loliza Chalub Luiz Figueiredo Houry - Coorientadora
FO-UFMG

Prof(a). Fabiola Bof de Andrade
FIOCRUZ

Prof(a). Claudia Lopes Brilhante Bhering
UFMG

Belo Horizonte, 23 de julho de 2019.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre está comigo, iluminando todas as minhas escolhas e me conduzindo pelo melhor caminho.

Aos meus pais, meus irmãos, toda a minha família e amigos pela torcida e amor.

Ao meu namorado Lucas, pelo companheirismo, apoio e amor sem medidas. Me espelho em você como um exemplo de profissional dedicado e muito competente.

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FOUFMG) na pessoa do diretor Henrique Pretti.

Ao Colegiado de Pós-graduação em Odontologia da FOUFG na pessoa da profa. Dra Isabela Almeida Pordeus.

Ao corpo docente do Programa de Mestrado em Saúde Coletiva pelo comprometimento com nosso crescimento e aprendizado.

Ao CNPq pela concessão da minha bolsa, apoio financeiro e, dessa forma, proporcionar a minha dedicação exclusiva ao Mestrado.

À minha orientadora, Profa. Dra Raquel Conceição Ferreira, por todo profissionalismo, apoio, suporte, atenção e por toda a confiança em mim depositada. É muito bom estar ao lado de uma professora exemplo como você. Muito obrigada e vamos caminhando!

À minha coorientadora, profa. Dra Loliza Chalub, pelo carinho e atenção a mim recompensado. Você foi parte essencial da minha caminhada. Obrigada por compartilhar comigo todos os seus saberes e experiências.

À toda equipe do Projeto Funcionalidade, professores, examinadoras, alunas de iniciação científica, que foram essenciais para o desenvolvimento da pesquisa.

A todos os participantes da pesquisa “Funcionalidade”, a qual participei no período do mestrado, que nos receberam e dedicaram um tempo para que pudéssemos realizar a coleta, meus sinceros agradecimentos e respeito.

Aos professores e alunos que compõem o Núcleo de Estudos Paixão, do qual faço parte, por toda aprendizagem colaborativa e crescimento.

Aos colegas de mestrado pelos momentos de convivência e troca de saberes e experiências. A caminhada continua...

RESUMO

A condição que garante a realização de todas as funções bucais mesmo quando o arco dental não está completo é denominada Dentição Funcional (DF). Avaliou-se a associação direta, e mediada pela presença de impactos bucais, entre a autopercepção da necessidade de prótese total (PT) e configurações dentárias reduzidas, em adultos (35-44 anos) brasileiros dentados. Dados foram obtidos pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2010) por amostragem por conglomerado, em múltiplos estágios de sorteio, com probabilidade proporcional ao tamanho da população. A coleta de dados envolveu exames bucais e a aplicação de questionários sobre características demográficas, condições socioeconômicas e percepções sobre saúde bucal. Autopercepção da necessidade de prótese total foi medida pela pergunta: O sr(a) considera que necessita usar PT (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? As configurações dentárias reduzidas foram classificadas com base num sistema funcional de classificação das dentações hierarquizado, que considera sequencialmente a presença de: no mínimo um dente em cada arco, 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, pares de oclusão posteriores (POP) de pré-molares (≥ 3) e molares (≥ 1 bilateral). A configuração dentária que possui todos os critérios, dos cinco níveis, foi definida como uma dentição funcional (DF_{classV}). O Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD) avaliou a presença de impactos bucais. Associação entre o desfecho (autopercepção da necessidade de PT) e a variável independente principal (configurações dentárias reduzidas) foi investigada por modelo de regressão logística e análise de equações estruturais, incluindo as seguintes covariáveis: satisfação com a boca, impactos bucais (IODD), sangramento, cálculo, bolsa rasa, bolsa profunda, dor de dente, sexo, cor da pele, renda e escolaridade. A amostra total era de 9547 indivíduos sendo que 6.083 indivíduos foram incluídos nesse estudo. Adultos com DF_{classV} apresentaram uma chance 56% menor de autopercepção da necessidade de prótese total (OR=0,44; IC 95%: 0,28-0,70). De acordo com os resultados das análises de equações estruturais, DF_{classV} foi negativa e diretamente associada com o desfecho (Efeito total [CP]=-0,294; $p < 0,001$). Configurações dentárias com perda de dentes anteriores e/ou POP foram associadas com maior autopercepção da necessidade de PT (efeito direto positivo). Configuração dentária sem POP de molares não apresentou efeito direto sobre o desfecho, mas um efeito indireto via IODD ($p=0,002$). Maior autopercepção da necessidade de prótese foi observada entre aqueles cujas configurações dentárias apresentavam menor número de critérios de funcionalidade, sejam eles, dentes bem-distribuídos, estética e/ou oclusão.

Palavras-chave: Arco dental. Epidemiologia. Satisfação do paciente. Saúde bucal. Prótese dentária.

ABSTRACT

Association between self-management of the need for total prosthesis and dental configurations reduced between Brazilian adults: a cross-sectional study

The condition that ensures the performance of all oral functions even when the dental arch is not complete is called Functional Dentition (FD). It was evaluated the direct association and mediated by the presence of oral impacts between the self-perception of the need for complete dentures (CD) and dental configuration among Brazilian adults (35-44 years) with teeth. Data were obtained by the National Oral Health Survey (2010) by sampling by conglomerate in multiple stages random with probability proportional to the size of the population. Data collection involved oral exams and the application of questionnaires on demographic characteristics, socioeconomic conditions and perceptions about oral health. Self-perception of the need for a prosthesis was measured by the question: Do you consider that you need to use CD (complete denture) or change the one you are currently using? The reduced dental configurations were classified based on a hierarchical functional classification system of teeth, which sequentially considers the presence of: i) at least one tooth in each arch; ii) 10 teeth in each arch; iii) 12 anterior teeth; iv) three or four Posterior Occlusion Pairs (POP) of premolars; and v) at least one bilateral molar POP. The dental configuration that has all the criteria, of the five levels, was defined as a functional dentition (DF_{classV}). The Dental Impact on Daily Performance (OIDP) evaluated the presence of oral impacts. The association between the outcome (self-perception of CD need) and the main independent variable (reduced dental configurations) was investigated by logistic regression model and analysis of structural equations, including the following covariates: mouth satisfaction, oral impacts (IODD), bleeding, calculus, shallow and deep periodontal pockets, dental pain, sex, skin color, income and schooling. The total sample was 9547 individuals and 6,083 individuals were included in this study. Adults with DF_{classV} presented a 56% lower chance of self-perception of the prosthesis requirement (OR = 0.44, 95% CI: 0.28-0.70). According to the results of the analysis of structural equations, DF_{classV} was negative and directly associated with the outcome (Total effect [CP] = -0.294, $p < 0.001$). Dental configurations with loss of anterior teeth and / or POP were associated with greater self-perception of the need for PT (positive direct effect). Dental configuration without POP of molars had no direct effect on the outcome, but an indirect effect via IODD ($p = 0.002$). Higher self-perception of the need for prostheses was observed among those whose dental configurations presented fewer functionality criteria, be it well-distributed teeth, aesthetics and / or occlusion.

Keywords: Dental arch. Epidemiology. Patient satisfaction. Oral health. Dental prosthesis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Dimensões que compreendem a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)..... | 22 |
| Figura 2 - Esquema do processo amostral de composição da amostra do SB Brasil 2010..... | 25 |
| Figura 1 - (Artigo) Distribuição dos indivíduos, segundo o sistema funcional de classificação das dentições, hierarquizado, dicotomizado em cinco níveis..... | 44 |
| Figura 2 - (Artigo) Coeficientes padronizados (erro padrão) das associações diretas entre as variáveis obtidos pelos Modelos de equações estruturais. SBBrasil 2010..... | 48 |
| Figura 3 - Linha do tempo sobre às atividades realizadas no inquérito epidemiológico com adultos em Rio Acima, MG..... | 59 |
| Quadro 1 - Sistema de Classificação de Nguyen <i>et al.</i> 2011 (níveis I ao V) e adaptado por Chalub et al. 2016 (nível VI)..... | 16 |
| Quadro 2 - Resumo dos códigos e critérios para avaliação da condição da coroa dentária..... | 29 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 (Artigo) - Distribuição da amostra de acordo com variáveis independentes em adultos brasileiros. SBBrasil 2010. (n= 6083)..... | 42 |
| Tabela 2 (Artigo) - Modelo de regressão logística bruta e ajustada da autopercepção da necessidade de prótese total e variáveis associadas, em adultos brasileiros. SBBrasil 2010..... | 46 |
| Tabela 3 (Artigo) - Coeficientes padronizados de efeito total e indireto obtidos pelos Modelos de equações estruturais. SBBrasil 2010..... | 49 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agentes Comunitárias de Saúde |
| ADE | Arco Dental Encurtado |
| CFI | Índice de Ajuste Comparativo |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade |
| CPI | Índice Periodontal Comunitário |
| CPO-D | Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Restaurados |
| DF | Dentição Funcional |
| EPI | Equipamentos de Proteção Individual |
| FDI | Federação Dentária Internacional |
| GFI | Índice de Adequação do Ajuste |
| HRQoL | Qualidade de Vida Relacionada a Saúde |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| IODD | Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário |
| MGBR | Protocolo de Exame Miofuncional Orofacial |
| OHIP | Perfil de Impacto Sobre a Saúde Bucal |
| OIDP | <i>Oral Impacts on Daily Performances</i> |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| PIP | Perda de Inserção Periodontal |
| POP | Pares de Oclusão Posterior |
| PT | Prótese Total |
| QV | Qualidade de Vida |
| QVRSB | Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal |
| RMSE | Erro Quadrático Médio de Aproximação |
| SBBrazil | Pesquisa Nacional de Saúde Bucal |
| SEM | Modelo de Equações Estruturais |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UPA | Unidades Primárias de Amostragem |
| WLSMV | Médias Ponderadas de Mínimos Quadrados e Estimativa Ajustada de Variâncias |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS | 12 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 15 |
| 2.1 Variáveis clínicas..... | 15 |
| 2.2 Variáveis centradas no paciente | 18 |
| 3 OBJETIVOS | 24 |
| 3.1 Objetivo geral | 24 |
| 3.2 Objetivos específicos | 24 |
| 4 METODOLOGIA | 25 |
| 4.1 Amostra | 25 |
| 4.1.1 Tamanho da amostra | 26 |
| 4.1.2 Pesos amostrais..... | 26 |
| 4.1.3 Critérios de Elegibilidade..... | 27 |
| 4.2 Treinamento e preparação de equipes..... | 27 |
| 4.3 Coleta de dados | 27 |
| 4.3.1 Exames bucais | 28 |
| 4.3.2 Entrevistas..... | 28 |
| 4.4 Variável resposta..... | 30 |
| 4.5 Avaliação da configuração dentária | 30 |
| 4.6 Covariáveis..... | 30 |
| 4.7 Análise estatística | 31 |
| 4.8 Implicações éticas | 32 |

| | |
|--|----|
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 33 |
| 5.1 Artigo..... | 34 |
| 6 PRODUÇÕES E ATIVIDADES VINCULADAS AO PROGRAMA | 58 |
| | |
| REFERÊNCIAS | 62 |
| APÊNDICE A - Declaração da Secretaria Municipal de Saúde demonstrando interesse e autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa..... | 74 |
| APÊNDICE B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG | 75 |
| APÊNDICE C – Divulgação da pesquisa no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Rio Acima | 76 |
| APÊNDICE D – Divulgação da pesquisa no sítio eletrônico da Câmara Municipal de Rio Acima | 77 |
| APÊNDICE E – Cartaz de divulgação da pesquisa afixado no comércio local de Rio Acima | 79 |
| APÊNDICE F - Folheto de divulgação da pesquisa distribuído no município..... | 80 |
| APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE ADULTOS (30-49 ANOS) RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA – MG | 81 |
| APÊNDICE H – Folheto de divulgação das Instituições de Ensino em Odontologia fornecido aos participantes da pesquisa | 91 |
| ANEXO A – Ficha de exame da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal/Brasil 2010 | 92 |
| ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa | 94 |
| ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido | 98 |
| Produção intelectual desenvolvida durante o curso de Mestrado (2017_2019) | 99 |

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O desenvolvimento de medidas de desfechos de saúde baseadas no paciente, tanto na medicina quanto na odontologia, deve ser visto como parte de uma ampla mudança de paradigma nos serviços de saúde, na qual o modelo biomédico foi modificado, se não substituído pelo modelo socioambiental de saúde (NETTLETON, 1995). No modelo biomédico, saúde e doença são vistos como fenômenos estritamente biológicos. A alta tecnologia e os serviços de saúde são considerados essenciais para restaurar e melhorar a saúde das populações e indivíduos. Como resultado, o corpo é isolado da pessoa e as experiências subjetivas de saúde e doença do paciente não são consideradas. Na aplicação deste modelo na odontologia, há uma tendência em considerar a cavidade bucal como uma estrutura anatômica autônoma, ou seja, a boca como objeto de investigação é geralmente isolada do corpo e da pessoa (LOCKER, 1997).

Já no modelo socioambiental, a saúde não é definida em termos da ausência de doença, mas em termos de ótimo funcionamento e bem-estar social e psicológico (LERNER *et al.*, 1994). Há uma importância crescente ligada às experiências subjetivas e interpretações de saúde e doença pelo indivíduo. Nesse sentido, é cada vez mais reconhecido que o impacto da doença e do tratamento na qualidade de vida (QV) - e suas consequências - devem ser levados em consideração durante a avaliação do estado de saúde e dos resultados do tratamento (GERRITSEN *et al.*, 2010). Somente indicadores clínicos não são suficientes para descrever o estado de saúde. Há relato de que pessoas com doenças crônicas podem perceber melhor sua QV do que indivíduos saudáveis (DECKER *et al.*, 1989; SPRANGERS *et al.*, 1982). Isso também está relacionado com as doenças bucais e suas consequências para a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) (GERRITSEN *et al.*, 2010).

Nesse contexto, pesquisas epidemiológicas têm utilizado, além de medidas clínicas, medidas relacionadas à autopercepção dos indivíduos sobre sua saúde e sobre o impacto que os agravos bucais causam no seu cotidiano. Isso se deve ao objetivo de estimar o impacto dos agravos bucais na QV das pessoas (ADULYANON *et al.*, 1996). Foram desenvolvidos modelos específicos de QVRSB e medidas para avaliar o impacto da doença bucal na QVRSB (ALLEN, 2003). Entre eles encontra-se o *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) (ADULYANON *et al.*, 1996) ou Impactos

Odontológicos no Desempenho Diário (IODD) (SHEIHAM; TSAKOS, 2008). Este índice está fundamentado num protocolo teórico adaptado para a Odontologia, baseado no modelo de classificação de comprometimento, deficiência e incapacidade da Organização Mundial de Saúde (OMS) (LOCKER, 1988).

A QVRSB é o resultado de uma interação entre condições de saúde bucal, fatores sociais, contextuais (LOCKER *et al.*, 2005) e todos os sistemas do corpo (ATCHISON *et al.*, 2006). A funcionalidade é uma interação dinâmica entre a condição de saúde de uma pessoa, os fatores ambientais e os fatores pessoais” (CIF, 2004). Os conceitos apresentados na Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade (CIF, 2004) introduzem uma nova ideia de que para se trabalhar com as definições de deficiência e incapacidade deve-se considerar não só a relação destes com as implicações nos processos de saúde-doença, mas também com os contextos do meio ambiente (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A avaliação da funcionalidade bucal vai ao encontro à nova definição de saúde bucal proposta pela Federação Dentária Internacional (FDI), baseada no relatório da comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde (OMS, 2016). De acordo com o conceito, a saúde bucal inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial (GLICK *et al.*, 2016). É multifacetada, componente fundamental da saúde e do bem-estar físico e mental e é influenciada pelos valores, percepções, expectativas e atitudes das pessoas e das comunidades (GLICK *et al.*, 2016). Reflete os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos que são essenciais para a QV (GLICK *et al.*, 2016).

A condição que garante a realização de todas as funções bucais, mesmo quando o arco dental não está completo é denominada Dentição Funcional (DF). Diferentes definições de DF têm sido discutidas na literatura (CHALUB; FERREIRA e VARGAS, 2016^a, NGUYEN *et al.*, 2011). Além disso, não apenas o número, mas também a localização e distribuição de dentes perdidos afetam a gravidade do impacto da QVRSB (BATISTA *et al.*, 2014; GERRITSEN *et al.*, 2010; TAN *et al.*, 2016).

A utilização exclusiva de indicadores clínicos na definição da saúde bucal da população e avaliação dos serviços de saúde superdimensiona as necessidades normativas e não contempla as dimensões sociais das condições de saúde bucal (SILVA; CASTELLANOS FERNANDES, 2001; SILVA *et al.*, 2006). A autopercepção

da saúde bucal é uma medida subjetiva que apresenta aspectos multidimensionais, associados às condições físicas e subjetivas relacionadas à boca. Essa autopercepção pode refletir aspectos sociais e culturais da vida de cada indivíduo (MACHADO *et al.*, 2013), podendo interferir em comportamentos de saúde bucal (BENYAMINI *et al.*, 2004) e prever a busca por tratamento, inclusive o de prótese dentária. A escolha pelo tratamento reabilitador com prótese dentária total (PT) pode ser decorrente da demanda pessoal, econômica ou da autopercepção da necessidade de uso de prótese, seja para restabelecer a estética, função ou alcançar o bem-estar no cotidiano (ELLIS *et al.*, 2007). Dessa forma, essa medida subjetiva pode complementar a avaliação do paciente associada às medidas normativas (LOCKER; SLADE 1994).

Dados do SB Brasil 2010, último levantamento epidemiológico em saúde bucal com abrangência nacional, mostraram que 44,7% dos adultos apresentaram o componente Perdido do índice CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Restaurados) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). No Brasil, 50,6% dos adultos necessitavam de usar prótese dentária superior e 66,9% prótese inferior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Nessa perspectiva, indivíduos cujas dentições contemplem alguns ou todos os critérios da classificação do sistema funcional das dentições poderiam diferir em relação à autopercepção da necessidade de prótese total. Diante disso, têm-se a possibilidade de identificar a partir de qual dos critérios as pessoas percebem a necessidade de substituir os dentes naturais por PT, e assim indicar qual perda de função é decisiva na avaliação subjetiva individual. Portanto, objetivou-se avaliar a associação direta, e mediada pela presença de impactos bucais, entre configurações dentárias reduzidas e autopercepção da necessidade de prótese dentária total (PT), entre adultos dentados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O referencial teórico que embasa este estudo é apresentado por meio da revisão de literatura de seus temas centrais: variáveis clínicas (configurações dentárias reduzidas) e variáveis centradas no paciente.

2.1 Variáveis clínicas

A necessidade normativa (clínica) é aquela determinada pelos profissionais e é baseada em um padrão preestabelecido (BRADSHOW, 1972). A definição de DF baseia-se em achados de que não há necessidade de substituição protética em todas as situações de perda de dentes (ANTUNES *et al.*, 2016; ARMELLINI *et al.*, 2008).

Nessa perspectiva, surgiu o termo Arco Dental Encurtado (ADE), que pressupõe uma dentição reduzida, com a preservação dos dentes anteriores e pré-molares (KÄYSER, 1981). Essa configuração dentária mostrou um nível aceitável de saúde bucal, com estabilidade oclusal por um período considerável (ARMELLINI; VAN FRAUNHOFER, 2004; KÄYSER, 1981). Simultaneamente, uma estratégia de “retenção de 20 dentes naturais funcionais ao longo da vida sem recorrer ao uso de uma prótese” foi adotada pela OMS como parte de suas metas de tratamento em saúde bucal (KÄYSER *et al.*, 1989; WHO, 1982). Contudo, este conceito quantitativo apresenta limitações, visto que cada grupo de dentes desempenha um papel funcional diferente (NGUYEN *et al.*, 2011^a). Em 2003, o documento “*Global goals for oral health 2020*” apresentou como meta o aumento de indivíduos com DF para 21 ou mais dentes (HOBDELL *et al.*, 2003).

Uma revisão sistemática relacionou o estado dentário com as funções bucais e, do mesmo modo, concluiu que a funcionalidade não está associada apenas com o mínimo de 20 dentes, mas também com 9-10 pares de dentes opostos com a inclusão da região anterior (GOTFREDSEN; WALLS, 2007). Dessa maneira, a literatura tem evidenciado que para garantir funções bucais satisfatórias é necessário que os 20 dentes estejam bem distribuídos (ELIAS & SHEIHAM, 1998; HELKIMO; CARLSSON e HELKIMO 1978; SARITA *et al.*, 2003). Apesar de ser um conceito abstrato, uma vez que definir quão bem distribuídos os dentes se encontram incorpora certa subjetividade ao conceito, o critério definido para garantir a funcionalidade foi a

presença de 10 dentes em cada arco (ELIAS; SHEIHAM, 1998). Diferente da definição preconizada pela OMS, este é um conceito que tenta qualificar um pouco mais a definição quantitativa da OMS e implica numa distribuição harmônica dos dentes nos arcos dentários (GORDON; MURRAY e TODD, 1994).

Nesse sentido, com o intuito de utilizar critérios como estética e oclusão para estabelecer uma definição de DF mais ampla, estudos recentes sugerem novos sistemas de classificação das dentições (BATISTA *et al.*, 2014; DAMYANOV *et al.*, 2013; NGUYEN *et al.*, 2011^a; ZHANG *et al.*, 2012). Um sistema de classificação de DF foi desenvolvido baseado nas diferentes funções dentárias (oclusão e estética) e em algumas condições para a garantia de uma função bucal adequada como o número de dentes naturais, o tipo de dente presente e o número de pares de oclusão posterior (POP) (NGUYEN *et al.* 2011^a). As dentições foram classificadas em cinco níveis sequenciais e hierarquizados e os critérios foram baseados em condições que refletem a funcionalidade (QUADRO 1).

Quadro 1 - Sistema de Classificação de Nguyen *et al.* 2011 (níveis I ao V) e adaptado por Chalub *et al.* 2016 (nível VI)

| Nível | Sim | Não |
|---|---|--|
| I: Dentição | ≥ 1 dente presente em cada arco | Arco edêntulo |
| II: Arco | ≥10 dentes presentes em ambos mandíbula e maxila | <10 dentes presentes em cada arco |
| III: Da região Anterior | Todos os 12 dentes anteriores presentes | < 12 dentes anteriores presentes |
| IV: Dos Pré-molares | 3 ou 4 pares de oclusão de pré-molar | ≤2 pares de oclusão de pré-molar |
| V: Dos Molares | ≥1 POP de molar bilateral | Nenhum POP de molar tanto no lado direito quanto esquerdo da dentição |
| VI: Estado Periodontal (Nguyen <i>et al.</i> , adaptado por Chalub <i>et al.</i> *) | Índice Periodontal Comunitário (CPI) ≤ 3 e Perda de Inserção Periodontal (PIP) ≤ 1 (todos os sextantes) | ≥ 1 sextante com CPI=4 ou sextante excluído e PIP≥2 ou sextante excluído |

Fonte: NGUYEN *et al.*, 2011, p.32 Nota: Modificado pela autora

*este nível foi revisado, tendo em vista o conceito de Doença Periodontal definida pelos parâmetros clínicos: profundidade de sondagem e perda de inserção.

O nível I (nível da dentição) separa os indivíduos que são edêntulos na mandíbula e/ou maxila. O nível II (nível da arcada) é baseado no conceito dos “20 dentes bem distribuídos” (ELIAS; SHEIHAM, 1998; HELKIMO; CARLSSON e HELKIMO, 1978; SARITA *et al.*, 2003) e na suposição de que para manter uma função bucal adequada, a distribuição de pelo menos 10 dentes em cada arco é requerida para permitir nove a 10 pares de dentes antagonistas (ELIAS; SHEIHAM, 1998). O

nível III (nível da região anterior) baseou-se na hipótese de que uma região anterior completa deve estar presente para garantir estética e bem-estar psicofuncional (NGUYEN *et al.*, 2011^a) e, há forte associação entre a presença desses dentes e a satisfação com a estética dental (DAMYANOV *et al.*, 2013), assim como pela importância para mastigar alimentos como maçãs (NGUYEN *et al.*, 2011^b; ZHANG *et al.*, 2013^a) e cenouras (ZHANG *et al.*, 2013^a). Os níveis IV (nível dos pré-molares) e V (nível dos molares) basearam-se no reconhecimento da oclusão como uma importante função bucal. Isso também foi verificado em estudos que evidenciaram que apresentar as regiões de pré-molares e molares com suporte oclusal suficiente diminui a chance de problemas mastigatórios com alimentos fibrosos e pastosos (NGUYEN *et al.*, 2011^b; ZHANG *et al.*, 2013^a). Além disso, suporte oclusal posterior está associado com a satisfação com a dentição em geral, com a estética dental e com a função mastigatória, independentemente da distribuição uniforme de 10 dentes em cada arco, da região anterior completa e de reposição protética (NGUYEN *et al.*, 2011^b). O cumprimento dos critérios de funcionalidade neste sistema (região anterior completa e regiões de pré-molares e molares suficientes) tem um impacto positivo na mastigação (NGUYEN *et al.*, 2011^b; ZHANG *et al.*, 2013^a) e leva a uma maior satisfação com a dentição (DAMYANOV *et al.*, 2013) e melhor QVRSB (ZHANG *et al.*, 2013^b).

Mais recentemente o sistema funcional de classificação das dentições foi adaptado e houve a inclusão da condição periodontal (CHALUB; FERREIRA e VARGAS, 2016^a), tendo sido empregado em alguns estudos de avaliação das configurações dentárias reduzidas (BONFIM *et al.*, 2018; CHALUB *et al.*, 2016^b; CHALUB; FERREIRA e VARGAS, 2017; FERREIRA *et al.*, 2019). A adição deste nível baseou-se no conhecimento de que há um impacto desfavorável na função mastigatória quando ocorre comprometimento do tecido periodontal, pois, muitas vezes, observam-se redução do osso alveolar, maior mobilidade e migração dentária, o que pode prejudicar o equilíbrio oclusal (ALKAN *et al.*, 2006). Essas consequências podem gerar desconforto, alterar a oclusão, a estética e prejudicar a QV dos pacientes (BONFIM *et al.*, 2018; CHALUB; FERREIRA e VARGAS, 2017).

Em suma, a perda dentária contribui essencialmente para o comprometimento da função mastigatória, portanto, pessoas desdentadas sofrem de uma deficiência bucal significativa que precisam ser minimizadas através de intervenções odontológicas (HAMDAN *et al.*, 2013). Vários estudos descreveram a relação entre a

capacidade de mastigação e o número de POP, mas embora esta tenha sido reconhecida como uma variável-chave, apenas resultados ambíguos foram encontrados quanto ao número exato e localização de POP necessários para capacidade de mastigação satisfatória (ARMELLINI *et al.*, 2008; CARLSSON *et al.*, 2009; MORITA *et al.*, 2003; UENO *et al.*, 2008; UENO *et al.*, 2010; ZHANG, *et al.*, 2007). O que se observa é que o impacto do comprimento do arco sobre as habilidades bucais é proporcional ao número de unidades oclusais ausentes (BABA *et al.*, 2008^a; BABA *et al.*, 2008^b).

Para que o equilíbrio oclusal seja alcançado é necessário que os componentes do sistema mastigatório – dentes, osso alveolar, articulação temporomandibular, músculos e ligamentos – estejam saudáveis para que possam suportar o estresse funcional (ALKAN *et al.*, 2006). O equilíbrio oclusal falha na presença de periodontite, quando há redução do nível ósseo, mobilidade e migração dentária. Essa condição além de resultar em sobrecarga oclusal pode causar alterações nas habilidades de mordida (ALKAN *et al.*, 2006). O tecido periodontal reduzido afeta negativamente a habilidade de mordida, porém estudos adicionais são necessários utilizando populações maiores e comparando a gravidade da doença periodontal com os efeitos na habilidade de mordida (ALKAN *et al.*, 2006). Todas essas variáveis clínicas devem ser avaliadas com o objetivo de identificar prejuízos nas funções bucais de acordo com as configurações dentárias estabelecidas.

2.2 Variáveis centradas no paciente

Através dos questionários ou entrevistas é possível conhecer a percepção dos indivíduos (medidas centradas no paciente) (BRADSHOW 1972). Desde os anos 60 houve o uso crescente dos termos "qualidade de vida relacionada à saúde (HRQoL)" e "QV" em relação aos resultados das condições de saúde e terapias propostas para essas condições (GILL *et al.*, 1994). Isso surgiu do crescente reconhecimento de que medidas clínicas tradicionais de saúde precisam ser complementadas por dados obtidos de pacientes e/ou pessoas em relação a suas experiências, objetivos, expectativas e preocupações (FITZPATRICK *et al.*, 1998).

Há uma multiplicidade de termos utilizados na literatura sobre saúde e fenômenos associados (FITZPATRICK *et al.*, 1998). Os conceitos de saúde e QV são alusivos, abstratos e difíceis de definir. Referem-se a eventos multidimensionais,

complexos, não bem demarcados e de caráter predominantemente subjetivo. Estão em constante evolução e podem variar de acordo com os contextos sociais, culturais, políticos e práticos nos quais os conceitos estão sendo operacionalizados e medidos. Ou seja, as definições de saúde e QV envolvem necessariamente julgamentos pessoais e sociais sobre o que é normal ou que vale a pena e estão fortemente imbuídos de valores (PATRICK; ERICKSON, 1993). Há alguns conceitos na literatura como: "a QV está relacionada com o grau em que uma pessoa desfruta das importantes possibilidades da vida" (RAPHAEL *et al.*, 1994) e em algumas definições e medidas, os dois são considerados sinônimos (LOCKER, 1997).

Desde os anos 70, a abordagem tradicional exemplificada pelo modelo médico vem sendo cada vez mais desafiada pelo modelo socioambiental de saúde. Neste modelo, a saúde é definida em termos de ótimo funcionamento e bem-estar social e psicológico e não em termos da ausência de doença (LERNER; LEVINE, 1994). Assim, passou-se de uma preocupação com a doença para uma preocupação com a saúde; da cura da doença à prevenção e promoção da saúde, e da ênfase nos serviços de saúde à ênfase nos ambientes físico e social em que vivemos como determinantes principais do estado de saúde (LOCKER, 1997).

Na Odontologia, as medidas que se baseiam na perspectiva do paciente foram originalmente referidas como indicadores sócio odontológicos ou medidas de estado de saúde bucal, saúde bucal subjetiva ou impactos sociais das doenças bucais. Posteriormente, esses termos foram substituídos pelo termo QVRSB (LOCKER; ALLEN, 2007). Diante disso, as medidas clínicas da saúde bucal, as percepções das condições de saúde bucal e geral, bem como as funções físicas, sociais e psicológicas relatadas pelo indivíduo são potencialmente correlacionadas, e, em conjunto, incluem a QVRSB (GIFT; ACHISON, 1995). A QVRSB retrata a percepção do indivíduo sobre sua saúde bucal, bem-estar funcional e emocional, assim como, suas expectativas e satisfações diante de tratamentos odontológicos (WHO, 1997). Apesar de seu surgimento relativamente recente nas últimas décadas, a QVRSB tem importantes implicações para a prática clínica e para a pesquisa odontológica (SISCHO; BRODER, 2011). A QVRSB é parte integrante da saúde geral e bem-estar (BENYAMINI *et al.*, 2004) e é reconhecida pela OMS como um segmento importante do Programa Global de Saúde Bucal (OMS, 2003). Dessa maneira, a busca pela melhoria da QV pela maior parte das pessoas reflete o fato de que, além da tentativa de prolongar a vida e torná-la isenta de doenças, há o objetivo de melhorá-la (GUYATT; COOK, 1994). As

questões abordadas pelos termos QV e HRQoL são determinantes importantes da procura de cuidados, adesão aos regimes de tratamento e satisfação com os cuidados recebidos (LEPLEGE; HUNT, 1997).

O conceito de QV está intimamente relacionado ao de autopercepção que, em saúde, pode ser entendida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Baseia-se nas informações e nos conhecimentos de saúde e doença, modificados pela experiência, normas sociais e culturais de cada indivíduo (BOMBARDA-NUNES *et al.*, 2008; MARTINS *et al.*, 2010; VASCONCELOS *et al.*, 2012). Alguns autores afirmam que a autopercepção da saúde bucal apresenta aspectos multidimensionais, associados a condições físicas e subjetivas relacionadas à boca (SILVA; CASTELLANOS FERNANDES, 2001; SILVA *et al.*, 2006). A autopercepção da saúde bucal é diretamente influenciada por razões sociais, econômicas e psicológicas que só podem ser explicadas e compreendidas quando os pacientes são ouvidos e quando sua opinião é considerada (SILVA; CASTELLANOS FERNANDES, 2001; SILVA *et al.*, 2006). O comportamento de cada paciente é condicionado por essa percepção, pela importância dada a ela, pelos seus valores culturais e experiências no sistema de saúde.

Assim, para a compreensão dos aspectos multidimensionais da autopercepção da saúde bucal, foram criados alguns modelos que buscam entender os fatores que estão relacionados a essa percepção, bem como a inter-relação existente entre esses fatores. Há um modelo conceitual teórico (GIFT *et al.*, 1998) em que a autopercepção da saúde bucal é uma função de múltiplos fatores, incluindo características demográficas individuais (idade e cor de pele), fatores de predisposição e facilitação (escolaridade, renda, autopercepção da saúde geral e orientações recebidas), fatores da condição de saúde bucal e fatores de autopercepção da necessidade de tratamento (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

Nesse sentido, é importante compreender as associações entre as patologias da saúde bucal e o desempenho das pessoas nas atividades diárias, incluindo o possível impacto que isso tem sobre a QV (GABARDO *et al.*, 2015). A forma como os indivíduos percebem a sua condição bucal parece estar ligada a uma série de fatores relacionados às desigualdades sociais, como classe social, escolaridade e renda (COHEN-CARNEIRO *et al.*, 2011; LAMARCA *et al.*, 2012; PATTUSSI *et al.*, 2010). Estudo transversal realizado no Rio Grande do Sul com adultos mostrou que algumas características como sexo feminino, idade avançada, menores renda familiar e

escolaridade, baixa QV, baixo apoio social e tabagismo, foram associadas a maiores taxas de pior impacto na saúde bucal (GABARDO *et al.*, 2015). Da mesma forma, no Canadá, crianças de famílias de baixa renda apresentaram pior QVRSB, quando comparadas com crianças de famílias de alta renda (LOCKER, 2007).

Dessa maneira, têm crescido o reconhecimento dos problemas bucais como causadores de impacto negativo no desempenho das atividades diárias e, conseqüentemente, na QV dos indivíduos (BULGARELI *et al.*, 2018). De fato, além de dor e sofrimento, as doenças bucais e seus agravos também podem afetar o desenvolvimento psicológico e as interações sociais dos indivíduos (PERES *et al.*, 2013).

Nesse contexto, para estimar o impacto dos agravos bucais na QV das pessoas, medidas relacionadas à autopercepção dos indivíduos sobre sua saúde e sobre o impacto que os agravos bucais causam no seu cotidiano têm sido utilizadas em pesquisas epidemiológicas (ADULYANON *et al.*, 1996). Pesquisadores postularam como a saúde bucal está relacionada à QVRSB (GIFT; ATCHISON, 1995) e buscaram entender as inter-relações entre variáveis clínicas tradicionais (como diagnóstico), dados de exames clínicos e pessoais (experiência de saúde auto relatada). A avaliação subjetiva da QVRSB “reflete o conforto das pessoas ao comer, dormir, interagir socialmente, sua autoestima e sua satisfação com relação à saúde bucal” (DHHS, 2000). Alguns modelos que buscam explicar as dimensões da QVRSB foram elaborados (FIGURA 1).

Figura 1 - Dimensões que compreendem a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)



* Exclui grupos de não pacientes

Fonte: L. Sischo, H.L. Broder., 2011

Além dos modelos, também foram criados índices para avaliar os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais, como o IODD (VALE *et al.*, 2013). Esse índice é um indicador sócio dental que avalia a frequência e a severidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos, por meio de nove questionamentos e fornece um escore de impacto individual (GOMES; ABEGG, 2007). Assim sendo dada à relevância de determinar a repercussão multidimensional dos impactos das alterações presentes na cavidade bucal na QV dos indivíduos, foram desenvolvidos alguns instrumentos para mensurar a QVRSB (LOCKER; ALLEN, 2007). Os instrumentos buscam medir explícita e sistematicamente algumas dimensões como a dimensão social e a psicológica da saúde bucal (LOCKER, 1988).

Atualmente, são utilizados muitos instrumentos de avaliação da QVRSB, como, por exemplo, o DIDL (*Dental Impacts on Daily Living*) (LEAO; SHEIHAM, 1996), OHIP (*Oral Health Impact Profile*) (SLADE; SPENCER, 1994), e sua versão abreviada OHIP-14 (SLADE, 1997) e OIDP (*Oral Impacts on Daily Performances*) (ADULYANON; VOUPAPUKJARU; SHEIHAM, 1996).

O IODD tem o objetivo de ser um índice alternativo de medida socio-odontológica, sendo um dos únicos a estimar necessidades de saúde bucal (SHEIHAM; TSAKOS, 2008). É um instrumento breve e fácil de utilizar, que abrange a maioria dos impactos bucais em relação às atividades diárias (comer, falar, dormir,

manter o estado emocional normal e encontrar pessoas), e proporciona um escore final que incorpora medidas tanto de frequências quanto de gravidade dos efeitos que aqueles impactos tiveram sobre a vida diária de um indivíduo. Na versão para adultos são incluídos normalmente nove itens (performances físicas, psicológicas e sociais), que contemplam desempenhos-chave que podem ser afetados por problemas com a saúde bucal (SHEIHAM; TSAKOS, 2008).

Com o auxílio desses instrumentos, a avaliação da satisfação e da capacidade funcional deve ser um procedimento sistemático implementado em estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal, para determinar o impacto exato da patologia bucal sobre o bem funcional dos indivíduos (MONTERO *et al.*, 2009). A avaliação da QVRSB permite uma mudança dos critérios médicos/odontológicos tradicionais para avaliação e cuidados que enfocam a experiência social e emocional da pessoa e o funcionamento físico, na definição de metas e resultados de tratamento apropriados (CHRISTIE *et al.*, 1993).

A avaliação subjetiva dos pacientes sobre o processo de tomada de decisão em saúde está mudando a dinâmica da prática clínica e o monitoramento e pesquisa sobre resultados de saúde (INGLEHART; BAGRAMIAN, 2002). A pesquisa médica e odontológica sobre a HRQoL desenvolveu devido a: (i) o papel mais ativo do paciente como membro da equipe de tratamento; (ii) a necessidade de abordagens baseadas em evidências nas práticas de saúde; e (iii) o fato de que muitos tratamentos para doenças crônicas não conseguem "curar" a condição de saúde, elevando, assim, a importância da HRQoL como variável valiosa de resultados de saúde (NAJMAN; LEVINE, 1981). Ademais, a QVRSB é importante devido às suas implicações para disparidades de saúde bucal e acesso a cuidados. As disparidades socioeconômicas e raciais/étnicas de saúde bucal constituem um grande problema social (PETERSEN *et al.*, 2005).

Assim, conhecer a percepção e o comportamento do indivíduo em relação à sua saúde bucal, bem como a influência e o impacto da saúde bucal sobre suas atividades diárias, oferece dados subjetivos, além dos mensuráveis e quantitativos. Dessa forma, pode ser de alto valor para o planejamento, para a definição e a organização dos serviços e programas de atenção em saúde bucal (BULGARELI *et al.*, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Avaliar a associação entre a autopercepção da necessidade de uso de prótese total (PT) e configurações dentárias reduzidas, em adultos (35-44 anos) brasileiros dentados.

3.2 Objetivos específicos

- Avaliar a associação, mediada pelos impactos bucais, entre a autopercepção da necessidade de uso de prótese total (PT) e configurações dentárias reduzidas.

- Avaliar a associação direta entre configurações dentárias reduzidas e os impactos bucais.

- Avaliar a associação direta entre características demográficas e condições socioeconômicas com os impactos bucais e a autopercepção da necessidade de uso de prótese total (PT).

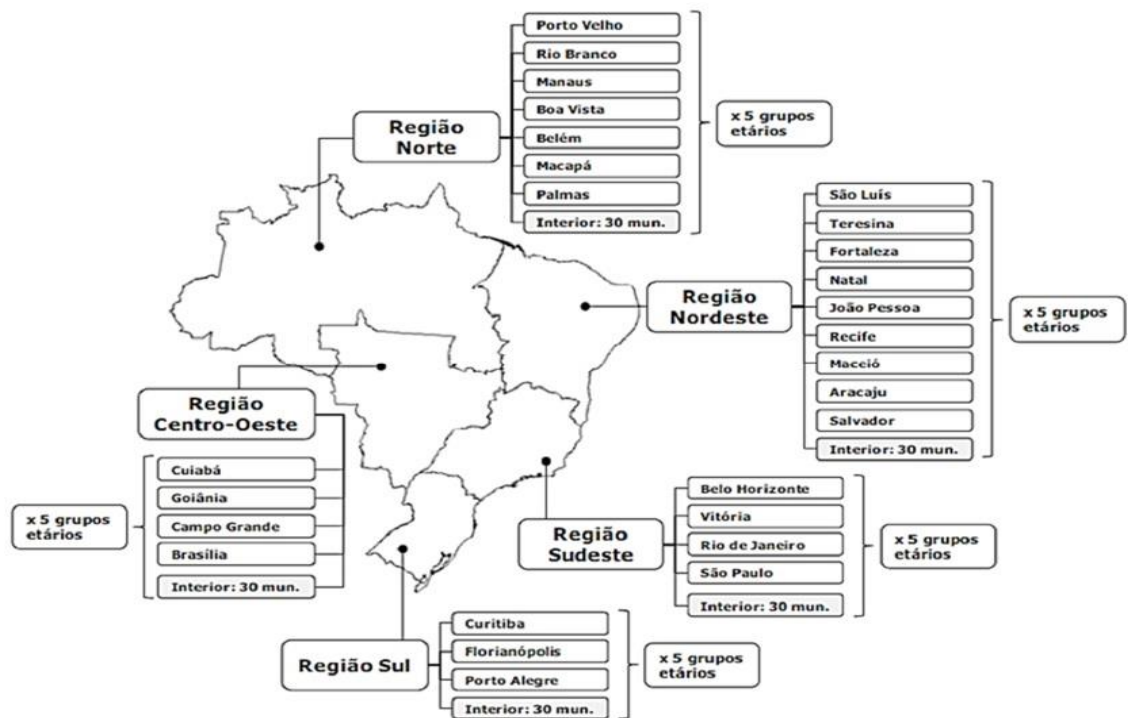
4 METODOLOGIA

Os dados obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil), realizada pelo Ministério da Saúde, em 2010, foram utilizados no presente estudo, para avaliar a autopercepção da necessidade de prótese total e configurações dentárias reduzidas.

4.1 Amostra

A amostra foi composta por adultos brasileiros de 35 a 44 anos participantes do Projeto SB Brasil 2010. O plano amostral do projeto constou de domínios relativos às capitais e municípios do interior. Cada capital das Unidades da Federação, que se constituem nos Estados e no Distrito Federal, compôs um domínio e cada região do país outro, este último representativo dos municípios do interior. Desse modo, têm-se 27 domínios de capital mais 5 domínios de interior, um para cada região, num total de 32 (FIGURA 2).

Figura 2 - Esquema do processo amostral de composição da amostra do SB Brasil 2010



Fonte: Ministério da Saúde, 2009, p. 16.

O método adotado para sorteio das amostras seguiu o modelo geral de amostragem por conglomerados, em múltiplos estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho. No primeiro estágio, sortearam-se 30 setores censitários para cada capital e 30 municípios para o interior de cada região, os quais constituíram as unidades primárias de amostragem (UPA). No segundo estágio foram sorteados domicílios na amostra de setores censitários de cada capital e dois setores censitários nos municípios que compunham a amostra do interior. Cada região geográfica contou com 30 setores para cada capital e 60 para a amostra de municípios do interior. No terceiro estágio, efetuado apenas para as amostras do interior, apanharam-se aleatoriamente domicílios em cada setor sorteado no estágio anterior. Nas amostras de domicílios em cada grupo etário, todos os elementos considerados elegíveis foram entrevistados e examinados. Portanto, a probabilidade de um indivíduo ser sorteado foi igual à probabilidade de sorteio do domicílio no qual ele reside (SILVA; RONCALLI, 2013).

4.1.1 Tamanho da amostra

Para o grupo etário de 35 a 44 anos, calculou-se o tamanho (n) da amostra final pela expressão $n = [(sx \cdot 1,96)/m]^2$, onde 1,96 é o fator da distribuição normal correspondente ao intervalo de 95% de confiança estimado para a média dos dentes cariados, perdidos e restaurados (CPO-D) em cada domínio; (m) é a margem tolerada para o erro inerente ao processo de amostragem aleatória simples; e (sx) estima o desvio padrão usando dados da amostra do inquérito realizado em 2003 (OMS, 2005). Os resultados iniciais foram corrigidos para compensar o efeito de taxas de respostas em torno de 80% e o efeito de desenho (deff) igual a 2 (SILVA; RONCALLI, 2013).

4.1.2 Pesos amostrais

Os pesos amostrais foram calculados pelo inverso das expressões de probabilidade (f)-1 e adicionados aos arquivos de indivíduos examinados. Isso significou atribuir as informações de cada elemento incluído na amostra aos não incluídos em uma mesma UPA. Esse mecanismo pode atenuar o eventual vício decorrente da desproporcionalidade dos números observados de entrevistas entre as UPA. Em termos teóricos, significa afirmar que o plano de amostragem se afastou do princípio de auto ponderação, segundo o qual as probabilidades de inclusão dos

indivíduos nas amostras de todos os domínios, em cada grupo demográfico, seriam iguais e poderiam ser expressas por $(f = n/N)$. Os pesos (w) foram calculados para cada UPA, incluindo termos de probabilidade de sorteio em cada estágio. Operacionalmente, os resultados obtidos para uma UPA foram atribuídos a todos os indivíduos incluídos e o arquivo final de dados continha esse peso para cada registro individual que o compõe (SILVA; RONCALLI, 2013). Esse arquivo foi obtido junto ao Ministério da Saúde para realização das análises desse estudo.

4.1.3 Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos no estudo adultos na faixa etária de 35-44 anos, dentados que não faziam uso de nenhum tipo de prótese dentária.

4.2 Treinamento e preparação de equipes

As equipes de campo formadas por um examinador e um anotador foram treinadas em oficinas de trabalho com duração de 32 horas. Os objetivos dessas oficinas foram discutir a operacionalização das etapas do trabalho, compreender as atribuições de cada participante e assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos. Em cada oficina de treinamento participaram até 10 equipes ao mesmo tempo. As capitais contaram com 10 equipes de campo e os municípios do interior com duas a seis equipes, dependendo do porte populacional. A calibração envolveu pelo menos oito períodos de quatro horas de trabalho, contemplando os aspectos teóricos e práticos dos índices a serem utilizados. Os procedimentos de calibração foram planejados de modo a simular as condições que os examinadores encontrariam. Quanto à técnica de calibração, adotou-se a do consenso. A estatística *kappa* foi utilizada para testar a concordância entre cada examinador e os resultados obtidos pelo consenso da equipe, tendo como limite mínimo aceitável o valor de 0,65 (RONCALLI; SILVA, 2012). A técnica de treinamento e calibração detalhada encontra-se disponível no Manual de Calibração de Examinadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2009).

4.3 Coleta de dados

Os exames clínicos foram realizados conforme orientações da OMS para levantamentos epidemiológicos em saúde bucal (OMS, 1997). A coleta de dados envolveu exames bucais para determinar a prevalência e gravidade das principais condições de saúde bucal e a aplicação de questionários sobre características demográficas, nível socioeconômico, percepções sobre saúde bucal e uso de serviços odontológicos. Os exames clínicos e as respostas às entrevistas foram registrados na ficha de exame (ANEXO A) do dispositivo eletrônico (*Personal Digital Assistant*) cedido para o SB Brasil 2010 pelo IBGE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

4.3.1 Exames bucais

Os exames bucais foram realizados seguindo as orientações do manual da OMS para estudos epidemiológicos (OMS, 1997) e utilizados o índice CPOD (QUADRO 1), o Índice Periodontal Comunitário (IPC) e a Perda de Inserção Periodontal (PIP), para determinar a condição dentária e periodontal, respectivamente. Dentre todos os dados clínicos bucais coletados, apenas o índice CPOD, o número de dentes (incluindo 3º molares), o número de POP e os códigos IPC/PIP dos sextantes foram considerados no presente estudo. O número total de dentes foi determinado pelo número de dentes presentes, excluindo os códigos 4 e 5 (ausentes) e 8 (não erupcionados) do índice CPOD. Um POP foi definido como um par de dentes posteriores antagonistas de cada lado da boca, como, por exemplo, o par formado pelos dentes 16 e 46.

4.3.2 Entrevistas

As entrevistas abordaram as características demográficas, as condições socioeconômicas, a morbidade bucal referida, a utilização dos serviços odontológicos e a autopercepção e impactos em saúde bucal. Elas foram realizadas pelo pesquisador com os moradores do domicílio, que preenchessem as características de elegibilidade do estudo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). As perguntas destinadas a coletar essas informações foram divididas em:

a) Caracterização socioeconômica da família: número de pessoas residentes no domicílio, número de cômodos do domicílio, número de bens, rendimento somado de todas as pessoas residentes no domicílio relativo ao mês anterior à entrevista;

Quadro 2 - Resumo dos códigos e critérios para avaliação da condição da coroa dentária

| (Código) Condição | Critério |
|-------------------------------|---|
| (0) Hígido | Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são considerados. Sinais que devem ser codificados como hígidos: manchas esbranquiçadas; manchas rugosas resistentes à pressão da sonda IPC; sulcos e fissuras do esmalte manchados, ausentes de sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda IPC; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou grave; lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão. Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). Em caso de dúvida, o dente é considerado hígido. |
| (1) Cariado | Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias. |
| (2) Restaurado com cárie | Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie. Coroa dental devido à cárie também está incluída. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7. |
| (3) Restaurado sem cárie | Dente extraído devido à cárie e não por outras razões. |
| (4) Perdido devido à cárie | Ausência do dente se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas. |
| (5) Perdido por outras razões | Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1. |
| (6) Apresenta selante | Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Também é utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados como 4 ou 5. |
| (7) Apoio de ponte ou coroa | Quando o dente ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc. |
| (8) Não-erupcionado | Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie. |
| (T) Trauma/fratura | Qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias graves, etc). |
| (9) Dente excluído | |

Fonte: Ministério da Saúde, 2009 (29), p. 7

Nota: modificado pela autora

b) Escolaridade, morbidade bucal referida e utilização de serviços: anos de estudo com aproveitamento, autoavaliação da necessidade de tratamento odontológico, presença e gravidade de dor de dente nos últimos seis meses, realização de consulta odontológica alguma vez na vida, frequência de realização da última consulta odontológica, tipo de serviço utilizado e motivo da última consulta odontológica, avaliação do tratamento na última consulta odontológica.

c) Autopercepção e impactos em saúde bucal: grau de satisfação com a saúde bucal, necessidade de prótese total (ou troca) e impactos em saúde bucal auto avaliados. Além destas, informações gerais sobre idade, gênero e cor ou raça também foram coletadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Dentre todas as informações coletadas, algumas foram selecionadas para compor as variáveis do presente estudo e estão descritas em detalhes nos itens 4.4 (Variável resposta), 4.5 (Avaliação da configuração dentária) e 4.6 (Covariáveis).

4.4 Variável resposta

A autopercepção da necessidade de uso de PT foi verificada pela seguinte pergunta: O sr considera que necessita usar PT (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? As possíveis respostas foram: sim, não, não sabe/não respondeu.

4.5 Avaliação da configuração dentária

Um sistema para a classificação das dentições foi empregado para a definição das configurações dentárias reduzidas. Esse sistema consiste em cinco níveis hierarquizados, baseados na funcionalidade dos dentes (estética e oclusão) (CHALUB *et al.*, 2016; NGUYEN *et al.* 2011^a). De acordo com este sistema, os adultos foram considerados com dentição funcional (DF_{ClassV}) (CHALUB *et al.*, 2016; NGUYEN *et al.*, 2011^a) quando sua configuração dentária apresentava sequencialmente todos os critérios dos cinco níveis: nível I (presença de pelo menos um dente natural na mandíbula e na maxila, ou seja, um dente em cada arco), nível II (pelo menos 10 dentes em cada arco, para permitir nove a 10 pares de dentes opostos), nível III (todos os 12 dentes anteriores presentes), nível IV (pelo menos três POP de pré-molares) e nível V (pelo menos um POP de molar bilateralmente). A configuração dentária que possui todos os critérios, dos cinco níveis, foi definida como uma dentição funcional (DF_{ClassV}).

A categoria de referência foi adotada com base no conceito de “20 dentes bem distribuídos”, com pelo menos 10 dentes em cada arco, o que garantiria uma condição mínima de funcionalidade. Adicionalmente, essa categoria é baseada somente no número de dentes, sem considerar o tipo e funções oclusais, sendo a base para comparação com as outras configurações que consideram todos ou algum dos critérios de funcionalidade definidos por NGUYEN *et al.* (2011). Assim, essa comparação pode permitir a identificação de qual ou quais critérios específicos a partir do qual observa-se uma associação com a autopercepção da necessidade de PT.

4.6 Covariáveis

As covariáveis incluídas sobre percepção da saúde bucal foram a satisfação com a boca, obtida a partir da questão: Com relação aos seus dentes/boca o Sr. está muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito. Para a análise a variável foi dicotomizada, com as três primeiras respostas agrupadas numa única categoria, assim como as duas últimas. Também foram avaliados os impactos bucais pelo IODD pelas nove performances contempladas pelo questionário: alimentar, higienizar os dentes, humor afetado, divertir, praticar atividade física, falar, sorrir sem vergonha, trabalhar e dormir. Para os modelos múltiplos ajustados referente à análise de regressão, cada item foi avaliado por uma escala binária (0: não, 1: sim), cuja soma variava de zero a nove. Condições clínicas também foram consideradas: presença de sangramento, de cálculo, de bolsa rasa (4-5 mm) e de bolsa profunda (≥ 6 mm), além de problemas bucais autorreferidos (dor de dente nos últimos 6 meses). As covariáveis de ajuste foram as características demográficas (sexo e cor da pele autodeclarada – branca, preta, parda, amarela/indígena) e condições socioeconômicas (renda familiar mensal em Reais (R\$) - Até 500; 501 a 1500; 1501 a 2500; 2501 ou mais e escolaridade - Até 4 anos de estudo; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 anos ou mais).

4.7 Análise estatística

Inicialmente foi realizada análise descritiva para caracterização da amostra e obtenção da frequência de adultos de acordo com as variáveis investigadas. A seguir foram gerados modelos de regressão logística bruta e ajustada para estimar a associação entre a configuração dentária e a autopercepção da necessidade de prótese total. As variáveis mantidas no modelo múltiplo final foram aquelas cuja associação com autopercepção da necessidade de prótese total foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ou que contribuíram com ajuste do modelo e possuem importância reconhecida pela literatura (sexo e escolaridade). Para os modelos de regressão, os impactos bucais foram avaliados por uma variável binária, presença (soma dos itens do IODD > 1) ou ausência de impacto (soma dos itens do IODD=0). O ajuste do modelo foi avaliado pela estatística de Hosmer e Lemeshow (estat gof). A partir do resultado do modelo final, um modelo de equações estruturais (SEM) foi ajustado para avaliação dos efeitos diretos e indiretos entre configuração dentária e autopercepção da necessidade de prótese total.

Modelagem de Equações Estruturais consiste em um modelo de mensuração (estabelece como os construtos latentes são mensurados) e um modelo estrutural (analisa as associações entre variáveis). Neste estudo, a variável latente (representada por um círculo) foi medida por questões do IODD. O modelo foi utilizado para estimar a magnitude e direção dos caminhos entre as variáveis. Os parâmetros foram estimados com médias ponderadas de mínimos quadrados e estimativa ajustada de variâncias (WLSMV). Estimou-se os efeitos totais, que são compostos tanto pelos efeitos diretos (um caminho direto de uma variável para outra, por exemplo, configuração dentária → autopercepção) e indiretos (um caminho mediado por outras variáveis, por exemplo, renda → autopercepção via IODD). As estimativas dos parâmetros dos efeitos diretos e indiretos e dos intervalos de confiança de 95% (IC) foram determinadas usando o método de *bootstrapping* com 1.500 iterações. Avaliou-se o ajuste do modelo usando o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), o índice de ajuste comparativo (CFI) e o índice de adequação do ajuste (GFI). Em geral, um RMSEA inferior a 0,05 indica um ajuste forte, valores entre 0,05 e 0,08 indicam um ajuste razoável e um RMSEA superior a 0,1 indica um ajuste inadequado. Um CFI e um GFI de 1.0 indicam um ajuste completo do modelo. Geralmente, um CFI e um GFI maior que 0,95 indicam um bom ajuste (HU; BENTLER 1998; 1999).

As análises foram realizadas empregando o programa Stata[®] 15.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA) e o Mplus[®] 8.3 (Muthén & Muthén, Los Angeles, California, USA), considerando-se o plano complexo de amostragem e pesos amostrais.

4.8 Implicações éticas

O Projeto SBBrasil 2010 foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sob o registro nº 15.498, em 7 de janeiro de 2010 (ANEXO B). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram apresentados no formato de um artigo intitulado: Impactos bucais mediam associação entre configuração dentária reduzida e autopercepção da necessidade de prótese total em adultos brasileiros.

5.1 Artigo

Impactos bucais mediam associação entre configuração dentária reduzida e autopercepção da necessidade de prótese total em adultos brasileiros

Autopercepção da necessidade protética entre adultos brasileiros

Fernanda Lamounier Campos¹

Ichiro Kawachi²

Gabriela Aparecida Caldeira Rhodes¹

Aline Araújo Sampaio³

Loliza Luiz Figueiredo Houry Chalub¹

Raquel Conceição Ferreira¹

¹Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

²Harvard T.H. Chan School of Public Health, Harvard University, Boston, Massachusetts, EUA

³Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

RESUMO

Avaliou-se a associação direta, e mediada pela presença de impactos bucais, entre configurações dentárias reduzidas e autopercepção da necessidade de uso de prótese total (PT), em adultos (35-44 anos) brasileiros dentados. Dados foram obtidos da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (2010), que utilizou amostragem por conglomerado, em múltiplos estágios de sorteio, com probabilidade proporcional ao porte populacional. Autopercepção da necessidade de prótese foi medida pela pergunta: O sr(a) considera que necessita usar PT ou trocar a que está usando atualmente? Dentição funcional (DF) foi avaliada pelo sistema funcional de classificação das dentições hierarquizado, que considera sequencialmente a presença de 10 dentes em cada arco, de 12 dentes anteriores, de pares de oclusão posteriores (POP) em pré-molares e molares. O Impacto Odontológico nos Desempenhos Diários (IODD) avaliou a presença de impactos bucais. Associação foi investigada por modelo de regressão logística e modelo de equações estruturais. A amostra foi de 6.083 indivíduos. DF foi associada com menor autopercepção da necessidade de prótese (Efeito total [CP]=-0,294; $p<0,001$). Configurações dentárias com perda de dentes anteriores e/ou POP foram associadas com maior autopercepção da necessidade de PT (associação direta positiva). Configuração dentária sem POP de molares não apresentou associação direta com o desfecho, mas uma associação indireta via IODD ($p=0,002$). Menor autopercepção da necessidade de prótese foi observada entre aqueles cujas configurações dentárias apresentavam mais critérios de funcionalidade, sejam eles, dentes bem-distribuídos, estética e/ou oclusão.

Palavras chave: Arco dental. Satisfação do paciente. Prótese dentária. Saúde bucal. Epidemiologia

Introdução

A saúde bucal inclui a capacidade de falar, sorrir, cheirar, provar, tocar, mastigar, engolir e transmitir uma variedade de emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doença do complexo craniofacial¹. É multifacetada e reflete os atributos fisiológicos, sociais e psicológicos que são essenciais para a Qualidade de Vida (QV)¹. A saúde bucal é vista como componente fundamental da saúde e do bem-estar físico e mental e é influenciada pelos valores, percepções, expectativas e atitudes das pessoas e das comunidades². Essa visão mais holística da saúde bucal evidencia a importância da função bucal e da autopercepção do estado dentário, assim como seus impactos na QV, para avaliar a condição bucal³ e os resultados do tratamento odontológico⁴. Há uma tendência de estudos epidemiológicos incorporarem medidas centradas no paciente, buscando superar a limitação das medidas estritamente clínicas e normativas⁵ em avaliar o impacto das condições bucais na QV das pessoas⁶.

A autopercepção da saúde bucal é uma medida centrada no paciente que apresenta aspectos multidimensionais, associados a condições físicas e subjetivas relacionadas à boca^{7,8}. Uma das dimensões que podem representá-la são os impactos odontológicos nos desempenhos diários⁵. Tais impactos podem derivar de aspectos sociais e culturais da vida de cada indivíduo⁹, interferir em comportamentos de saúde bucal² e predizer a busca por tratamento, até mesmo o de prótese dentária.

Uma configuração dentária reduzida tem sido associada a maior frequência de insatisfação com a saúde bucal e de impactos nas funções bucais^{3,10}. Essa insatisfação pode levar os indivíduos a perceberem o tratamento reabilitador como uma alternativa para melhoria da estética, mastigação e fala¹¹. Porém, a presença de impactos bucais parece não ser o único fator a explicar a autopercepção da necessidade protética, já que parte da decisão pela extração de dentes e substituição por próteses é definida por questões culturais¹². Avaliar como os indivíduos percebem a necessidade de prótese total, na presença de diferentes configurações dentárias reduzidas, pode contribuir para a compreensão dos seus sentimentos em relação aos dentes.

As configurações reduzidas podem ser avaliadas em termos de funcionalidades. NGUYEN *et al.* (2011)¹³ propuseram um sistema funcional de classificação das dentições composto por cinco níveis hierárquicos sequenciais: i) pelo menos um dente em cada arco; ii) 10 dentes em cada arco; iii) presença de todos os dentes anteriores; iv) três ou quatro Pares de Oclusão Posterior (POP) de pré-molares; e v) pelo menos um POP de molar bilateral.

Indivíduos cujas dentições contemplem alguns ou todos esses critérios poderiam diferir em relação à autopercepção da necessidade de PT. Diante disso, têm-se a possibilidade de identificar a partir de qual dos critérios as pessoas percebem a necessidade de substituir os dentes naturais por PT, e assim indicar qual perda de função é decisiva na avaliação subjetiva individual. A partir do entendimento de quais perfis de dentição interferem na opção do indivíduo de manter os dentes naturais, como alternativa à extração total, critérios centrados no paciente podem ser definidos. Assim, estratégias de promoção da saúde e de oferta de tratamentos conservadores, com o objetivo de preservar os dentes naturais, podem ser desenvolvidas. Isso se daria tanto no nível individual, quanto coletivo, no estabelecimento de protocolos e metas em saúde pública.

Este estudo avaliou a associação direta, e mediada pela presença de impactos bucais, entre configurações dentárias reduzidas e autopercepção da necessidade de prótese dentária (PT), entre adultos dentados. Foi testada a hipótese de que adultos com configurações dentárias que contemplam menor número de critérios de funcionalidade, e com mais impactos bucais, percebem a necessidade de PT com mais frequência.

Metodologia

Amostra e Desenho do estudo

Os dados utilizados neste estudo transversal são oriundos da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 (SBBrasil 2010), realizada pelo Ministério da Saúde (MS) nas cinco regiões do Brasil¹⁴. A divisão geográfica do país em regiões foi determinada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e é adotada em estudos epidemiológicos de abrangência nacional. Essas regiões fizeram parte do plano amostral com as capitais dos 27 estados brasileiros, incluindo o Distrito Federal totalizando 32 domínios formados por 177 municípios (27 capitais e 30 municípios em cada região). A amostra foi obtida por meio da seleção aleatória de municípios e setores censitários e, assim é caracterizada como amostragem por conglomerados, em múltiplos estágios, com probabilidade proporcional ao tamanho populacional¹⁵. Informações detalhadas sobre o método empregado são encontradas em outras publicações^{15,16}.

Os participantes desse estudo foram os adultos de 35 a 44 anos, dentados e que não faziam uso de prótese. Edêntulos e usuários de prótese foram excluídos porque o sistema de NGUYEN *et al.* (2011)¹³ considera os dentes naturais na classificação das dentições e o objetivo

foi testar a associação em indivíduos com dentes naturais, para evitar a possível interferência da insatisfação com as próteses usadas, na autopercepção relatada.

Coleta de dados

A coleta de dados envolveu exames bucais e a aplicação de questionários sobre características demográficas, condições socioeconômicas e percepções sobre saúde bucal. As equipes de campo foram formadas por examinadores calibrados ($\kappa > 0.65$) e anotadores treinados¹⁶. Os exames bucais foram realizados seguindo as orientações do manual da OMS para estudos epidemiológicos¹⁷, utilizando o Índice de dentes Cariados, Perdidos e Restaurados (CPOD), o Índice Periodontal Comunitário (IPC) e a Perda de Inserção Periodontal (PIP), para determinar a condição dentária e periodontal, respectivamente. O número total de dentes foi determinado pelo número de dentes presentes, excluindo os códigos 4 e 5 (ausentes) e 8 (não erupcionados) do índice CPOD. Um POP foi definido como um par de dentes posteriores antagonistas de cada lado da boca, como, por exemplo, o par formado pelos dentes 16 e 46.

Variável resposta

A autopercepção da necessidade de uso de PT foi verificada pela seguinte pergunta: O sr considera que necessita usar PT (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?¹⁴ A duplicidade da pergunta sobre a troca da prótese foi eliminada com a exclusão dos usuários de próteses. As possíveis respostas foram: sim, não, não sabe/não respondeu.

Avaliação da configuração dentária

Configurações dentárias reduzidas foram classificadas com base no sistema funcional de classificação das dentições, hierarquizado em níveis, no qual os critérios aplicados foram baseados em condições que refletem a funcionalidade. Cada nível foi dicotomizado em presença/ausência do critério. As condições utilizadas foram o número de dentes naturais, os tipos de dentes presentes e o número de POP¹³. O primeiro nível na classificação (nível I) pressupõe a presença de pelo menos um dente natural na mandíbula e na maxila (ponto de corte: 1 dente em cada arco). O segundo nível (nível II) é baseado no conceito “20 dentes bem distribuídos” e a suposição de que para uma função bucal adequada é necessária a distribuição de pelo menos 10 dentes em cada arco, para permitir nove a 10 pares de dentes opostos (ponto

de corte: 10 dentes em cada arco)¹². O terceiro nível (nível III) é baseado na suposição de que uma região anterior completa deve estar presente para a estética e o bem-estar psicofuncional (ponto de corte: 12 dentes anteriores)^{11,18,19}. O nível IV descreve a região dos pré-molares, que pressupõe função bucal suficiente se três ou quatro POP de pré-molares estiverem presentes (ponto de corte: três POP de pré-molares)^{18,20}. O quinto nível (nível V) é baseado no reconhecido, mas relativamente baixo, impacto de molares^{18,20}. Portanto, a região de molares foi considerada suficiente se pelo menos um par de oclusão estivesse presente bilateralmente (ponto de corte: um POP molar bilateral). A configuração dentária que possui todos os critérios, dos cinco níveis, foi definida como uma dentição funcional (DF_{ClassV}).

Os critérios de configurações dentárias reduzidas foram baseados nos critérios de funcionalidade do sistema de NGUYEN *et al.*, 2011¹³ descritos acima. As categorias da foram descritas a seguir:

a) 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, com ou sem ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral (categoria de referência)

b) Dentição funcional (DF_{classV})

c) 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, ≥ 3 POP pré-molar, sem ≥ 1 POP molar bilateral

d) 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, sem ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral

e) Menos de 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, com ou sem ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral

f) Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral

g) Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥ 3 POP pré-molar, ≥ 1 POP molar bilateral

h) Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥ 3 POP pré-molar, sem ≥ 1 POP molar bilateral

i) Menos de um dente em cada arco

A categoria de referência foi adotada com base no conceito de “20 dentes bem distribuídos”, com pelo menos 10 dentes em cada arco, o que garantiria uma condição mínima de funcionalidade. Adicionalmente, essa categoria é baseada somente no número de dentes, sem considerar o tipo e funções oclusais, sendo a base para comparação com as outras configurações que consideram todos ou algum dos critérios de funcionalidade definidos por NGUYEN *et al.* (2011). Assim, essa comparação pode permitir a identificação de qual ou quais

critérios específicos a partir do qual observa-se uma associação com a autopercepção da necessidade de PT.

Covariáveis

As covariáveis incluídas sobre percepção da saúde bucal foram a satisfação com a boca, obtida a partir da questão: Com relação aos seus dentes/boca o Sr. está muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito¹⁴. Para a análise a variável foi dicotomizada, com as três primeiras respostas agrupadas numa única categoria, assim como as duas últimas. Também foram avaliados os impactos bucais pelo questionário Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (IODD), um dos instrumentos frequentemente utilizados para avaliar a Qualidade de Vida relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)⁵. Os itens referem-se a nove performances (alimentar, higienizar os dentes, humor afetado, divertir, praticar atividade física, falar, sorrir sem vergonha, trabalhar e dormir). Para os modelos múltiplos ajustados referente à análise de regressão, cada item foi avaliado por uma escala binária (0: não, 1: sim), cuja soma variava de zero a nove. Para as análises a variável foi dicotomizada em ausência (IODD=0) e presença (IODD \geq 1) de impacto²¹. Condições clínicas também foram consideradas: presença de sangramento, de cálculo, de bolsa rasa (4-5 mm) e de bolsa profunda (\geq 6 mm), além de problemas bucais autorreferidos (dor de dente nos últimos 6 meses). As covariáveis de ajuste foram as características demográficas (sexo e cor da pele autodeclarada – branca, preta, parda, amarela/indígena) e condições socioeconômicas (renda familiar mensal em Reais (R\$) - Até 500; 501 a 1500; 1501 a 2500; 2501 ou mais e escolaridade - Até 4 anos de estudo; 5 a 8 anos; 9 a 11 anos; 12 anos ou mais).

Análise Estatística

Inicialmente foi realizada análise descritiva para caracterizar a amostra e obter a frequência de adultos de acordo com as categorias das variáveis investigadas. A seguir, modelos de regressão logística bruta e ajustada foram empregados para estimar a associação entre a configuração dentária e a autopercepção da necessidade de prótese total. As variáveis mantidas no modelo múltiplo final foram aquelas cuja associação com a variável resposta foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) ou que contribuíram com ajuste do modelo e possuem importância reconhecida pela literatura (sexo e escolaridade). O ajuste do modelo foi avaliado pela estatística de Hosmer e Lemeshow. A partir do resultado do modelo final, um modelo de

equações estruturais (SEM) foi ajustado, para avaliação das associações diretas e indiretas entre a configuração dentária e a autopercepção da necessidade de prótese total.

Modelagem de Equações Estruturais consiste em um modelo de mensuração (estabelece como os construtos latentes são mensurados) e um modelo estrutural (analisa as associações entre variáveis). Neste estudo, a variável latente (representada por um círculo) foi obtida pelas nove questões do IODD por meio de Análise Fatorial Confirmatória. O modelo foi utilizado para estimar a magnitude e direção dos caminhos entre as variáveis. Os parâmetros foram estimados com médias ponderadas de mínimos quadrados e estimativa ajustada de variâncias (WLSMV). Estimou-se os efeitos totais, que são compostos tanto pelos efeitos diretos (um caminho direto de uma variável para outra, por exemplo, configuração dentária → autopercepção) e indiretos (um caminho mediado por outras variáveis, por exemplo, renda → autopercepção via IODD). As estimativas dos parâmetros dos efeitos diretos e indiretos e dos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) foram determinadas usando o método de *bootstrapping* com 1.500 iterações. Avaliou-se o ajuste do modelo usando o erro quadrático médio de aproximação (RMSEA), o índice de ajuste comparativo (CFI) e o índice de adequação do ajuste (GFI). Em geral, um RMSEA inferior a 0,05 indica um ajuste forte, valores entre 0,05 e 0,08 indicam um ajuste razoável e um RMSEA superior a 0,1 indica um ajuste inadequado. Um CFI e um GFI de 1.0 indicam um ajuste completo do modelo. Geralmente, um CFI e um GFI maior que 0,95 indicam um bom ajuste^{22,23}.

As análises foram realizadas empregando o programa Stata[®] 15.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA) e o Mplus[®] 8.3 (Muthén & Muthén, Los Angeles, California, USA), considerando-se o plano complexo de amostragem e pesos amostrais.

Aspectos éticos

O Projeto SBBrazil 2010 foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sob o registro nº 15.498, em 7 de janeiro de 2010.

Resultados

A amostra total era de 9547 adultos, sendo 24 edêntulos totais, que foram excluídos. Dos dentados, a maioria não fazia uso de próteses fixas, removíveis ou total (n=6083), compondo a amostra final desse estudo.

A maioria dos adultos não percebiam necessidade de prótese (72,2%). A caracterização da amostra foi apresentada na tabela 1. Os indivíduos com dentição funcional (DF_{ClassV}), insatisfeitos com os dentes/boca e que apresentavam impactos bucais compunham a maioria da amostra (58,8%; 56,8% e 53,3%, respectivamente) (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da amostra de acordo com variáveis independentes em adultos brasileiros. SBBrasil 2010. (n= 6083)

| Variável | n | % (IC 95%) |
|---|-------|------------------|
| Configuração dentária | | |
| 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores e com ou sem ≥ 3 POP pré-molar e com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral | 480 | 8,2 (6,8-9,9) |
| Dentição Funcional (DF_{Class5}) | 3.384 | 58,8 (55,5-61,9) |
| 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, ≥ 3 POP pré-molar, sem ≥ 1 POP molar bilateral | 557 | 9,1 (7,4-11,1) |
| 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, sem ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral | 915 | 15,4 (13,5-17,4) |
| Menos de 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, com ou sem ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral | 299 | 3,6 (2,8-4,7) |
| Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral | 59 | 0,1 (0,5-1,6) |
| Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥ 3 POP pré-molar, ≥ 1 POP molar bilateral | 50 | 0,5 (0,3-0,7) |
| Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥ 3 POP pré-molar, sem ≥ 1 POP molar bilateral | 284 | 3,0 (2,2-3,9) |
| Menos de um dente em cada arco | 55 | 0,6 (0,4-1,1) |
| Satisfação* | | |
| Satisfeito | 2.516 | 43,2 (39,5-47,0) |
| Insatisfeito | 3.535 | 56,8 (53,0-60,5) |
| Impacto | | |
| Ausente (IODD=0) | 3.076 | 46,7 (41,8-51,5) |
| Presente (IODD ≥ 1) | 3.007 | 53,3 (48,4-58,1) |
| Presença de sangramento | | |
| Não | 3.262 | 51,4 (47,1-55,5) |
| Sim | 2.821 | 48,6 (44,5-52,8) |
| Presença de cálculo | | |
| Não | 1.884 | 30,9 (28,1-33,8) |
| Sim | 4.199 | 69,1 (66,2-71,9) |
| Presença de bolsa rasa | | |
| Não | 4.344 | 71,2 (68,1-74,2) |
| Sim | 1.739 | 28,7 (25,8-31,9) |
| Presença de bolsa profunda | | |
| Não | 5.733 | 92,9 (90,4-94,7) |
| Sim | 350 | 7,1 (5,3-9,6) |
| Dor de dente** | | |
| Não | 4.499 | 70,9 (67,5-73,9) |
| Sim | 1.563 | 29,1 (26,0-32,4) |
| Sexo | | |
| Masculino | 2.233 | 38,9 (35,2-42,8) |
| Feminino | 3.850 | 61,1 (57,2-64,8) |
| Cor da pele | | |
| Branca | 2.626 | 49,7 (45,6-53,9) |
| Preta | 671 | 10,7 (9,04-12,6) |
| Amarela | 103 | 1,1 (0,7-1,8) |
| Parda | 2.635 | 37,5 (33,2-42,1) |
| Indígena | 48 | 0,1 (0,5-1,6) |
| Renda Familiar (R\$)*** | | |
| Até 500 | 820 | 11,8 (9,7-14,1) |
| 501 a 1500 | 2.889 | 52,2 (47,8-56,6) |
| 1501 a 2500 | 1.185 | 22,0 (19,2-25,0) |
| 2501 ou mais | 1.041 | 14,0 (11,4-17,1) |
| Escolaridade (em anos)**** | | |
| Até 4 | 916 | 17,4 (14,2-21,2) |
| 5 a 8 | 1.549 | 27,1 (24,5-29,9) |
| 9 a 11 | 1.933 | 30,9 (27,3-34,8) |
| 12 ou mais | 1.647 | 24,6 (20,0-29,7) |
| Idade (anos) | | |
| 35-39 | 3.558 | 56,7 (53,7-59,6) |
| 40-44 | 2.525 | 43,3 (40,4-46,3) |
| Total | 6.083 | 100,0 |

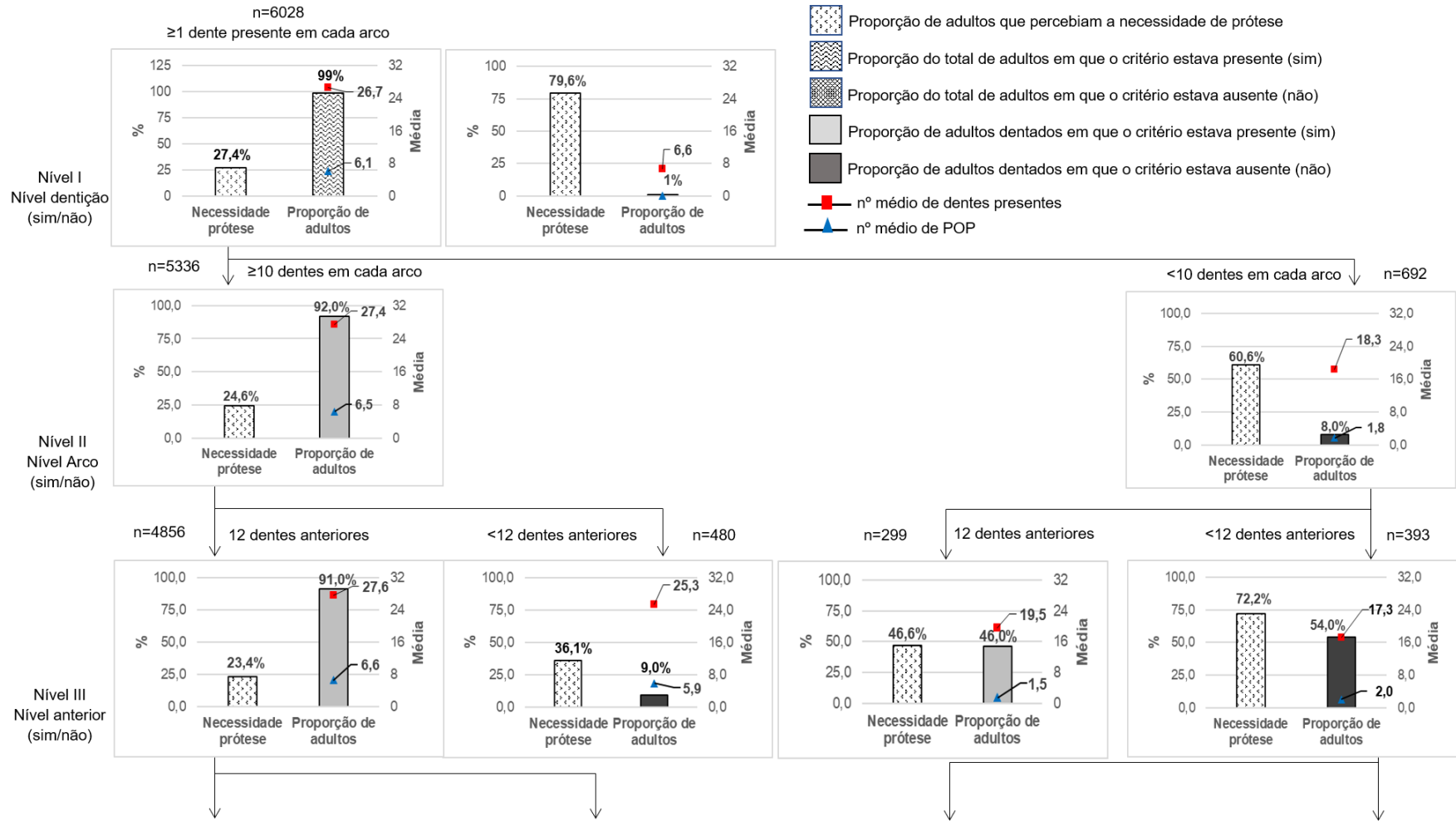
Nota: *n= 6051; **n=6062; ***n= 5935; ****n= 6045.

A Figura 1 demonstra a proporção de autopercepção da necessidade de prótese total, o número médio de dentes e POP presentes conforme os níveis do sistema funcional de classificação das dentições. Entre os adultos, 6028 (99% da amostra total) possuíam pelo menos um dente em cada arco (Nível I: nível da dentição). Na presença do critério de 10 dentes em cada arco e ausência de todos os dentes anteriores houve maior autopercepção da necessidade de prótese (36,1%). Já entre os indivíduos que possuíam o sextante anterior completo, 23,4% percebiam necessidade protética. A maior proporção de autopercepção da necessidade de prótese foi verificada entre os que não contemplaram sucessivamente os critérios do sistema funcional de classificação das dentições (lado direito da Figura 1). Indivíduos com dentição funcional apresentaram 28,9 dentes e 7,6 POP, em média. Por outro lado, adultos com configuração dentária que não contemplou os critérios do nível II ao V tinham 16 dentes e 1,2 POP, em média.

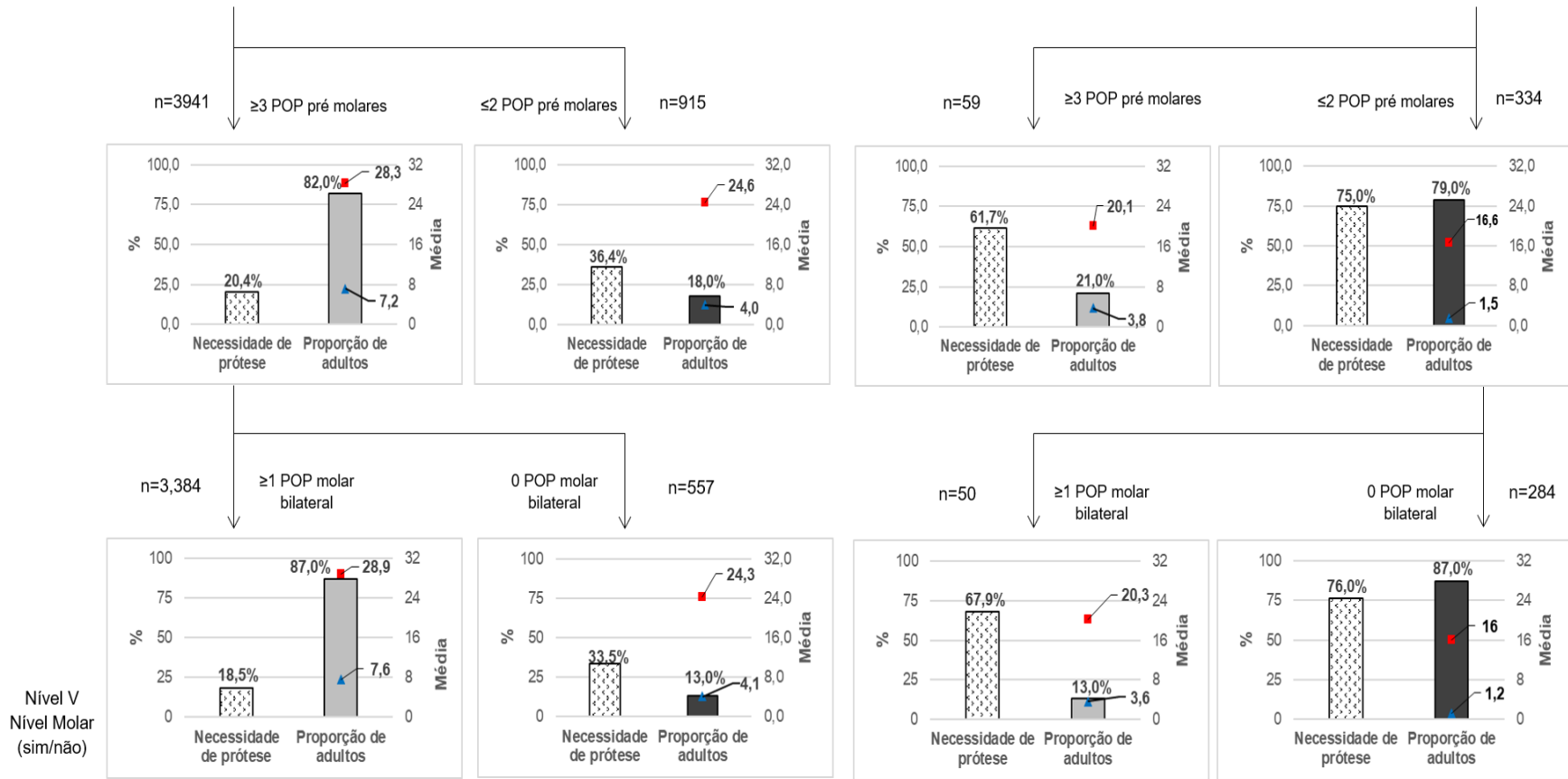
Os resultados dos modelos finais de regressão logística múltipla demonstraram associação significativa entre as configurações dentárias reduzidas e a autopercepção da necessidade de prótese total, na presença das variáveis de ajuste (sexo, cor da pele, renda, escolaridade). Maior autopercepção da necessidade de prótese foi observada entre aqueles cujas configurações dentárias não apresentavam dentes bem-distribuídos, seja na presença ou ausência de contatos oclusais posteriores (Tabela 2). Adultos com dentição funcional apresentaram uma chance 56% menor de autopercepção da necessidade de prótese (OR=0,44; IC 95%: 0,28-0,70) quando comparado àqueles com 10 dentes bem-distribuídos, menos de 12 dentes anteriores e com ou sem contato oclusal posterior satisfatório. A chance de autopercepção da necessidade de prótese entre adultos com menos de um dente em cada arco foi 6,29 vezes maior do que a observada entre aqueles que possuíam 10 dentes bem distribuídos em cada arco (OR=6,29; IC 95%: 1,55-25,52). Também foi verificada associação significativa entre os impactos odontológicos e a autopercepção da necessidade de prótese. Indivíduos com $I\text{O}D\text{D} \geq 1$ apresentaram 107% maior chance de autopercepção da necessidade de prótese, do que os sem impacto ($I\text{O}D\text{D}=0$) (OR=2,07; IC 95%: 1,51-2,85). Outros fatores associados no modelo final foram cor da pele e renda. As variáveis incluídas no modelo de equações estruturais foram: configuração dentária, impacto (IODD), cor da pele e renda.

Figura 1 - Distribuição dos indivíduos, segundo o sistema funcional de classificação das dentições, hierarquizado, dicotomizado em cinco níveis.

(Continua)



(Conclusão)



Nota: nível I - pelo menos 1 dente em cada arco; nível II - ≥10 dentes em cada arco; nível III - 12 dentes anteriores; nível IV - ≥3 POP pré molares; nível V - ≥1 POP molar bilateral
 O lado esquerdo da figura corresponde aos indivíduos que contemplaram o critério e o lado direito os que não contemplaram os critérios.

Tabela 2 – Modelo de regressão logística bruta e ajustada da autopercepção da necessidade de prótese total e variáveis associadas, em adultos brasileiros. SBBrasil 2010.

(Continua)

| Variáveis | Categorias | n* | % autopercepção necessidade prótese (sim) | Bruta | | Modelo Final | |
|---|---|-----------------------------|--|-------------------|--------|-------------------|--------|
| | | | | OR (IC 95%) | p | OR (IC 95%) | p |
| Configuração dentária | 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, com ou sem ≥3 POP pré-molar, com ou sem ≥1 POP molar bilateral | 465 | 36,1 | 1 | | 1 | |
| | Dentição funcional (DF _{class5}) | 3.275 | 18,5 | 0,40 (0,26-0,62) | <0,001 | 0,44 (0,28-0,70) | <0,001 |
| | 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, ≥3 POP pré-molar, sem ≥1 POP molar bilateral | 537 | 33,5 | 0,89 (0,53-1,51) | 0,669 | 1,03 (0,62-1,71) | 0,912 |
| | 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, sem ≥3 POP pré-molar, com ou sem ≥1 POP molar bilateral | 883 | 36,4 | 1,01 (0,59-1,75) | 0,961 | 1,05 (0,60-1,82) | 0,863 |
| | Menos de 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, com ou sem ≥3 POP pré-molar, com ou sem ≥1 POP molar bilateral | 288 | 46,6 | 1,55 (0,78-3,07) | 0,212 | 1,52 (0,75-3,09) | 0,244 |
| | Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, ≥3 POP pré-molar, com ou sem ≥1 POP molar bilateral | 57 | 61,6 | 2,85 (1,05-7,70) | 0,039 | 3,99 (1,35-11,83) | 0,013 |
| | Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥3 POP pré-molar, ≥1 POP molar bilateral | 50 | 67,9 | 3,75 (1,34-10,46) | 0,012 | 4,21 (1,34-13,19) | 0,014 |
| | Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥3 POP pré-molar, sem ≥1 POP molar bilateral | 279 | 76,1 | 5,63 (2,95-10,76) | <0,001 | 5,42 (2,80-10,47) | <0,001 |
| | Menos de um dente em cada arco | 52 | 79,6 | 6,92 (1,90-25,20) | 0,003 | 6,29 (1,55-25,52) | 0,010 |
| | Satisfação | Muito satisfeito/Satisfeito | 2.461 | 19,2 | 1 | | |
| Muito insatisfeito/Insatisfeito/Nem satisfeito nem insatisfeito | | 3.404 | 34,2 | 2,19 (1,66-2,90) | <0,001 | | |
| Impacto | Ausente (IODD=0) | 2.993 | 19,0 | 1 | | 1 | |
| | Presente (IODD≥1) | 2.893 | 35,5 | 2,34 (1,70-3,23) | <0,001 | 2,07 (1,51-2,85) | <0,001 |
| Sangramento | Não | 3.203 | 26,2 | 1 | | | |
| | Sim | 2.683 | 29,4 | 1,17 (0,83-1,64) | 0,362 | | |
| Cálculo | Não | 1.857 | 25,8 | 1 | | | |
| | Sim | 4.029 | 28,7 | 1,16 (0,87-1,53) | 0,307 | | |
| Bolsa rasa | Não | 4.216 | 25,7 | 1 | | | |
| | Sim | 1.670 | 32,8 | 1,41 (1,02-1,96) | 0,036 | | |
| Bolsa profunda | Não | 5.545 | 27,2 | 1 | | | |
| | Sim | 341 | 34,1 | 1,38 (0,71-2,69) | 0,337 | | |

Tabela 2 – Modelo de regressão logística bruta e ajustada da autopercepção da necessidade de prótese total e variáveis associadas, em adultos brasileiros. SBBrasil 2010.

(Conclusão)

| Variáveis | Categorias | n* | % | Bruta | | Modelo Final | |
|-----------------------------------|------------------|-------|--|------------------|--------|------------------|-------|
| | | | | OR (IC 95%) | p | OR (IC 95%) | p |
| | | | autopercepção necessidade prótese (sim) | | | | |
| Dor de dente | Não | 4.376 | 25,4 | 1 | | | |
| | Sim | 1.498 | 33,3 | 1,46 (1,13-1,90) | 0,004 | | |
| Sexo | Masculino | 2.164 | 26,8 | 1 | | 1 | |
| | Feminino | 3.722 | 28,4 | 1,08 (0,84-1,40) | 0,531 | 1,02 (0,77-1,35) | 0,877 |
| Cor da pele | Branca | 2.528 | 25,1 | 1 | | | |
| | Preta | 653 | 33,1 | 1,48 (1,06-2,06) | 0,021 | 1,19 (0,82-1,72) | 0,360 |
| | Parda | 2.565 | 28,8 | 1,21 (0,91-1,59) | 0,181 | 0,90 (0,66-1,24) | 0,536 |
| | Amarela/Indígena | 140 | 46,4 | 2,59 (1,38-4,87) | 0,003 | 2,14 (1,05-4,38) | 0,037 |
| Renda (em R\$) | Até 500 | 793 | 40,9 | 1 | | | |
| | 501 a 1500 | 2.784 | 29,4 | 0,60 (0,40-0,90) | 0,014 | 0,81 (0,52-1,26) | 0,350 |
| | 1501 a 2500 | 1.156 | 22,4 | 0,41 (0,26-0,67) | <0,001 | 0,68 (0,41-1,12) | 0,130 |
| | 2501 ou mais | 1.021 | 15,8 | 0,27 (0,17-0,44) | <0,001 | 0,50 (0,28-0,90) | 0,022 |
| Escolaridade (em anos) | Até 4 | 883 | 35,4 | 1 | | | |
| | 5 a 8 | 1.478 | 30,7 | 0,81 (0,55-1,19) | 0,282 | 0,94 (0,63-1,42) | 0,787 |
| | 9 a 11 | 1.876 | 28,5 | 0,73 (0,47-1,12) | 0,151 | 1,31 (0,79-2,16) | 0,291 |
| | 12 ou mais | 1.621 | 18,2 | 0,41 (0,27-0,62) | <0,001 | 0,95 (0,60-1,50) | 0,819 |

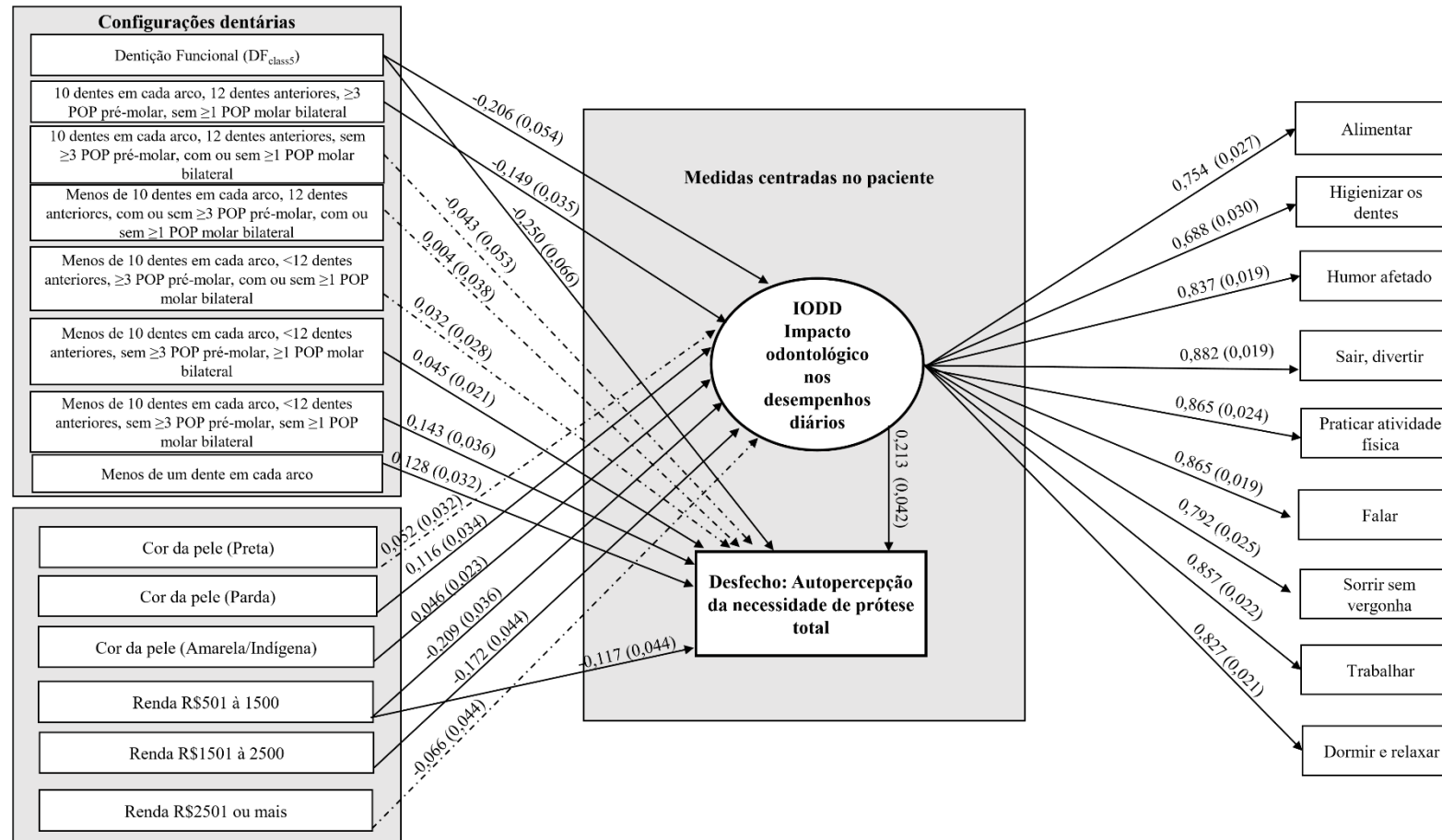
*n total igual a 5.886 devido ao *missing* da variável dependente autopercepção da necessidade de prótese total (3,2%)

Modelo final obtido a partir da sequência de ajuste: Modelo 1 – configurações dentárias reduzidas, satisfação, impacto, sangramento, cálculo, bolsa rasa, bolsa profunda, dor de dente, sexo, cor da pele, renda e escolaridade; Modelo 2 – configurações dentárias reduzidas, satisfação, impacto, sexo, cor da pele, renda e escolaridade; Modelo Final - configurações dentárias reduzidas, impacto, sexo, cor da pele, renda e escolaridade.

A presença de dentição funcional (DF_{classV}) foi associada a menor autopercepção da necessidade de prótese diretamente (Efeito direto [CP] = -0,250; $p < 0,001$) e via IODD ($p = 0,003$). Ela foi também diretamente associada com menor IODD [DF_{classV} (Efeito direto [CP] = -0,206; $p < 0,001$), assim como a categoria de configuração dentária ‘10 dentes em cada arco + 12 dentes anteriores + ≥ 3 POP pré-molar e sem POP molar’ (Efeito direto [CP] = -0,149; $p < 0,001$)]. As configurações dentárias com perda de dentes anteriores e/ou POP (com exceção da categoria ‘Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, ≥ 3 POP pré-molar, com ou sem ≥ 1 POP molar bilateral’) foram associadas com maior autopercepção da necessidade de PT (associação direta positiva). Configuração dentária sem POP de molares não apresentou associação direta com o desfecho, mas houve uma associação mediada pelo IODD ($p = 0,002$). Os coeficientes da variável latente IODD variaram de 0,688 a 0,882 e houve um efeito direto significativo ($p = 0,042$) na autopercepção. Efeitos significativos diretos, e indiretos via IODD, foram verificados entre algumas categorias de cor da pele e renda. Elas também exibiram efeitos diretos significativos sobre o IODD (Figura 2 e Tabela 3).

Figura 2: Coeficientes padronizados (erro padrão) das associações diretas entre as variáveis obtidos pelos Modelos de equações estruturais.

SBBrazil 2010.



Nota: os retângulos representam as variáveis coletadas e o círculo representa a variável latente. As setas pontilhadas correspondem às associações não-significativas.

Tabela 3: Coeficientes padronizados de efeito total e indireto obtidos pelos Modelos de equações estruturais. SBBrasil 2010.

| EFEITO TOTAL E INDIRETO | COEFICIENTE PADRONIZADO | EP | VALOR P |
|--|-------------------------|-------|---------|
| <i>Dentição Funcional (DF_{class5}) → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | -0,294 | 0,068 | <0,001 |
| Indireto (via IOOD) | -0,044 | 0,015 | 0,003 |
| <i>10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, ≥3 POP pré-molar, sem ≥1 POP molar bilateral → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | -0,063 | 0,051 | 0,215 |
| Indireto (via IOOD) | -0,032 | 0,010 | 0,002 |
| <i>10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, sem ≥3 POP pré-molar, com ou sem ≥1 POP molar bilateral → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | -0,037 | 0,054 | 0,495 |
| Indireto (via IOOD) | 0,005 | 0,010 | 0,610 |
| <i>Menos de 10 dentes em cada arco, 12 dentes anteriores, com ou sem ≥3 POP pré-molar, com ou sem ≥1 POP molar bilateral → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,002 | 0,039 | 0,958 |
| Indireto (via IOOD) | -0,002 | 0,007 | 0,821 |
| <i>Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, ≥3 POP pré-molar, com ou sem ≥1 POP molar bilateral → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,038 | 0,029 | 0,184 |
| Indireto (via IOOD) | 0,006 | 0,005 | 0,212 |
| <i>Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥3 POP pré-molar, ≥1 POP molar bilateral → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,046 | 0,020 | 0,023 |
| Indireto (via IOOD) | 0,001 | 0,003 | 0,791 |
| <i>Menos de 10 dentes em cada arco, <12 dentes anteriores, sem ≥3 POP pré-molar, sem ≥1 POP molar bilateral → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,146 | 0,038 | <0,001 |
| Indireto (via IOOD) | 0,003 | 0,006 | 0,592 |
| <i>Menos de um dente em cada arco → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,132 | 0,033 | 0,000 |
| Indireto (via IOOD) | 0,005 | 0,006 | 0,442 |
| <i>Cor da pele (Preta) → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,042 | 0,033 | 0,208 |
| Indireto (via IOOD) | 0,011 | 0,007 | 0,118 |
| <i>Cor da pele (parda) → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,003 | 0,038 | 0,946 |
| Indireto (via IOOD) | 0,025 | 0,008 | 0,004 |
| <i>Cor da pele (amarela/índigena) → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | 0,052 | 0,028 | 0,060 |
| Indireto (via IOOD) | 0,010 | 0,005 | 0,057 |
| <i>Renda R\$501 à 1500 → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | -0,162 | 0,043 | <0,001 |
| Indireto (via IOOD) | -0,045 | 0,011 | <0,001 |
| <i>Renda R\$1501 à 2500 → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | -0,116 | 0,049 | 0,019 |
| Indireto (via IOOD) | -0,037 | 0,012 | 0,001 |
| <i>Renda R\$2501 ou mais → autopercepção da necessidade de prótese</i> | | | |
| Total | -0,081 | 0,050 | 0,105 |
| Indireto (via IOOD) | -0,014 | 0,010 | 0,142 |
| Qualidade do ajuste: | | | |
| SRMR= 0,052 | | | |
| CFI= 0,974 | | | |
| TLI=0,967 | | | |

Discussão

A ausência de dentes bem-distribuídos nas arcadas dentárias mostrou associação com maior autopercepção da necessidade de prótese. Porém, na presença de todos os dentes anteriores, essa associação não foi observada. Já a associação dos POP de molares com o desfecho foi mediada pelos impactos bucais. A única configuração dentária que exibiu menor autopercepção da necessidade de prótese, em relação àquela com 10 dentes bem-distribuídos, foi a dentição funcional (DF_{classV}). Sendo assim, foi confirmada a hipótese de que adultos com configurações dentárias com menor número de critérios de funcionalidade, e com mais impactos bucais, percebem a necessidade de PT com mais frequência.

O fato de o critério de distribuição dos dentes ter sido relevante, na percepção dos indivíduos acerca da necessidade protética, é condizente com a suposição de que 20 dentes bem-distribuídos garantem uma função bucal adequada, com a presença de nove a 10 pares oclusais¹². A presença dessa condição mostrou associação com ausência de impacto global (IODD=0) e com a performance falar e sorrir sem vergonha, em estudo realizado com a mesma amostra de adultos brasileiros³. De fato, é pertinente afirmar que a ausência de unidades oclusais posteriores está associada ao comprometimento da QVRSB^{24,25}, bem como a estética e a localização da perda dentária^{26,27}. Numa amostra populacional de adultos vietnamitas, a distribuição dos dentes, baseada no limite de 10 dentes em cada arco, apontou maiores porcentagens de regiões anteriores completas e de regiões de pré-molares e molares suficientes¹³. Sendo assim, a presença desse critério, além de favorecer a função bucal de oclusão e mastigação, também contribui com a garantia da estética.

Todavia, mesmo na ausência da condição de dentes bem-distribuídos, não foi observada diferença na percepção da necessidade de prótese, quando os indivíduos apresentavam todos os dentes anteriores. Esses resultados evidenciam a importância atribuída pelos indivíduos à função estética e a forte relação dos dentes anteriores com a satisfação com a boca, ausência de impacto e bem-estar psicofuncional^{3,11,18,19,28}. Isso possivelmente se deve ao papel-chave dos dentes anteriores na imagem pessoal dos indivíduos²⁸ e suas relações sociais¹², sendo que a frequência de impacto para sorrir/falar é menor naqueles que possuem os sextantes anteriores completos³.

Os indivíduos com dentição reduzida com perda apenas de POP de molares perceberam menor necessidade de prótese, e menos impactos bucais (associação mediada pelo IODD). Este resultado evidencia a importância da avaliação dos impactos bucais, uma medida centrada no paciente, como mediador da autopercepção da necessidade de tratamento, especialmente

quando menores perdas dentárias ocorrem. Esse aspecto subjetivo e individual deve ser considerado nas decisões de tratamento, pois a perda dentária pode levar a diferentes experiências e sentimentos, que variam de acordo com o contexto de vida e expectativa das pessoas^{29,30}.

A categoria de configuração dentária que exhibe todos os critérios de funcionalidade (dentes bem-distribuídos, estética e oclusão) apresentou menos impactos odontológicos, o que mediou a sua associação com menor autopercepção da necessidade de prótese. Este achado é consistente com evidências anteriores de maior satisfação com a saúde bucal e maior prevalência de ausência de impacto (IODD=0), entre adultos com dentição funcional (DF_{class})³. Também é coerente com a ausência de diferenças na QVRSB (medida pelo IODD) entre dentições reduzidas com dentes anteriores e pré-molares (arco dentário reduzido) e dentições mais completas^{31,32}. A preservação da dentição funcional, mesmo com dentes ausentes, é compatível com a QVRSB³². Estudo entre adultos na Bulgária também mostrou que as configurações dentárias com regiões anteriores completas e regiões de pré-molares e molares suficientes favoreceram a satisfação com a estética, função mastigatória e dentição em geral¹¹. Dessa forma, para a indicação do tratamento reabilitador, os profissionais e as políticas de saúde bucal devem considerar quais perfis de configurações dentárias possuem desempenho satisfatório, de acordo com as medidas centradas no paciente. A perda dentária não deve constituir fator isolado nessa avaliação.

No que diz respeito às condições demográficas, adultos que se declararam de cor da pele parda e amarela/indígena apresentaram maior impacto medido pelo IODD. Indivíduos de cor da pele parda apresentaram também maior autopercepção da necessidade de prótese, associação que foi mediada pelo maior impacto apurado com o IODD. Esses resultados poderiam ser explicados, em parte, pela maior insatisfação com a saúde bucal expressa pelos não-brancos, de diferentes nacionalidades^{33,34}. Os indivíduos mais insatisfeitos provavelmente percebem e relatam com mais frequência a presença de impactos e necessidade de prótese. Quanto às condições socioeconômicas, tanto o modelo de regressão múltipla final quanto o de equações estruturais identificaram que indivíduos de maior renda apresentaram menor autopercepção da necessidade de prótese e menor impacto, quando comparados aos indivíduos de classe econômica mais baixa. A associação de maior renda com menor percepção da necessidade de prótese foi tanto direta, quanto mediada pelo menor impacto no IODD. De fato, parece haver uma relação direta da baixa renda com a insatisfação, o que foi constatado entre adultos do nordeste do Brasil³³. A escolaridade não foi um fator incluído no perfil desse grupo em maior desvantagem, porque sua associação com o desfecho, no modelo múltiplo final, não foi

significativa. Todavia, por ser uma variável de relevância reconhecida na literatura, foi mantida no modelo ajustado final. É possível que a relação da escolaridade com a dentição funcional, já identificada em diversos estudos^{29,35-37}, interfira na autopercepção da necessidade de prótese. Numa avaliação de tendências das desigualdades, que utilizou dados dos inquéritos de saúde bucal brasileiros de 2003 e 2010, foi identificado que a prevalência da dentição funcional teve um aumento significativo com o incremento do grau de escolaridade, em ambos os anos. Além disso, desigualdades absolutas e relativas foram observadas nos dois anos, o que permitiu concluir que as desigualdades socioeconômicas na prevalência da dentição funcional entre idosos brasileiros têm persistido de maneira significativa ao longo do tempo³⁸.

Esses resultados reforçam a ocorrência das iniquidades em saúde, visto que indivíduos com menor renda e não-brancos apresentam maior impacto e necessidade protética. Acredita-se que grupos em desvantagem social e econômica apresentam piores condições de saúde e maior impacto das doenças bucais na qualidade de vida³⁹, o que aproxima os achados do presente estudo com a teoria dos determinantes sociais da saúde. Adicionalmente, piores condições socioeconômicas estão associadas à utilização irregular do serviço pelos indivíduos. Como consequência do uso irregular observa-se a busca por cuidado apenas em situações de emergência, na presença de dor e problemas bucais complexos, que culminam na perda dentária³⁷. Isso se deve ao fato de que as opções para manter os dentes naturais, quando existem, são onerosas³⁷ e muitas vezes indisponíveis no serviço público. E, ainda, a aceitação das perdas dentárias em diversas culturas, sobretudo em países em desenvolvimento, como algo natural ao ciclo de vida⁷, relaciona-se com essa vulnerabilidade social. Nessa perspectiva, é compreensível que os indivíduos com menor renda e não-brancos percebam maior necessidade de prótese.

Esse estudo avaliou uma amostra de adultos do Brasil com base em métodos padronizados pela OMS¹⁷. O desenho transversal foi uma limitação, visto que as relações causais das associações medidas não podem ser estabelecidas. Todavia, ressalta-se a confiabilidade das estimativas geradas pela análise estatística, que considerou os pesos amostrais e o desenho complexo da amostragem. O ajuste do modelo aos dados pode ser avaliado usando vários índices preconizados, que indicaram ajuste adequado do modelo quando comparados com os valores de referência^{22,23}. Salienta-se que o presente estudo abordou uma temática ainda pouco explorada na literatura, considerando-se a associação de diferentes configurações dentárias reduzidas na autopercepção da necessidade de PT.

Dessa forma, os resultados sugerem que condições normativas (configurações dentárias reduzidas) e subjetivas (IODD) de saúde bucal se mantiveram associadas à autopercepção da necessidade de PT, em adultos brasileiros. A garantia de manutenção da função bucal passa

pela preservação dos dentes em boca, assim, sugere-se que estratégias preventivas destinadas a reduzir a perda de dentes sejam reforçadas⁴. Percebe-se que as desigualdades em saúde permanecem sinalizando a necessidade de maior acesso ao serviço e prioridades nos cuidados em saúde bucal, especificamente, no que tange a populações em desvantagem social⁴⁰. A prevenção de doenças e a promoção da saúde bucal devem ser realizadas através de uma abordagem comum de fatores de risco com as condições sistêmicas. Só assim será possível implementar ações efetivas de enfrentamento das iniquidades em saúde bucal³⁹. O desfecho investigado é uma medida centrada no paciente que deve ser incluída no processo de tomada de decisão, em relação à extração ou retenção de dentes e na escolha de qualquer modalidade de tratamento odontológico. Também deve ser considerada tanto em abordagens individuais quanto coletivas, no estabelecimento de metas e diretrizes para as políticas públicas em saúde bucal.

Referências

1. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujcic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc.* 2016; 147(12):915-917.
2. 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(5):1109-16.
3. Chalub LLFH, Ferreira RC, Vargas AMD. Influence of functional dentition on satisfaction with oral health and impacts on daily performance among Brazilian adults: a population-based cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2017; 17(1):112.
4. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8(5):126-136.
5. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996; 24(6):385-9.
6. Ekbäck G, Astrøm AN, Klock K, Ordell S, Unell L. Variation in subjective oral health indicators of 65-year-olds in Norway and Sweden. *Acta Odontol Scand.* 2009; 67(4):222-32.
7. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Self-perception of oral health status by the elderly. *Rev Saude Publica.* 2001; 35(4):349-55.
8. Silva SRC, Rosell FL, Valsecki Jr A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2006; 6(4):405-10.
9. Machado FLCA, Costa APS, Pontes AAB, Lima KC, Ferreira MAF. Daily difficulties associated with full conventional dentures. *Cien Saude Colet.* 2013; 18(10):3091-3100.
10. Tan H, Peres KG, Peres MA. Retention of teeth and oral health-related quality of life. *J Dent Res.* 2016; 95(12):1350-1357.
11. Damyanov ND, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Satisfaction with the dentition related to dental functional status and tooth replacement in an adult Bulgarian population: a cross-sectional study. *Clin Oral Investig.* 2013; 17(9):2139-50.
12. Elias AC, Sheiham A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. *J Oral Rehabil.* 1998; 25(9):649-61.
13. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Pham LH, Creugers NHJ. Dental functional status in a southern Vietnamese adult population—a combined quantitative and qualitative classification system analysis. *Int J Prosthodont.* 2011; 24(1):30-7.

14. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal.. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Silva NN, Roncalli AG. Sampling plan, weighting process and design effects of the Brazilian Oral Health Survey. *Rev Saude Publica*. 2013; 47 Suppl 3:S3-11.
16. Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres KG, et al.. Aspectos metodológicos do Projeto SB Brasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2012;28 Suppl: S40-57.
17. World Health Organization. *Oral Health Surveys: Basic Methods*. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.
18. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Gerritsen AE, Creugers NHJ. Chewing ability and dental functional status. *Int J Prosthodont*. 2011; 24(5):428–36.
19. Zhang Q, Witter DJ, Gerritsen AE, Bronkhorst EM, Creugers NH. Functional dental status and oral health-related quality of life in an over 40 years old Chinese population. *Clin Oral Investig*. 2013; 17(6):1471–80.
20. Zhang Q, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Chewing ability in an urban and rural population over 40 years in Shandong Province, China. *Clin Oral Investig*. 2013; 17(5):1425–35.
21. Pilotto LM, Scalco GP, Abegg C, Celeste RK. Factor analysis of two versions of the oral impacts on daily performance scale. *Eur J Oral Sci*. 2016; 124(3):272-278.
22. Hu L, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to under parameterized model misspecification. *Psychol Methods*. 1998; 3(4):424.
23. Hu L, Bentler PM. Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999; 6(1):1-55.
24. Baba K, Igarashi Y, Nishiyama A, John MT, Akagawa Y, Ikebe K et al. The relationship between missing occlusal units and oral health-related quality of life in patients with shortened dental arches. *Int J Prosthodont*. 2008; 21(1):72–74.
25. Baba K, Igarashi Y, Nishiyama A, John MT, Akagawa Y, Ikebe K, et al. Patterns of missing occlusal units and oral health-related quality of life in SDA patients. *J Oral Rehabil*. 2008; 35(8):621–28.
26. Tsakos G, Steele JG, Marcenes W, Walls AW, Sheiham A. Clinical correlates of oral health-related quality of life: evidence from a national sample of British older people. *Eur J Oral Sci*. 2006; 114(5):391–95.
27. Walter MH, Woronuk JI, Tan HK, Lenz U, Koch R, Boening KW, et al. Oral health related quality of life and its association with sociodemographic and clinical findings in 3 northern outreach clinics. *J Can Dent Assoc*. 2007; 73(2):153.

28. Yu SJ, Chen P, Zhu GX. Relationship between implantation of missing anterior teeth and oral health-related quality of life. *Qual Life Res.* 2013; 22(7):1613–20.
29. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saude Publica.* 2007; 23(8):1803-14.
30. Sanders AE, Slade GD, Turrell G, Spencer AJ, Marcenes W. Does psychological stress mediate social deprivation in tooth loss? *J Dent Res.* 2007; 86(12):1166-70.
31. Antunes JLH, Tan KG, Peres MA. Impact of shortened dental arches on oral health-related quality of life. *J Oral Rehabil.* 2016; 43(3):190-197.
32. Ferreira RC, Kawachi I, Souza JGS, Campos FL, Chalub LLFH, Antunes JLF. Is reduced dentition with and without dental prosthesis associate with oral health-related quality of life? A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2019; 17(1): 79.
33. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Self-perceived oral health among adults in Northeastern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2013;47 Suppl 3:S98-108.
34. Camargo MBJ, Dumith SC, Barros AJD. Regular use of dental care services by adults: patterns of utilization and types of services. *Cad Saude Publica.* 2009; 25(9):1894-906.
35. Chalub LLFH, Borges CM, Ferreira RC, Haddad JPA, Ferreira EF, Vargas AMD. Association between social determinants of health and functional dentition in 35-year-old to 44-year-old Brazilian adults: a population-based analytical study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2014; 42: 503–516.
36. Chalub LLFH, Martins CC, Ferreira RC, Vargas AM. Functional dentition in Brazilian adults: an investigation of social determinants of health (SDH) using a multilevel approach. *PLoS One.* 2016;11:e0148859.
37. Batista MJ, Lawrence HPO, & Sousa MLR. Classificação das perdas dentárias: fatores associados a uma nova medida em uma população de adultos. *Cien Saude Coletiva.* 2015; 20(9):2825-2835.
38. Bof de Andrade, Fabiola; Antunes, J. L. F. Trends in socioeconomic inequalities in the prevalence of functional dentition among older people in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2018; 34: e00202017, 2018.
39. Watt RG. Social determinants of oral health inequalities: implications for action. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 Oct;40 Suppl 2:44-8).
40. Peres MA, Barbato PR, Guimarães SC, Reis B, Freitas CHSM, Antunes JLF. Perdas dentárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. *Rev Saúde Publica.* 2013; 47(Supl 3):78-89.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (concessão de bolsa de mestrado à aluna Fernanda Lamounier Campos). À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, Brasil (Participação de Raquel Conceição Ferreira no Programa *Visiting Abroad* - PVEX 88881.172365 / 2018-01). À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, Brasil (apoio financeiro recebido por Raquel Conceição Ferreira no Programa de Pesquisa, PPM PPM-00603-18).

6 PRODUÇÕES E ATIVIDADES VINCULADAS AO PROGRAMA

No período do mestrado, simultaneamente às atividades propostas pelo programa de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG como carga horária de aulas, monitorias, estágio docente e escrita científica, participei da elaboração e coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “CONTRIBUIÇÕES PARA UMA NOVA CONCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL: avaliação de critérios objetivos e subjetivos para a definição da Dentição Funcional em adultos de 35-44 anos”. Trata-se de um estudo epidemiológico envolvendo pesquisadores de diversas áreas (Saúde Coletiva, Prótese, Clínica Odontológica, Periodontia, Fonoaudiologia) e que vem sendo realizado na cidade de Rio Acima, situada à 34 km de Belo Horizonte. Objetivo do projeto é analisar as configurações dentárias reduzidas e aspectos clínicos (objetivos) e centrados no paciente (subjetivo), em uma amostra representativa de adultos.

Previamente ao desenvolvimento do projeto, a profa. Loliza Chalub, residente no município, realizou contato com a Dra. Andréa Figueiredo, coordenadora municipal de saúde bucal, para obter autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Acima, para execução da pesquisa na cidade. A autorização foi concedida em julho de 2017, pelo então secretário de saúde, Dr. Márcio Barbosa (APÊNDICE A). O início dos trabalhos aconteceu no 2º semestre de 2017 com a elaboração do projeto (FIGURA 3). A partir desse momento, a equipe de pesquisa (composta por professores e alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG, bem como uma professora e alunos de graduação do Departamento de Fonoaudiologia, da Faculdade de Medicina da UFMG) realizou reuniões quinzenais para planejar o desenvolvimento do projeto. O planejamento envolveu demandas relacionadas à coleta de dados e elaboração do questionário (sequência de entrevistas). O delineamento do estudo foi baseado nas orientações da OMS para levantamentos epidemiológicos de saúde bucal (WHO, 2013). Os examinadores (quatro alunas de mestrado acadêmico) e anotadores (quatro alunos de iniciação científica) passaram por calibrações, presencial e online, com o intuito de padronizar todo o exame.

Figura 3– Linha do tempo sobre às atividades realizadas no inquérito epidemiológico com adultos em Rio Acima, MG



Fonte: Elaborado pelo autor, 2019

Foram realizadas cinco calibrações online, treinamento para entrevistas e quatro encontros presenciais para assegurar um grau aceitável de uniformidade nos procedimentos ($Kappa \geq 0,7$). Em março/2018 houve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) (CAAE – 82540517.9.0000.5149) (APÊNDICE B). Dessa forma, em julho/2018 iniciamos o estudo piloto. Com o intuito de divulgar o projeto de pesquisa para a sociedade local, a profa. Loliza Chalub participou de um programa de rádio da estação Super Nova FM (87.9) no dia 28 de julho de 2018. A Prefeitura e a Câmara Municipal de Rio Acima também publicaram notícias sobre a pesquisa, em seus sítios eletrônicos da internet (APÊNDICES C e D). Além disso, cartazes de divulgação da pesquisa foram afixados no comércio local (APÊNDICE E), assim como foram feitos anúncios nos cultos e missas das instituições religiosas do município. Um folheto de divulgação foi elaborado e distribuído no município (APÊNDICE F). Como o projeto não possui financiamento de agências públicas de fomento, a equipe buscou

parcerias com instituições privadas para o patrocínio do material de divulgação e de alguns materiais de consumo utilizados na coleta de dados.

Os participantes do estudo pertencem à faixa etária de 30 a 49 anos (houve expansão da faixa etária após o início do estudo) e a pesquisa está sendo realizada nos domicílios dos participantes das ruas sorteadas. Após realizar o cálculo amostral a amostra necessária de participantes foi de 486 adultos, considerando um $d_{eff}=1,5$, acrescido de 20% (98) para possíveis perda, resultando numa amostra final de 584 adultos. A cidade apresenta 13 setores censitários e, assim, foi realizado o sorteio das ruas a serem visitadas, considerando a proporcionalidade do número de ruas em cada setor, a partir dos dados do censo do IBGE 2010. Todos os adultos elegíveis residentes nessas ruas foram/serão examinados, após o consentimento livre e esclarecido. O critério de inclusão considerado é a residência na zona urbana da cidade. Como critérios de exclusão foram adotados o comprometimento cognitivo, que impossibilite a resposta aos questionários e uso de aparelho ortodôntico fixo.

Para consolidação do estudo, a colaboração do serviço de saúde, especialmente das Agente Comunitárias de Saúde, tem sido essencial para a identificação dos adultos da cidade. A coleta de dados compreendeu entrevista e exame bucal epidemiológico (APÊNDICE G). Através da entrevista, foram coletados os dados sociodemográficos, socioeconômicos, aspectos de qualidade de vida geral e relacionada à saúde bucal, hábitos como dieta, higiene bucal, tabagismo e consumo de álcool, além de identificação de disfunção da articulação temporomandibular. O exame bucal compreende: avaliação da coroa e raiz dentárias, uso de próteses dentárias, avaliação periodontal (sondagem das faces: mesial, distal, palatina/lingual e vestibular, mobilidade, nível de inserção e sangramento à sondagem), avaliação de lesão cervical não-cariosa, hipersensibilidade dentinária, contatos oclusais e um teste mastigatório, em que o participante mastiga uma goma de mascar. O teste é conduzido pelo examinador calibrado, que conta os ciclos mastigatórios, conforme protocolo preconizado na literatura (SILVA *et al.*, 2017). A avaliação fonoaudiológica envolve a aplicação do teste de fonação, baseado no Protocolo de Exame Miofuncional Orofacial (MGBR).

De acordo com o acordo estabelecido com a coordenadora de saúde bucal do município, a lista com os nomes dos participantes que apresentem necessidade de tratamento seria encaminhada à Secretaria de Saúde, para posterior agendamento.

Também ficou definido que alguns casos específicos, avaliados pela coordenação da pesquisa, seriam atendidos na Faculdade de Odontologia da UFMG. Porém, há uma limitação para a realização desses atendimentos, tendo em vista que a unidade acadêmica está inserida na rede SUS-BH. Portanto os atendimentos disponibilizados são quase exclusivos para os residentes de Belo Horizonte. De toda forma, todos os participantes são informados pelos pesquisadores sobre a sua situação de saúde bucal, além de receberem folhetos informativos com orientações de higiene bucal e de divulgação das Instituições de Ensino em Odontologia, onde possam buscar tratamentos gratuitos ou a preços mais acessíveis (APÊNDICE H).

Até o presente momento foram examinados cerca de 200 participantes. Tem sido um grande desafio realizar esse estudo epidemiológico com adultos, nos domicílios, em Rio Acima. Tivemos uma grande resistência dos moradores da cidade em aceitar participar e, acreditamos que o motivo está vinculado às questões política e/ou cultural dos residentes da cidade.

Ressalto aqui a importância de participar de todo o processo de um inquérito epidemiológico para minha vida acadêmica, desde a elaboração do projeto, submissão ao COEP até a ida à campo. Tem sido um grande aprendizado para mim, presenciar todos os desafios envolvidos em uma pesquisa no Brasil. Além de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na Odontologia, esse tipo de estudo é importante, pois traz benefícios para a população participante e para o município, visto que busca definir o panorama da situação de saúde da população, algo nunca antes realizado no local.

A efetivação de um estudo epidemiológico atende um dos pressupostos das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, que estabelece que os serviços de saúde bucal devem: “Utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território subsidiando o planejamento - deve-se buscar que as ações sejam precedidas de um diagnóstico das condições de saúde-doença das populações, através da abordagem familiar e das relações que se estabelecem no território onde se desenvolve a prática de saúde.”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 4). Poder participar, vivenciar e aprender a realizar uma pesquisa epidemiológica no Brasil tem sido para mim um grande crescimento como profissional e pesquisadora.

REFERÊNCIAS

ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 24, n. 6, p. 385-389, Dec. 1996.

AGERBERG, G. Mandibular function and dysfunction in complete denture wearers – a literature review. **J of Oral Rehabil**, v. 15, n. 3, p. 237-249, May. 1988.

ALKAN, A. *et al.* The Effect of Periodontitis on Biting Abilities. **Journal of Periodontology**, v. 77, n. 8, p. 1442-1445, Aug. 2006.

ALLEN, P. F. Assessment of oral health related quality of life. **Health Qual Life Outcomes**, v. 1, p. 40, Sep. 2003.

ALLISON, P. J.; HENNEQUIN, M. The oral assessment in Down syndrome questionnaire (OADS): development of an instrument to evaluate oral health problems in individuals with Down syndrome. **Community Dental Health**, v. 17, n. 3, p. 172-179, Sep. 2000.

ANTUNES, J. L. *et al.* Impact of shortened dental arches on oral health-related quality of life. **J Oral Rehabil**, v. 43, n. 3, p. 190-197, Marc. 2016.

ARMELLINI, D. B. *et al.* Effect of Removable Partial Dentures on Oral Health–Related Quality of Life in Subjects with Shortened Dental Arches: A 2-Center Cross-Sectional Study. **Int J Prosthodont**, v. 21, n. 6, p. 524–530, Nov-Dec. 2008.

ARMELLINI, D. B. *et al.* Effect of removable partial dentures on oral health-related quality of life in subjects with shortened dental arches: A 2-center crosssectional study. **Int J Prosthodont**, v. 21, n. 6, p. 524-530, Nov-Dec. 2008.

ARMELLINI, D.; VAN FRAUNHOFER, J. A. The shortened dental arch: a review of the literature. **J Prosthet Dent**, v. 92, n. 6, p. 531-535, Dec. 2004.

ATCHISON, K. A. *et al.* Using patient self-report data to evaluate orofacial surgical outcomes. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 34, n. 2, p. 93-102, Apr. 2006.

BABA, K. *et al.* Patterns of missing occlusal units and oral health-related quality of life in SDA patients. **J Oral Rehabil**, v. 35, n. 8, p. 621-8, Aug. 2008.

BABA, K.; *et al.* The relationship between missing occlusal units and oral health-related quality of life in patients with shortened dental arches. **Int J Prosthodont**, v. 21, n. 1, p. 72-4, Jan-Feb. 2008.

BATISTA, M. J.; LAWRENCE, HP.; SOUSA, M. L. R. Impact of tooth loss related to number and position on oral health quality of life among adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, p. 165, Nov. 2014.

BENYAMINI, Y.; LEVENTHAL, H.; LEVENTAHAL, E. A. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. **Soc Sci Med**, v. 59, n. 5, p. 1109-1116, Sep. 2004.

BOMBARDA-NUNES, F. F.; MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. **Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr**, v. 8, n. 1, p. 7-14, Jan-Apr. 2008.

BOMFIM, R. A, *et al.* Functional dentition and associated factors in Brazilian elderly people: A multilevel generalised structural equation modelling approach. **Gerodontology**, v. 35, n. 4, p. 350-8, Dec. 2018.

BRADSHAW J. A taxonomy of social need. In: Maclachlan F, editor. Problems and progress in medical care: essays on current research. London: Oxford University Press; 1972. p. 71-82

BULGARELI, J. V. *et al.* Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. **Rev Saude Publica**, v. 52, p. 44, Apr. 2018.

CARLSSON, G. E. Dental occlusion: Modern concepts and their application in implant prosthodontics. **Odontology**, v. 97, n. 1, p. 8-17, Jan. 2009.

CHALUB, L. L. F. H. *et al.* Functional Dentition in Brazilian Adults: An Investigation of Social Determinants of Health (SDH) Using a Multilevel Approach. **PLoS ONE**, v. 11, n. 2, p. e0148859, 2016^b.

CHALUB, L. L. F. H.; FERREIRA, R. C.; VARGAS, A. M. D. Functional, esthetical, and periodontal determination of the dentition in 35- to 44-year-old Brazilian adults. **Clin Oral Investig**, v. 20, n. 7, p. 1567-1575, Sept. 2016^a.

CHALUB, L. L. F. H.; FERREIRA, R. C.; VARGAS, A. M. D. Influence of functional dentition on satisfaction with oral health and impacts on daily performance among Brazilian adults: a population-based cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, p. 112, 2017.

CHRISTIE, M. Development of child-centered, disease-specific questionnaires for living with asthma. **Psychosom Med**, v. 55, n. 6, p. 541-548, Nov-Dec. 1993.

COHEN-CARNEIRO F.; SOUZA-SANTOS R.; REBELO M. A. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. **Cien Saude Colet**, v.16, (Supl.1), p.1007-1015, 2011.

DAMYANOV, M. *et al.* Satisfaction with the dentition related to dental functional status and tooth replacement in an adult Bulgarian population: a cross-sectional study. **Clin Oral Investig**, v. 17, n. 9, p. 2139-2150, Dec. 2013.

DECKER, S. D.; SCHULTZ, R.; WOOD, D. Determinants of well-being in primary caregivers of spinal cord injured persons. **Rehabil Nurs**, v. 14, n. 1, p. 6-8, Jan-Feb. 1989.

DHHS (2000). Oral health in America: a report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services and National Institute of Dental and Craniofacial Research. Rockville, MD: National Institutes of Health.

ELIAS, A. C.; SHEIHAM A. The relationship between satisfaction with mouth and number and position of teeth. **J Oral Rehabil**, v. 25, n. 9, p. 649-661, Sep. 1998.

ELLIS, J. S.; PELEKIS, N. D.; THOMASON, J. M. Conventional rehabilitation of edentulous patients: the impact on oral health-related quality of life and patient satisfaction. **J Prosthodont**, v. 16, n. 1, p. 37-42, Jan-Feb. 2007

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A. The International Classification of Functioning, Disability and Health: Concepts, Uses and Perspectives. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 2, p. 187-193, June. 2005.

FEINE, J. S. *et al.* Within-subject comparisons of implant-supported mandibular prostheses: evaluation of masticatory function. **J Dent Res**, v. 73, n. 10, p. 1646-1656, Oct. 1994.

FERREIRA, R. C. *et al.* Is reduced dentition with and without dental prosthesis associated with oral health-related quality of life? A cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 17, p. 79, 2019.

FITZPATRICK, R. *et al.* Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. **Health Technol Assess**, v. 2, n. 14, p. 1-74, 1998.

GABARDO, M. C. L. *et al.* Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1531-1540, May. 2015.

GERRITSEN, A. E. *et al.* Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, p. 126, Nov. 2010.

GIFT, H. C.; ACHISON, K. A. Oral health, health, and health-related quality of life. **Med Care**, v. 33, (Supl. 11), p. 57-77, 1995.

GIFT, H. C.; ATCHISON, K. A.; DRURY, T. F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **J Dent Res**, v. 77, n. 7, p. 1529-1538, Jul. 1998.

GILL, T. M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 619-626, Aug. 1994.

GLICK, M. *et al.* A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **J Am Dent Assoc**, v. 147, n. 12, p. 915-917, Dec. 2016.

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

GORDON, P. H.; MURRAY, J. J.; TODD, J. E. The shortened dental arch: Supplementary analyses from the 1988 adult dental health survey. **Community Dent Health**, v. 11, n. 2 p. 87-90, Jun. 1994.

GOTFREDSEN, K.; WALLS, A. W. G. What dentition assures oral function? **Clin Oral Implants Res**, v. 18, n. 3, p. 34-45, Jun. 2007.

GUYATT, G. D.; COOK, D. J. Health status, quality of life and the individual. **JAMA**, v. 272, n. 8, p. 630-631, Aug. 1994.

HAMDAN, N. *et al.* Do implant overdentures improve dietary intake? A randomized clinical trial. **J Dent Res**, v. 92 (Suppl146S-53S), Dec. 2013.

HELKIMO, E.; CARLSSON, G. E.; HELKIMO, M. Chewing efficiency and state of dentition. A methodologic study. **Acta Odontol Scand**, v. 36, n. 1, p. 33-41, 1978.

HOBDELL, M. *et al.* Global goals for oral health 2020. **Int Dent J**, v. 53, n. 5, p. 285-288, Oct. 2003.

HU, L.; BENTLER, P. M. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. **Struct Equ Modeling**, v. 6, n. 1, p. 1-55, 1999.

HU, L.; BENTLER, P. M. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. **Psychol Methods**, v. 3, n. 4, p. 424, 1998.

IKEBE, K. *et al.* Association of masticatory performance with age, posterior occlusal contacts, occlusal force, and salivary flow in older adults. **Int J Prosthodont**, v. 19, n. 5, p. 475-481, Sep/Oct. 2006.

INGLEHART, M. R.; BAGRAMIAN, R. A. Oral health-related quality of life: an introduction. In: **Oral health-related quality of life**. Chicago: Quintessence Publishing Co., Inc., 2002, p.1-6.

KÄYSER, A. F. Shortened dental arch: A therapeutic concept in reduced dentitions and certain high-risk groups. **Int J Periodontics Restorative Dent**, v. 9, n. 6, p. 426-449, 1989

KÄYSER, A. F. Shortened dental arches and oral function. **J Oral Rehabil**, v. 8, n. 5, p. 457-462, Sep. 1981.

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, n. 5, Jan. 2012.

LEAO, A.; SHEIHAM, A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. **Community Dent. Health.**, v. 13, n. 1, p. 22-26, Mar. 1996.

LEPLEGE, A.; HUNT, S. The problem of quality of life in medicine. **JAMA**, v. 278, n. 1, p. 47-50, Jul. 1997.

LERNER D.; LEVINE S. Health-related quality of life: origins, gaps and directions. **Advances in Medical Sociology**, v. 5, p. 43-65, Dec. 1994.

Lisboa, Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf> Acesso em: 30/03/2019

Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology* 1994; 11:108-14

LOCKER, D. Concepts of Oral Health, Disease and the Quality of Life In: SLADE G. D. **Measuring Oral Health and Quality of Life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997. p. 12-23.

LOCKER, D. Disparities in oral health-related quality of life in a population of Canadian children. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 5, p. 348- 356, Oct. 2007

LOCKER, D. Measuring oral health: a conceptual framework. **Community Dent Health**, v. 5, n. 1, p. 3-18, Mar. 1988.

LOCKER, D.; ALLEN, F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 35, n. 6, p. 401-411, Dec. 2007.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; TOMPSON, B. Health-related quality of life of children aged 11 to 14 years with orofacial conditions. **Cleft Palate Craniofac J**, v. 42, n. 3, p. 260-266, May. 2005.

MACHADO, F. L. C. A.; COSTA, A. P. S.; PONTES, A. A. B.; LIMA, K. C.; FERREIRA, M. A. F. Daily difficulties associated with full conventional dentures. **Cien Saude Colet**, v. 18, n. 10, p. 3091-3100, Oct. 2013.

MANLY R. S.; BRALEY L. C. Masticatory performance and efficiency. **J Dent Res**, v. 29, n. 4, p. 448-462, Aug. 1950.

MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. **Rev Saude Publica**, v. 44, n. 5, p. 912-922, Sep. 2010.

Ministério da Saúde (BR). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de atenção básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2004.

Ministério da Saúde (BR). Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2005.

Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010. Condições de saúde bucal da população brasileira 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Manual de Calibração de Examinadores. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2009.

Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Projeto Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2009.

Ministério da Saúde (BR). SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Manual da Equipe de Campo. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal; 2009.

MOLENAAR, W. N. The effect of food bolus location on jaw movement smoothness and masticatory efficiency. **J Oral Rehabil**, v. 39, n. 9, p. 639-647, Sep. 2012.

MONTERO, J. *et al.* Effect of arch length on the functional well-being of dentate adults. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 36, n. 5, p. 338-345, May. 2009

MORITA, M. *et al.* Correlation between periodontal status and biting ability in Chinese adult population. **J Oral Rehabil**, v. 30, n. 3, p. 260-264, Mar. 2003.

NAJMAN, J. M.; LEVINE, S. Evaluating the impact of medical-care and technologies on the quality of life—a review and critique. **Soc. Sci. Med.**, v. 15, p. 107-115, 1981.

NETTLETON, S. **The Sociology of Health and Illness**. 7 ed. Cambridge: Polity Press, 1995. 345p.

NGUYEN, T. C. *et al.* Chewing Ability and Dental Functional Status. **Int J Prosthodont**, v. 24, n. 5, p. 428–436, Sept-Oct. 2011^b.

NGUYEN, T. C. *et al.* Dental function status in a Southern Vietnamese adult population – an analysis by a combined quantitative and qualitative classification system. **Int J Prosthodont**, v. 24, n. 1, p. 30-37, Jan-feb. 2011^a.

PATRICK, D.; ERICKSON, P. **Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation**. New York: Oxford University Press, 1993.478p.

PATTUSSI, M. P. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 38, n. 4, p. 348-359, Aug. 2010.

PERES, K. G. *et al.* Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. **Rev Saude Publica**, v. 47, (Supl 3), p. 19-28, Dec. 2013.

PETERSEN, P. E. *et al.* The global burden of oral diseases and risks to oral health. **Bull World Health Org**, v. 83, p. 661-669, 2005.

PEYRON, M. A.; LASSAUZAY, C.; WODA, A. Effects of increased hardness on jaw movement and muscle activity during chewing of visco-elastic model foods. **Exp Brain Res**, v. 142, n. 1, p. 41-51, Nov. 2002.

RAPHAEL, D. *et al.* Quality of life theory and assessment: what are the implications for health promotion. **Issues in Health Promotion Series**. University of Toronto, Centre for Health Promotion, 1994.

RONCALLI, A. G. *et al.* Relevant methodological issues from the SBBrasil 2010 Project for national health surveys. **Cad. Saude Publica**, v. 28, 2012: p. 40-57.

SARITA, P. T. N. *et al.* Chewing ability of subjects with shortened dental arches. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 31, n. 5, p. 328–334, Oct. 2003.

SCHIMMEL, M. *et al.* A twocolour chewing gum test for masticatory efficiency: development of different assessment methods. **J Oral Rehabil**, v. 34, n. 9, p. 671-678, Sep. 2007.

SHEIHAM, A. *et al.* The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. **J Dent Res**, v. 80, n. 2, p. 408-413, Feb. 2001.

SHEIHAM, A.; TSAKOS, G. Avaliando necessidades através de abordagens socio-odontológicas. In Pinto VG. **Saúde Bucal Coletiva**. 5 ed. São Paulo: Santos; 2008. p. 287-316.

SILVA, L. C. Validação do teste de habilidade de mistura com goma de mascar de duas cores para avaliação da performance mastigatória em usuários de próteses totais. 2017. 88 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SILVA, N.; RONCALLI, A. G. Sampling plan, weighting process and design effects of the Brazilian Oral Health Survey. **Rev. Saude Publica**, v. 47, (suppl 3), p. 3-11, Dec. 2013.

SILVA, S. R. C.; CASTELLANOS FERNANDES, R. A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Rev Saude Publica**, v. 35, n. 4, p. 349-355, Aug. 2001.

SILVA, S. R. C.; ROSELL, F. L.; VALSECKI JR, A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara,

São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saude Matern Infant**, v. 6, n. 4, p. 405-410, Oct-Dec. 2006.

SISCHO, L.; BRODER, H. L. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **J Dent Res**, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, Nov. 2011.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a Short-Form Oral Health Impact Profile. **Community Dent. Oral Epidemiol**, v. 25, n. 4, p.284–90, Aug. 1997.

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, Mar. 1994.

SPRANGERS, M. A.; AARONSON, N. K. The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. **J Clin Epidemiol**, v. 45, n. 7, p. 743-760, Jul. 1992.

THE ACADEMY OF PROSTHODONTICS. The glossary of prosthodontic terms. **J Prosthet Dent**, v. 94, p. 10-92, 2005.

UENO, M. *et al.* Category of functional tooth units in relation to the number of teeth and masticatory ability in Japanese adults. **Clin Oral Investig**, v. 14, n. 1, p. 113-119, Feb. 2010

UENO, M. *et al.* Masticatory ability and functional tooth units in Japanese adults. **J Oral Rehabil**, v. 35, n. 5, p. 337-344, May. 2008.

VALE, E. B.; MENDES, A. C. G.; MOREIRA, R. S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, (suppl.3), p. 98-108, Dec. 2013.

VAN DER BILT, A. Assessment of mastication with implications for oral rehabilitation: a review. **J Oral Rehabil**, v. 38, n. 10, p. 754-780, Oct. 2011.

VASCONCELOS, L. C. A. *et al.* Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. **Cad Saude Publica**, v. 28, n. 6, p. 1101-1110, June. 2012.

WHO (2003). The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva, Switzerland: World Health Organization

WITTER, D. J *et al.* Shortened dental arches and masticatory ability. **J Dent**, v. 18, n. 4, p. 185-189, Aug. 1990^a

WITTER, D. J. *et al.* Oral comfort in shortened dental arches. **J Oral Rehabil**, v. 17, n. 2, p. 137-143, Mar. 1990^b.

WODA, A. *et al.* Adaptation of healthy mastication to factors pertaining to the individual or to the food. **Physiol Behav**, v. 89, n. 1, p. 28-35, Apr. 2006

WODA, A.; HENNEQUIN, M.; PEYRON, M. A. Mastication in humans: finding a rationale. **J Oral Rehabil**, v. 38, n. 10, p. 781-784, Oct. 2011.

World Health Organization. A review of current recommendations for the organization and administration of Community Oral Health services in Northern and Western Europe: Report on a WHO Workshop: Oslo 24-28 May 1982. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe, 1982.

World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health: final report. [cited 2016 Oct 2]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

World Health Organization. Oral health surveys: basic methods – 5th ed. 2013.

World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL: Measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization, 1997.

ZHANG, Q *et al.* Functional dental status and oral health-related quality of life in an over 40 years old Chinese population. **Clin Oral Investig**, v. 17, n. 6, p. 1471-80, Jul. 2013^b.

ZHANG, Q. *et al.* Chewing ability in an urban and rural population over 40 years in Shandong Province, China. **Clin Oral Invest**, v. 17. n. 5, p. 1425-1435, Jun. 2013^a.

ZHANG, Q. *et al.* Dental functional status with and without tooth replacement in a Chinese adult population. **Clin Oral Investig**, v. 16, n. 4, p. 1251-1259, Aug. 2012.

ZHANG, Q. *et al.* Oral health status and prosthodontic conditions of Chinese adults: A systematic review. **Int J Prosthodont**, v. 20, n. 6, p. 567-572, Nov-Dec. 2007.

APÊNDICE A - Declaração da Secretaria Municipal de Saúde demonstrando interesse e autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Odontologia
Departamento de Odontologia Social e Preventiva
E-mail: odonto-osp@ufmg.br - Telefone: 3409-2442



Rio Acima, 12 de julho de 2017.

**DECLARAÇÃO DE MUNICÍPIO, ÓRGÃO OU COMUNIDADE ENVOLVIDA,
DEMONSTRANDO INTERESSE E AUTORIZAÇÃO PARA O
DESENVOLVIMENTO DO PROJETO DE PESQUISA**

Declaramos para fins de comprovação junto à Câmara do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da FO/UFMG, à Egrégia Congregação da FO/UFMG e ao Conselho de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, que a Prefeitura Municipal de Rio Acima e a Secretaria Municipal de Saúde, em nome do **município de Rio Acima, MG**, representado pelo Ilmo. Sr. **Dr. Márcio Barbosa** (Secretário Municipal de Saúde de Rio Acima – MG), têm interesse nas ações propostas pelo projeto de pesquisa “Aspectos Objetivos e Subjetivos da Dentição Funcional: proposta para uma Avaliação Multidimensional”. O referido projeto, coordenado pelas professoras **Raquel Conceição Ferreira e Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hour**, pretende realizar um levantamento epidemiológico de saúde bucal, com a população adulta do município de Rio Acima, conforme proposta detalhada e enviada para a Secretaria de Saúde do município.

Márcio Flávio Barbosa
Secretário Municipal de saúde

Dr. Márcio Barbosa

Secretario Municipal de Saúde de Rio Acima, MG

APÊNDICE B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 82540517.9.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Loliza Chalub Luiz Figueiredo Hourri
Depto. Odontologia Social e Preventiva
Faculdade de Odontologia- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 07 de março de 2018, o projeto de pesquisa intitulado **"Aspectos objetivos e subjetivos da dentição funcional: proposta para uma Avaliação Multidimensional"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Vivian Resende'.

Profa. Dra. Vivian Resende
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE C – Divulgação da pesquisa no sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Rio Acima



EQUIPE DE PESQUISADORES DA UFMG IRÁ AVALIAR A SAÚDE BUCAL DE 700 RIOACIMENSES

Prefeitura Municipal de Rio Acima oferece apoio ao projeto, que tem coordenação de professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais

Desde o mês de julho de 2018 vem sendo conduzida no município a “Pesquisa: Saúde Bucal dos Adultos de Rio Acima”, que pretende realizar a avaliação da condição da boca de, aproximadamente, 700 adultos residentes em diversos bairros do município, com idade entre 35 e 44 anos, com relação aos dentes, gengivas, mastigação e pronúncia das palavras. A equipe, formada por alunos do curso de Odontologia e Fonoaudiologia e do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tem entre as coordenadoras técnicas a profa. Loliza Chalub Houry, residente em Rio Acima. Até o momento já foram realizadas avaliações de cerca de 60 adultos. A Prefeitura Municipal de Rio Acima, através da Secretaria Municipal de Saúde, foi informada e concordou com a realização da pesquisa.

Através desta pesquisa será possível realizar um diagnóstico amplo e abrangente sobre as condições de saúde bucal da população adulta de Rio Acima. Essas informações nunca foram obtidas anteriormente. Portanto, esses dados serão muito importantes para orientar a formulação de políticas públicas na região. O reconhecimento da importância de produzir esses dados é compartilhado pelos serviços públicos municipais, que têm fornecido suporte e apoio fundamentais para viabilizar a execução do projeto. A coordenadora da Atenção Primária, Lizimara da Silva Geraldo, a coordenadora de saúde bucal, Andréa Figueiredo, as gerentes das Unidades Básicas de Saúde, Fernanda (PSF Rosário), Lorena (PSF Centro) e Marlúcia (PSF Jatobá), assim como todos os Agentes Comunitários de Saúde têm contribuído intensamente com a divulgação do projeto, com o objetivo de aumentar a sensibilização, adesão e participação da população.

Equipes de saúde bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda não foram implantadas nos serviços municipais de Rio Acima. A inserção da Odontologia na ESF pode representar aumento da cobertura dos serviços de saúde bucal, com maior acesso para a população. Somente com o apoio e financiamento provenientes do Ministério da Saúde é possível viabilizar essa forma de organizar os serviços odontológicos. Os dados sobre a saúde bucal, produzidos com qualidade usando metodologia adequada e critérios técnico-científicos, poderão ser usados pelo município para justificar a implementação de políticas públicas vigentes pelo Ministério e ainda não existentes no município de Rio Acima.

A equipe da pesquisa ressalta que o anonimato dos participantes está garantido. Os entrevistadores, devidamente identificados por camisetas e crachás, irão até a casa das pessoas sorteadas, que serão convidadas a participarem da pesquisa. As entrevistas e exames clínicos serão realizados nas residências selecionadas e com as pessoas que aceitarem contribuir e participar da pesquisa.

Nos casos em que houver verificação de condições urgentes para o tratamento de pacientes, a pesquisa não possui capacidade de atuar em intervenções cirúrgicas. Porém, nestes casos, a equipe da “Pesquisa: Saúde Bucal dos Adultos de Rio Acima”, irá encaminhar as demandas para os serviços públicos municipais e instituições de ensino de Belo Horizonte, que prestam serviços de Odontologia, de forma gratuita ou com preços reduzidos. A próxima atividade, para continuidade da coleta de dados nos domicílios, está prevista para o dia 06 de setembro. Em caso de dúvidas, foram distribuídos materiais de divulgação do Projeto no comércio e instituições locais explicando didaticamente como funciona a iniciativa. Ao final os dados coletados serão disponibilizados para a população, as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, além do Ministério da Saúde.

Para informações adicionais: profuncional.ufmg@gmail.com

Ficha técnica

Coordenação Geral:

Raquel Conceição Ferreira

Coordenação Técnica:

Andréa Rodrigues Motta e Loliza Chalub Houry

Equipe Técnica:

Amanda Rubim, Anna Rachel Soares, Déborah Campos, Fernanda Campos, Gabriela Rodhes, Grazielle Santos, Julya Campos e Luisa Carvalho.

Categ

Admini

Assistê

Ação S

Cultura

Educaç

Esport

Esport

Fazenc

Gestão

IPTU

Infraes

Lazer

Materia

Obr

Ofic

Pas

Plai

Por

Pro

Saú

Seg

Ser

Tori

Trai

Turi

limp

Tod



2019 - Prefeitura Municipal de Rio Acima
Endereço: Prefeitura de Rio Acima Rua Antônio Carlos, nº 0, CEP: 34.300-000 - Rio Acima / MG
Tel.: (31) 3545-1484 - Email: comunicacao@prefeituraarioacima.mg.gov.br

Versão: 2019.06.11

APÊNDICE D – Divulgação da pesquisa no sítio eletrônico da Câmara Municipal de Rio Acima

| INÍCIO | A CÂMARA ▾ | NOTÍCIAS | REGULAMENTOS ▾ | INSTITUCIONAL ▾ | PROPOSIÇÕES ▾ | EDITAIS E LICITAÇÕES ▾ |
|--|------------|----------|----------------|-----------------|---------------|------------------------|
| PROJETO DE SAÚDE BUCAL DA UFMG PRETENDE AVALIAR 700 PESSOAS | | | | | | |
| <p><i>Categoria: Saúde</i> Câmara Municipal de Rio Acima apoia iniciativa, que tem coordenação de professores da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais</p> | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| <p>Audiência Pública</p> <p>Comissões permanentes</p> <p>Datas Comemorativas</p> <p>Finanças</p> <p>Meio ambiente</p> <p>Nota de Falecimento</p> <p>Reuniões Extraordinárias</p> <p>Reuniões Ordinárias</p> <p>Saúde</p> <p>Segurança</p> <p>Solenidades</p> <p>Turismo</p> <p>Utilidade Pública</p> <p>Todas</p> | | | | | | |

Alunas do Projeto da esquerda para direita, Déborah Campos, Grazielle Santos, Gabriela Rhodes, Fernanda Lamounier, Luisa Carvalho, Anna Rachel Soares e Julya Ribeiro.

Rio Acima/MG – Desenvolvido no 2º semestre de 2018, com previsão de duração até o 1º semestre de 2019, a “Pesquisa: Saúde Bucal dos Adultos de Rio Acima”, já realizou cerca de 60 avaliações, com suporte da equipe formada por alunos do curso de Odontologia e Fonoaudiologia e do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Segundo Loliza Chalub Hourri, que atua na coordenação técnica do projeto, a iniciativa pretende realizar a avaliação da condição da boca de, aproximadamente, 700 adultos residentes em diversos bairros do município, com idade entre 35 e 44 anos, com relação aos dentes, mastigação e pronúncia das palavras. Os dados servirão para nortear a formulação de políticas públicas na região.

Devido à importância dos indicadores que serão coletados com a pesquisa e em função da parceria da UFMG com o município neste projeto ‘piloto’, a Câmara Municipal de Rio Acima (CMRA) reforça a iniciativa com apoio institucional e pretende contribuir na divulgação das ações do projeto. O presidente da Câmara, Jefferson Souza Santos (Jê Lírio), salienta que todas as iniciativas que vão de encontro a melhorias para a cidade e para a população terão apoio do Legislativo. O vereador vice-presidente da CMRA, Jair Paes também reconhece que a iniciativa da UFMG é muito interessante para compreender melhor a situação bucal dos adultos de Rio Acima. O parlamentar secretário da Câmara, Wellington Morgan, reforça que além de todas as questões que poderão ser identificadas na pesquisa, uma boa saúde bucal também contribui para elevar a autoestima das pessoas.

Atualmente, o estudo está numa etapa inicial. “Nós da comunidade científica chamamos de ‘estudo piloto’, aquele momento em que vamos a campo para colocar efetivamente em prática, o que foi planejado. Então, as alunas pesquisadoras passaram por um processo de treinamento teórico e prático na Faculdade, avaliando pacientes. Fizemos entrevistas simulando o que seria feito aqui”, disse Loliza Chalub Hourri.

De acordo com a coordenação técnica do projeto, o estudo principal será feito com uma amostra que represente os adultos de Rio Acima, da faixa etária em questão, que é estabelecida por critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS). “Nesta faixa etária as pessoas têm todos os dentes permanentes na boca, é a idade na qual os problemas de gengiva, a doença periodontal, são mais frequentes. Com a avaliação dos adultos é possível pesquisar estes problemas que levam a perda dos dentes e o acúmulo de doenças desde a infância, adolescência até a fase adulta. É uma faixa etária em que temos a possibilidade de conhecer a doença acumulada”, explica Loliza.

Como reside em Rio Acima, a coordenadora técnica do projeto explica porque escolheu o município para realizar a pesquisa. “Sempre tive vontade de fazer alguma ação para promover a saúde aqui, desde que me tornei professora na UFMG, sempre tive este desejo de estar conectada com o serviço do município”, relata Loliza Chalub Houri. Ela também explica que devido à proximidade com Belo Horizonte, houve consenso na viabilidade para atuar neste contexto. “O município não possui equipes de saúde bucal vinculadas à Estratégia Saúde da Família (ESF). A inserção da Odontologia na ESF pode representar aumento da cobertura dos serviços de saúde bucal, com maior acesso para a população. Então, dados sobre a saúde bucal, produzidos com qualidade usando metodologia adequada e critérios técnico-científicos, podem ser usados pelo município para justificar a implementação de políticas públicas vigentes pelo Ministério da Saúde e ainda não existentes no município de Rio Acima”, ressalta Loliza Chalub Houri. O reconhecimento da importância de produzir esses dados é compartilhado pelos serviços públicos locais, que têm fornecido suporte e apoio fundamentais para viabilizar a execução do projeto. A coordenação de atenção primária e de saúde bucal, as gerências das Unidades Básicas de Saúde e os Agentes Comunitários de Saúde têm participado ativamente da divulgação e sensibilização da população, para aderir e participar do projeto. A pesquisadora enfatiza que o apoio de instituições como a CMRA e o comércio local é essencial para garantir a aceitação das pessoas e o sucesso desse projeto.

A equipe da pesquisa ressalta que o anonimato dos participantes está garantido. A pesquisadora também salienta que em casos, nos quais houver verificação de condições urgentes para o tratamento de pacientes, a pesquisa não possui capacidade de atuar em intervenções cirúrgicas. Porém, nestes casos, a equipe da “Pesquisa: Saúde Bucal dos Adultos de Rio Acima”, encaminha demandas para Universidades e Faculdades que prestam serviços de Odontologia, de forma gratuita ou com preços reduzidos, num comparativo com o mercado formal. A próxima atividade de visita aos domicílios pelas pesquisadoras participantes da “Pesquisa: Saúde Bucal dos Adultos de Rio Acima” está programada para o dia 06 de setembro, a equipe atua com uniforme de identificação e existem materiais de divulgação do Projeto explicando didaticamente como funciona a iniciativa. Posteriormente, os dados coletados serão disponibilizados para a população, as Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, além do Ministério da Saúde.



As professoras do Projeto da esquerda para direita são: Profa. Andréa Motta, Profa. Loliza Chalub Houri, Profa. Raquel Ferreira e Profa. Fabiana Vargas.

Para informações adicionais: profuncional.ufmg@gmail.com

Ficha técnica

Coordenação Geral:

Raquel Conceição Ferreira

Coordenação Técnica:

Andréa Rodrigues Motta e Loliza Chalub Houri

Equipe Técnica:

Amanda Rubim, Anna Rachel Soares, Déborah Campos, Fernanda Campos, Gabriela Rodhes, Grazielle Santos, Julya Campos e Luisa Carvalho.




Os vereadores Jé do Lirio, Ricardo Vieira, Dimas Lúcio e Wellington Morgan junto a Miguel Houri durante reunião sobre o Projeto.

APÊNDICE E – Cartaz de divulgação da pesquisa afixado no comércio local de Rio Acima

PESQUISA


SAÚDE BUCAL DOS ADULTOS DE RIO ACIMA

O QUE É?



Avaliação da condição da boca de adultos: dentes, gengiva, uso de próteses, mastigação e pronúncia de palavras

OBJETIVOS




Coletar informações sobre a população adulta de Rio Acima:

- Diagnóstico das condições de saúde bucal e mastigação
- Identificação de possíveis alterações na fala e pronúncia de palavras

Os dados serão disponibilizados para a população e Secretaria de Saúde.




PARTICIPANTES




Adultos de 35 a 44 anos serão sorteados para a realização de exames e entrevistas

COMO SERÁ REALIZADO?

Estudantes de graduação e pós-graduação da UFMG foram treinados para a realização da entrevista, do exame clínico da boca e da fala.


-  A equipe da pesquisa irá até a casa das pessoas sorteadas, que serão convidadas a participarem da pesquisa.
-  As entrevistas e exames clínicos da boca serão realizados com os adultos que aceitarem contribuir e participar da pesquisa, nas residências selecionadas.
-  Serão coletados também dados relacionados às condições sociodemográficas e econômicas, autopercepção de saúde bucal, uso de serviços odontológicos, hábitos e qualidade de vida.




O anonimato dos participantes é garantido pelos preceitos da Ética em Pesquisa

SUA PARTICIPAÇÃO É MUITO IMPORTANTE!


Realização



FAO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA




Saúde COLETIVA




Fonoaudiologia UFMG


Apoio



INSTITUTO DE BIOLOGIA ORAL



FAPEMIG



PREFEITURA RIO ACIMA
2017 - 2020

APÊNDICE F - Folheto de divulgação da pesquisa distribuído no município

Como será realizada a Pesquisa?

Estudantes de graduação em Odontologia e Fonoaudiologia e de pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG foram treinados para a realização da entrevista, exame da fala e exame clínico bucal.

- Os entrevistadores, devidamente identificados, irão até a casa das pessoas nas ruas selecionadas, que serão convidadas a participarem da pesquisa.
- As entrevistas e exames clínicos serão realizados nas residências e com as pessoas que aceitarem contribuir e participar da pesquisa.
- Para evitar incômodo ou constrangimento, a entrevista será realizada em local reservado e o mais rapidamente possível.

Sua participação é muito importante!



O que é?

Consiste na avaliação da condição da boca de adultos com relação aos dentes, gengiva, uso de próteses, mastigação e pronúncia de algumas palavras.

Esta pesquisa começou a ser realizada em 2018 e está sendo conduzida pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob a coordenação do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva. A Prefeitura Municipal de Rio Acima (PMRA), através da Secretaria Municipal de Saúde, foi informada e concordou com sua realização. Porém, os pesquisadores não possuem nenhum tipo de vínculo com a PMRA, apenas contam com a colaboração dos serviços de saúde municipais. Serão também coletados dados relacionados às condições sociodemográficas e econômicas, autopercepção de saúde bucal, uso de serviços odontológicos, hábitos e qualidade de vida.

Os dados da pesquisa serão disponibilizados para a população de Rio Acima, assim como para a Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura para a formulação de políticas públicas na região.

Para mais informações

profucional.ufmg@gmail.com

COORDENAÇÃO GERAL
Raquel Conceição Ferreira

COORDENAÇÃO TÉCNICA
Andréa Rodrigues Motta
Loliza Chalub Hourri
Aline Araújo Sampaio

EQUIPE TÉCNICA
Amanda Miranda / Amanda Rubim
Anna Rachel Soares / Débora Campos
Fernanda Campos / Francine Barbosa
Gabriela Rhodes / Grazielle Santos
Jhonata James / Josué Costa
Joyce Barroso / Jylia Campos
Larissa dos Santos / Luísa Carvalho

REALIZAÇÃO

UFMG

FAO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Saúde Coletiva

Fonoaudiologia UFMG

APOIO

IBO
INSTITUTO DE ODONTOLOGIA BRASIL

FAPEMIG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RIO ACIMA
2017-2018

PESQUISA: SAÚDE BUCAL DOS ADULTOS DE RIO ACIMA

**PESQUISA:
SAÚDE BUCAL
DOS ADULTOS
DE RIO ACIMA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

2019

Por que a pesquisa é importante?

A cada dia são tomadas decisões, principalmente na instância pública, que afetam a vida de milhões de pessoas e envolvem muito dinheiro.

As pessoas que tomam as decisões nem sempre têm todas as informações necessárias para fazer a melhor escolha.

A partir desta pesquisa, poderemos colocar à disposição as informações sobre a saúde bucal da população.

Através desta pesquisa será possível realizar um diagnóstico sobre as condições de saúde bucal dos adultos de Rio Acima. Todos dizem necessitar de cuidados, mas é preciso que haja comprovação científica. Por isso a concordância dos selecionados em participar é imprescindível!

Essas informações nunca foram obtidas anteriormente. Portanto, esses dados serão muito importantes para melhor informar os dirigentes públicos e os políticos, cujas decisões afetam a vida de todos nós.

Os Departamentos da UFMG envolvidos tornarão públicos os achados estatísticos desta pesquisa, sem **NUNCA** identificar seus participantes.

Quem participará?

Dentre a população de Rio Acima, serão sorteados adultos, de 35 a 44 anos, para serem entrevistados e examinados.

Posso participar da pesquisa mesmo não tendo sido sorteado?

Não. Para garantir a precisão da pesquisa e minimizar possíveis tendências, somente os adultos das regiões sorteadas serão entrevistados e examinados.

A pessoa selecionada tem possibilidade de escolher participar ou não da pesquisa?

Sim. A participação é voluntária. A pessoa pode recusar-se a responder algumas ou todas as perguntas.

De acordo com a ética em pesquisa, os participantes não podem receber nenhuma recompensa pela sua participação.

**APÊNDICE G - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE ADULTOS
(30-49 ANOS) RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE RIO ACIMA – MG**

DADOS DA ENTREVISTA / EXAME

DATA: ____/____/201__ **ID entrevista:** _____ **Realização:** (1) Original (2) Duplicata

Entrevistador/Examinador: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____

Endereço completo: _____

Telefone: _____ **Celular:** _____ **E-mail:** _____

Naturalidade (município nascimento): _____

Anos de residência em Rio Acima: _____ **PSF referência:** (1) Centro (2) Rosário (3) Jatobá

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino **2. Qual sua data de nascimento?** ____/____/____ **3. Qual sua idade?** _____

4. Vive em companhia de cônjuge ou companheiro? (IBGE, 2010)

(0) Nunca viveu (1) Não, mas já viveu antes (2) Sim (9) Não sabe / não respondeu

5. A sua cor ou raça é (IBGE, 2010)

(0) Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Parda (4) Indígena (9) Não sabe / não respondeu

DADOS SOCIOECONÔMICOS

6. Quantos anos o(a) senhor(a) estudou? Qual é o seu grau de escolaridade? (OMS, 2013; FOUSP, 2017)

- (0) Nunca foi à escola - analfabeto
- (1) 1 a 4 anos de estudo (até 4ª série) – ensino fundamental (1º grau) incompleto
- (2) 5 a 8 anos de estudo (até 8ª série) – ensino fundamental (1º grau) completo
- (3) 9 a 10 anos de estudo – ensino médio (2º grau) incompleto
- (4) 11 anos de estudo – ensino médio (2º grau) completo
- (5) ≥ 12 anos de estudo – ensino superior (3º grau) incompleto
- (6) ≥ 12 anos de estudo – ensino superior (3º grau) completo
- (7) Pós-graduação
- (9) Não sabe / não respondeu

7. 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? (SB Brasil, 2010) (salário mínimo 2018: R\$954,00)

- (0) Até 250 reais (4) De 2.501 a 4.500 reais
- (1) De 251 a 500 reais (5) De 4.501 a 9.500 reais
- (2) De 501 a 1.500 reais (6) Mais de 9.500 reais
- (3) De 1.501 a 2.500 reais (9) Não sabe / não respondeu

8. Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem neste domicílio? (SB Brasil, 2010) _____

CONDIÇÕES SISTÊMICAS

9. Algum médico já deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração) a você? (ex.: hipertensão, diabetes, dislipidemia) (PNS, 2013)

(0) Não (1) Sim. Quais: _____

10. Você faz uso constante de algum medicamento receitado pelo médico?

(0) Não (1) Sim. Quais: _____

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

11. O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? (SB Brasil, 2010) (0) Não (1) Sim

12. Quanto dentes naturais você possui? (OMS, 2013)

- (0) Não possuo dentes naturais (2) 10-19 dentes (9) Não sabe / não respondeu
- (1) 1-9 dentes (3) 20 dentes ou mais

13. Como você descreveria a condição de seus dentes? (OMS, 2013)

- (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Média (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe / não respondeu

14. Como você descreveria a condição de suas gengivas? (OMS, 2013)

(0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Média (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Não sabe / não respondeu

15. Quantas vezes você escova / higieniza seus dentes? (OMS, 2013)(0) Nunca (3) Uma vez por semana (6) Duas ou mais vezes por dia
(1) Uma vez por mês (4) Duas a seis vezes por semana (9) Não sabe / não respondeu
(2) Duas a três vezes por mês (5) Uma vez por dia**Você utiliza algum dos seguintes itens para escovar / higienizar seus dentes? (OMS, 2013)****16. Escova de dentes** (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não respondeu**17. Palito de madeira** (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não respondeu**18. Palito de plástico** (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não respondeu**19. Fio dental** (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não respondeu**20. Você usa pasta de dente para limpar seus dentes?** (0) Não (1) Sim (9) Não sabe / não respondeu**21. Faz quanto tempo que você visitou o dentista pela última vez? (OMS, 2013)**(0) Nunca foi ao dentista (4) 2 anos ou mais porém menos do que 5 anos
(1) Menos do que 6 meses (5) 5 anos ou mais
(2) 6 a 12 meses (9) Não sabe / não respondeu
(3) Mais do que 1 ano mas menos do que 2 anos**22. Onde foi sua última visita ao dentista? (SB Brasil adaptado, 2010)**(0) Serviço público (4) Outros: _____
(1) Serviço privado liberal (8) Não se aplica
(2) Serviço privado (planos e convênios) (9) Não sabe / não respondeu
(3) Serviço filantrópico**23. Qual foi a razão de sua última visita ao dentista? (OMS adaptado, 2013)**(0) Consulta de aconselhamento (3) Check up de rotina
(1) Dor ou problema com os dentes, gengiva ou boca (8) Não se aplica
(2) Tratamento / retorno (9) Não sabe / não respondeu**24. O que o Sr.(a) achou do tratamento na última consulta? (SB Brasil adaptado, 2010)**(0) Muito ruim (4) Muito bom
(1) Ruim (8) Não se aplica
(2) Regular (9) Não sabe / não respondeu
(3) Bom**DIETA - Com que frequência você come ou bebe algum dos seguintes alimentos, mesmo que em pequenas quantidades? (OMS adaptado, 2013)**

| | (0) Raramente / Nunca | (1) Uma vez ao dia, todos os dias | (2) Várias vezes ao dia, todos os dias | (3) Uma vez por semana | (4) Várias vezes por semana, mas não todo dia | (5) Várias vezes ao mês, mas não toda semana nem todo dia | (9) Não sabe / não respondeu |
|---|-----------------------------|--|--|------------------------------|--|---|------------------------------------|
| 25. Frutas frescas | | | | | | | |
| 26. Biscoitos/bolachas, bolos e bolos recheados | | | | | | | |
| 27. Pães, tortas doces e rosquinhas doces | | | | | | | |
| 28. Geleia, mel ou doce de leite | | | | | | | |
| 29. Chiclete contendo açúcar | | | | | | | |
| 30. Doces (industrializados ou caseiros) / balas | | | | | | | |

| IMPACTO PELO OHIP – 14 (versão curta de Oliveira; Nadanovsky, 2005) | | | | |
|--|-----------------|----------------|---------------------|--------------|
| Nos últimos 6 meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura, você: | | | | |
| 51. Você teve problemas para falar alguma palavra? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 52. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 53. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 54. Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 55. Você ficou preocupado(a)? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 56. Você se sentiu estressado (a)? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 57. Sua alimentação ficou prejudicada? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 58. Você teve que parar suas refeições? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 59. Você encontrou dificuldade para relaxar? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 60. Você se sentiu envergonhado (a)? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 61. Ficou irritado (a) com outras pessoas? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 62. Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 63. Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |
| 64. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? | | | | |
| (0) Nunca | (1) Raramente | (2) Às vezes | (3) Repetidamente | (4) Sempre |

| DISFUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR (Questionário anamnésico de Fonseca <i>et al.</i>, 1994) | | | |
|--|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| 65. Você sente dificuldade para abrir a boca? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 66. Você sente dificuldades para movimentar sua mandíbula para os lados? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 67. Você tem cansaço/dor muscular quando mastiga? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 68. Você sente dores de cabeça com frequência? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 69. Você sente dor na nuca ou torcicolo? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 70. Você tem dor de ouvido ou na região das articulações (ATMs)? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 71. Você já notou se tem ruídos na ATM quando mastiga ou quando abre a boca? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 72. Você já observou se tem algum hábito como apertar e/ou ranger os dentes (mascar chiclete, morder lápis ou lábios, roer a unha)? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 73. Você sente que seus dentes não se articulam bem? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| 74. Você se considera uma pessoa tensa ou nervosa? | (0) Não | (5) Às vezes | (10) Sim |
| AVALIAÇÃO CLÍNICA DA CAVIDADE BUCAL | | | |
| 75. Faz uso de prótese total superior | (0) Não | (1) Sim, mucossuportada | (2) Sim, implantossuportada |
| 76. Faz uso de prótese total inferior | (0) Não | (1) Sim, mucossuportada | (2) Sim, implantossuportada |

CONDIÇÕES DENTÁRIAS (adaptado de Nguyen *et al.*, 2011)

77. Primeiro par oclusal de Pré-molar: 14 e 4 e 4

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

78. Segundo par oclusal de Pré-molar: 15 e 4 e 4

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

79. Primeiro par oclusal de Molar: 16 e 4 e 4

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

80. Segundo par oclusal de Molar: 17 e 4 e 4

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

81. Terceiro par oclusal de Molar: 18 e 4 e 4

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

82. Terceiro par oclusal de Pré-molar: 24 e 3 e 3

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

83. Quarto par oclusal de Pré-molar: 25 e 3 e 3

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

84. Quarto par oclusal de Molar: 26 e 3 e 3

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

85. Quinto par oclusal de Molar: 27 e 3 e 3

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

86. Sexto par oclusal de Molar: 28 e 3 e 3

(0) Não oclui (2) Sim, entre dente natural e prótese (9) Dente de referência ausente
(1) Sim, entre dentes (3) Sim, entre próteses naturais

| HIPERSENSIBILIDADE DENTINÁRIA (versão brasileira do DHEQ-15, Douglas-de-Oliveira <i>et al.</i>, 2018) | | |
|--|---------------------------------|----------------------|
| PREENCHER APENAS PARA PARTICIPANTES QUE RELATARAM HD DURANTE EXAME CASO NÃO APRESENTE HD, MARCAR O CÓDIGO (9) NAS QUESTÕES 87 A 101 | | |
| Pensando sobre você ao longo do último mês, até que ponto você concordaria ou discordaria com as seguintes afirmações. | | |
| 87. Ter dentes sensíveis me tira o prazer de comer e beber. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 88. Eu demoro para terminar de comer e beber algumas coisas por causa dos meus dentes sensíveis. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 89. Algumas vezes, eu tenho dificuldades em tomar sorvete por causa dos meus dentes sensíveis. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 90. Eu tenho que mudar o jeito que eu como ou bebo certas coisas. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 91. Eu tenho que ser cuidadoso ao respirar pela boca em um dia frio. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 92. Quando eu como alguns alimentos, eu tenho que ter cuidado para que eles não toquem certos dentes. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 93. Por causa dos meus dentes sensíveis, eu demoro mais para terminar uma refeição. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 94. Eu tenho que ser cuidadoso com o que eu como quando estou com outras pessoas por causa dos meus dentes sensíveis. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 95. Ir ao dentista é difícil para mim porque eu sei que vai doer devido aos meus dentes sensíveis. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 96. Eu fico ansioso quando eu vou comer ou beber alguma coisa que pode causar sensibilidade nos meus dentes. | | |

| | | |
|---|---------------------------------|----------------------|
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 97. A sensibilidade nos meus dentes é irritante. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 98. A sensibilidade nos meus dentes é insuportável. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 99. Ter dentes sensíveis me faz sentir mais velho. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 100. Ter dentes sensíveis me faz sentir prejudicado. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |
| 101. Ter dentes sensíveis me faz sentir doente. | | |
| (1) Discordo muito | (4) Nem concordo nem discordo | (7) Concordo muito |
| (2) Discordo | (5) Concordo um pouco | (9) Não se aplica |
| (3) Discordo um pouco | (6) Concordo | |

APÊNDICE H – Folheto de divulgação das Instituições de Ensino em Odontologia fornecido aos participantes da pesquisa

IES Pós-Graduação



Tel: (31)3284-4545
End.: Rua Penafiel 420 - Anchieta, BH/MG.
Ônibus: 4111 (descer na rua Joaquim Linhares esquina com rua Bambuí) e 2103 (descer no ponto final, na Av. Francisco Deslandes).
Agende uma avaliação gratuita e você será encaminhado para o tratamento de sua necessidade. Os preços cobrados pelo IES Pós Graduação são acessíveis a todos, e os tratamentos dentários são de primeira qualidade em termos de estética e funcionalidade.
Fonte: http://www.iesposgraduacao.com.br/textos/textos_detalhes.asp?id=16

Estação Ensino

Telefone: (31)3646-4826
End.: Rua Santa Fé, 73 – Sion, BH/MG



A Clínica Escola da Estação Ensino atende diversos tratamentos odontológicos. Como a finalidade do tratamento é didática pedagógica, não visamos lucro, cobramos apenas os valores referente aos materiais. O agendamento das avaliações pode ser feita por telefone.
Tratamentos oferecidos: Profilaxia Dental Profissional, Clareamento Odontológico, Selante, Canal, Implante, Prótese, Restauração, Obturação e Ortodontia.
Fonte: <https://www.estacaoensino.com/atendimento-odontologico/>

São Leopoldo Mandic

Telefone: (31)3517-7200
End.: Av. Assis Chateaubriand, 457 – Floresta, BH/MG



Para se candidatar ao tratamento odontológico na Unidade Belo Horizonte, o interessado deve agendar um horário para triagem, por telefone

Faculdade de Odontologia da UFMG



End.: Rua Prof. Moacir Gomes de Freitas, 688 – Pampulha, Belo Horizonte (MG)

Acoplimento no CASEU, entrar em contato pelo telefone (31)3409-2405:

- **Siso (nascido):**
- **Próteses parciais (roach):** esse tratamento possui custo. Inscrições fechadas por tempo indeterminado para próteses fixa (ponte fixa) e total (dentadura);
- **Retorno:** caso você já tenha sido paciente de algum tratamento da Faculdade de Odontologia da UFMG e deseja retornar;
- **Traumatismo:** entrar em contato com o setor responsável (31)3409-2454 para mais informações sobre o tratamento.

Atendimento da Pós-graduação:

- **Implantes:** novas inscrições terão início em Abril/2019;
- **Siso incluso e semi-incluso:** entrar em contato com o Bloco Cirúrgico (31)3409-2473, atendimento gratuito.

Projetos de demanda livre:

- **Aparelho ortodôntico:** atendimento possui custo. É realizado por dois setores, que atendem tanto crianças quanto adultos. Disciplina de Ortodontia: (31)3409-2426 (Eloisa) ou Núcleo Ortodôntico: (31)3409-2431 (Márcia);
- **Clareamento:** demanda livre e acontece às quintas-feiras às 18h30;
- **Tomografia e Radiografia:** atendimento de 2ª a 6ª f, de 8h às 12h e 13h às 17h. O interessado deverá vir até a Faculdade, no setor de radiologia, realizar o seu cadastro e pagar o boleto referente ao serviço solicitado. Ter em mãos: carteira de identidade, CPF e CEP residencial. Para demais esclarecimentos, entre em contato (031)3409-2489.

das 8h00 às 18h00, de segunda a sexta-feira, ou por e-mail, (bh.clinica@slmandic.edu.br), informando o nome completo e telefone para contato.

Outras instituições



Telefones: (31)3241-7436 / 3241-2044 / 3524-2555 / (31) 97151-7571
End.: R. Padre Marinho, 98 – Santa Efigênia, BH/MG

Associação Brasileira de Odontologia (ABO-MG)



Telefones: (31)3298-1800 / 3524-1825
End.: R. Tenente Renato César, 106 – Cidade Jardim, BH/MG

UNIFENAS – Curso de Odontologia



Telefone: (31)2536-5802
End.: R. Boa Ventura, 50 – Bairro Universitário (Campus Jaraguá), BH/MG



Telefone: (31)3225-8942 / 3064-6333
End.: Av. Amazonas, 3.200 – Prado, BH/MG



INSTITUTO DE BIOLOGIA ORAL

Telefone: (31)3273-2862
End.: R. Rio Grande do Norte, 355 – Santa Efigênia, BH/MG

- **Urgências:** acontece de segunda a sexta-feira a partir de 07:00 hrs, no CASEU. E também de segunda-feira a quinta-feira a partir das 14:00 hrs na clínica 5 da graduação. Em ambos os atendimentos, o paciente deverá pegar uma senha com o porteiro e aguardar sua vez. Lembrando que as senhas são limitadas. Este atendimento é gratuito.

Marcação deve ser realizada pelos Centros de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte quando há oferta de vagas, principalmente no início do semestre letivo: Cirurgia (extração); Cirurgia ortognática (núcleo ortodôntico); Dentística (restauração complexa, peças -> possui custo); Endodontia (canal); Limpeza; Periodontia (gingivita); Restaurações simples.

Fonte: <https://www.odonto.ufmg.br/faleconosco/>

Clínica Odontológica da PUC Minas



Tel: (31)3319-4444 / 3319-4164
End.: Av. Dom José Gaspar, 500 – Coração Eucarístico, Belo Horizonte (MG)

Atende a qualquer tipo de caso sem encaminhamento, apenas em casos de patologia clínica os pacientes são encaminhados pelo SUS. As pessoas precisam fazer inscrição, levar identidade e comprovante de endereço. Existe uma fila, as inscrições estão fechadas por tempo indeterminado. O atendimento é gratuito, com exceção dos trabalhos de prótese que são pagos, restaurações, canal, cirurgia e limpeza são gratuitos (reabilitação clínica é gratuita). Funcionamento durante todo o dia de segunda a sexta-feira, de 7h às 12h20 e de 13h30 às 18h.

Fonte: <https://www.pucminas.br/servicos/Comunidade/Paginas/Clinica-odontologica.aspx>

Clínica de Odontologia da Newton Paiva

Tel: (31)3516-2616 / 3516-2630
End.: Av. Silva Lobo, 1 – Nova Granada, Belo Horizonte (MG)
Horário de atendimento a pacientes externos: 7h30 às 12h50, de 2ª a 6ª feira. Atendimento gratuito, com exceção de prótese, coroa e placa de bruxismo.



**PESQUISA:
SAÚDE BUCAL
dos adultos de
Rio Acima (MG)**

**INSTITUIÇÕES DE
ENSINO DE
ODONTOLOGIA**

Instituições que
oferecem tratamentos
à comunidade em
Belo Horizonte

2019

Atendimentos oferecidos: odontopediatria; ortodontia preventiva; dentística restauradora e estética; próteses fixas, removíveis parciais e totais*; periodontia; endodontia; cirurgia.
Exames radiográficos: 13h às 17h às segundas-feiras.

Fonte: <https://www.newtonpaiva.br/projetos/programas-de-ensao/12>

Clínica-Escola de Odontologia da FEAD



Tel.: (31)4009-0978 / 4009-0951
End.: Avenida do Contorno, 11.190 – Centro, Belo Horizonte (MG)

VAGAS ABERTAS para tratamento de pacientes crianças de 4 a 12 anos e jovens de 13 a 25 anos de idade; extrações dentárias (pacientes jovens e adultos); tratamento de canal de dentes anteriores.

Tratamentos oferecidos: diagnóstico e prevenção de doenças bucais; dentística (restaurações e estética); cirurgia (extrações dentárias); prótese (fixas e removíveis totais e parciais); periodontia (tratamento das doenças da gengiva e cirurgias periodontais); ortodontia (avaliação ortodôntica e da ATM); endodontia (tratamento de canal); tratamento de pacientes com necessidades especiais; e, tratamento de urgências.

Para informações sobre vagas e tratamentos, bem como da taxa de manutenção semestral da clínica e dos serviços laboratoriais como próteses ou aparelhos ortodônticos confeccionados em laboratórios terceirizados, ligue: (31) 4009-0951.
Fonte: <http://www.fead.br/noticia/2017/03/31/354/acao-social-e-uma-pratica-constante-novafead-compartilhe>



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?
Considere 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
- | | |
|---|---|
| 16.1. Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? <input type="text"/> | 16.5. Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |
| 16.2. Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <input type="text"/> | 16.6. Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |
| 16.3. Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? <input type="text"/> | 16.7. Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <input type="text"/> |
| 16.4. Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? <input type="text"/> | 16.8. Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? <input type="text"/> |
| | 16.9. Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <input type="text"/> |

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

14 01 10 09:00

CONEP

33153701

p. 1



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PARECER Nº 009/2010

Registro CONEP 15496 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Processo nº 25000.543301/2009-53

Projeto de Pesquisa: "Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SB-Brasil 2010". Protocolo versão Junho/2009.

Pesquisador Responsável: Dr. Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Instituição: Ministério da Saúde (1º CENTRO)

CEP de origem: CONEP

Área Temática Especial: Não informado.

Patrocinador: Não informado.

Sumário geral do protocolo

Os estudos transversais são importantes componentes em qualquer política de vigilância em saúde. A despeito do constante aperfeiçoamento em nossos Sistemas de Informação, a partir dos quais se torna possível estabelecer um diagnóstico da situação de saúde da população, em muitas situações não há como prescindir de informações epidemiológicas obtidas a partir de dados primários. No caso particular de saúde bucal, o diagnóstico coletivo dos principais agravos (cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias, dentre outros) deve ser estabelecido, com propriedade, mediante a realização de inquéritos populacionais.

Os três grandes levantamentos nacionais realizados em 1986, 1995 e 2003 foram de grande relevância para a construção de uma consistente base de dados relativo ao perfil epidemiológico de saúde bucal da população brasileira. Contudo, é fundamental que a realização destes estudos faça parte de uma estratégia inserida no componente de vigilância a saúde da Política de Saúde, na perspectiva da construção de uma série histórica de dados de saúde bucal com o objetivo de verificar tendências, planejar e avaliar serviços.

A Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – incorpora uma agenda em discussão desde o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira e traduz, em seus pressupostos operacionais, os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao trabalhar os eixos da atenção à saúde bucal a partir do incremento da atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família, da implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas como elemento estruturante da atenção secundária, além das ações de caráter coletivo, o Brasil Sorridente se insere no conjunto de programas estratégicos na atual Política de Saúde.

Dentre os pressupostos dessa política, que visam à reorientação do modelo de atenção à saúde bucal, destacam-se: (a) "utilizar a Epidemiologia e as Informações sobre o território subsidiando o planejamento" e (b) "centrar a atuação na Vigilância à Saúde, incorporando práticas contínuas de avaliação e acompanhamento dos danos, riscos e determinantes do processo saúde-doença". Tais pressupostos devem, portanto, serem postos em prática a partir de diversas estratégias, dentre elas a realização de pesquisas epidemiológicas de base nacional.

O presente projeto descreve as bases metodológicas para a realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrasil 2010. Esta pesquisa faz parte de um processo histórico que se ampliou e aprofundou com o Projeto SBBrasil 2003, o qual proporcionou um dos mais completos diagnósticos da saúde bucal dos brasileiros. Pretende-se, com este projeto, dar continuidade a esse processo, realizando uma pesquisa em moldes semelhantes, de maneira a construir uma série histórica, contribuindo para as estratégias de avaliação e

Cont. Parecer CONEP nº 69/2010

planejamento dos serviços, ao mesmo tempo em que consolida um modelo metodológico e demarca o campo de atuação do componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

O estudo em tela tem como principal objetivo conhecer as condições de saúde bucal da população brasileira em 2010, subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e serviços junto ao Sistema Único de Saúde e manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.

Estimar, para a população de diferentes faixas etárias: a prevalência e a gravidade da cárie dentária em coroa e raiz; a condição periodontal; a prevalência de oclusopatias; a prevalência e a gravidade da fluorose dentária; a prevalência de traumatismo dentário (fratura coronária e avulsão); as necessidades de tratamento relacionadas com a cárie dentária; a necessidade e uso de prótese; a prevalência e a gravidade da dor de origem dentária e ainda, obter dados que contribuam para caracterizar o perfil socioeconômico, a utilização de serviços odontológicos, a autopercepção e os riscos à saúde bucal.

Para o Projeto SBBrasil 2003 foram sorteados 10 municípios em cada estrato estabelecido a partir da combinação de região (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), e porte populacional: (a) até 5.000 habitantes; (b) de 5.001 a 10.000 habitantes; (c) de 10.001 a 50.000 habitantes; (d) de 50.001 a 100.000 habitantes e mais de 100.000 habitantes. As 26 capitais e o Distrito Federal não foram sorteados, sendo alocados intencionalmente na amostra, isso se deu por razões operacionais, uma vez que, caso fossem incluídas para sorteio dentro do estrato de mais de 100 mil habitantes, haveria o risco de não serem sorteadas. Em simulações realizadas, alguns municípios de populações maiores que as das capitais foram sorteados, deixando as mesmas de fora da amostra. Assim, a alocação intencional considerou a importância destes municípios em uma pesquisa de caráter nacional e levou em conta, ainda, a necessidade de manter a comparabilidade com estudos anteriores que foram realizados nas capitais, em 1986 e 1996.

Para o SBBrasil 2010 serão mantidos os mesmos municípios, adotando a estratégia de utilização de uma amostra mestre, conforme proposta desenvolvida pela Organização das Nações Unidas para estudos domiciliares em países em desenvolvimento e em transição. Ocorreram mudanças no tamanho populacional dos municípios da amostra, entre 2003 e 2009 de modo que o tamanho dos estratos populacionais se alterou.

A manutenção de uma base metodológica uniforme é um aspecto importante quando se considera a realização de estudos seccionais como um componente de destaque nas estratégias de vigilância em saúde bucal. No caso particular das doenças e agravos bucais, em sua maioria não permite avaliações a partir da mera aferição da prevalência, estabelecida pelo diagnóstico, no indivíduo, da presença ou ausência de doença. Historicamente, têm sido desenvolvidos diversos índices voltados para a análise das mais prevalentes (cárie, doença periodontal, oclusopatias, fluorose, dentre outras), no sentido de se verificar, além da prevalência, a extensão da gravidade das doenças bucais.

Uma iniciativa da OMS permitiu um amplo e consistente aperfeiçoamento dessas ferramentas de investigação de modo que, atualmente, a grande maioria das pesquisas realizadas mundialmente segue um padrão semelhante com relação aos índices utilizados. Desse modo, a proposição dos índices a serem utilizados neste estudo e as devidas adequações dos mesmos atendem as recomendações da OMS na 4ª edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal.

Além dos índices tradicionais para aferição dos agravos bucais, seja aplicado, também, um questionário aos indivíduos examinados em domicílios (a partir de 15 anos) o qual contém questões relativas à caracterização socioeconômica, a utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal autorreferida e à autopercepção de saúde bucal.

Serão descritos a seguir, de modo resumido, as condições a serem pesquisadas, os índices e algumas alterações propostas. A Ficha de Exame e o Questionário constam nas páginas 31-32 (numeração do CEP).

Local de realização

Cont. Parecer CONEP nº 006/2010

Trata-se de um projeto nacional e multicêntrico, com a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde, entidades odontológicas, universidades e institutos de pesquisa, articulados pela Coordenação Nacional de Saúde Bucal, por intermédio do seu Comitê Técnico Assessor para Vigilância em Saúde Bucal (CTA) e dos Centros Colaboradores em Vigilância em Saúde Bucal. Do ponto de vista metodológico, compõe um estudo com base em uma amostra de indivíduos residentes em 250 municípios sorteados, nos quais serão realizados exames bucais e aplicados questionários para avaliar a prevalência e a gravidade dos principais agravos bucais, assim como fatores relacionados à situação socioeconômica, acesso a serviços odontológicos e percepção de saúde.

No Brasil, serão 151.840 participantes (página 24, numeração do CEP). Os critérios de seleção dos 250 municípios e de estabelecimento dos grupos etários são descritos nas páginas 16-20 (numeração do CEP). Foi apresentado também o método de cálculo do tamanho amostral (página 22, numeração do CEP). Na página 23 (numeração do CEP) foi apresentada uma tabela com os tamanhos amostrais ajustados para populações finitas segundo os grupos etários, por município e macrorregião. Tem-se, portanto, que os números amostrais calculados para cada macrorregião são: 29.132 para a Região Norte; 30.329 para a Região Nordeste; 31.885 para a Região Sudeste; 31.149 para a Região Sul; 29.346 para a Região Centro-Oeste.

Apresentação do protocolo

Foram apresentados cronograma (página 29, numeração do CEP) e orçamento financeiro (páginas 29, numeração do CEP) detalhados. O cronograma informa que a coleta de dados será realizada de Setembro/2009 a Fevereiro/2010 e encerramento das atividades do estudo será em Junho/2010. O orçamento financeiro informa os seguintes valores: despesas com consultoria totalizando R\$11.400,00; total de custos com diárias de R\$468.750,00; despesas com passagens totalizando R\$166.000,00; serviços de terceiros – Pessoa Física totalizando R\$ 419.900,00 e total de despesas com serviços de terceiros – Pessoa Jurídica de R\$732.000,00 e um total de custo da pesquisa de R\$1.500.050,00.

O currículo do pesquisador responsável (páginas 35-37, numeração do CEP) demonstra que o mesmo se encontra capacitado para condução do estudo. Os instrumentos de coleta de dados da pesquisa foram apresentados (página 31-32, numeração do CEP).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) página 33 (numeração do CEP) se encontra redigido em forma de convite, escrito de maneira sucinta e com linguagem clara.

Considerações sobre a análise das respostas ao Parecer CONEP Nº 473/2006, relativo ao projeto de pesquisa em questão:

1. Segundo consta na folha de rosto, o estudo em tela é unicêntrico. Entretanto, no protocolo, o projeto em tela é descrito como multicêntrico, e contará com a participação das secretarias estaduais e municipais de saúde, entidades odontológicas, universidades e institutos de pesquisa. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

Resposta: Houve mudanças no cálculo amostral e a descrição correta foi apresentada juntamente às respostas. Consta Folha de rosto corrigida presente na folha 08 das respostas.

Análise: Pendência atendida

2. Quanto ao número de sujeitos de pesquisa, é informado na folha de rosto que serão recrutados 130.000 sujeitos no Brasil. Porém, no item 3.3.4 do protocolo (Tamanho da amostra) foi sumarizado um total de 151.840 sujeitos de pesquisa para as 5 macrorregiões brasileiras. Observa-se uma diferença de 21.840 sujeitos de pesquisa. Ressalta-se também que na folha de rosto consta que todos os 130.000 sujeitos de pesquisa recrutados serão do centro em tela, embora no

Cont. Parecer CONEP nº 099/2010

protocolo conste o número de sujeitos de pesquisa provenientes de cada macrorregião brasileira. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

Resposta: Após novo cálculo amostral, a folha de rosto consta que serão recrutados 47.000 sujeitos no Brasil. No item 3.3.4 do protocolo (Tamanho da amostra) foi sumarizado um total de 47.000 sujeitos de pesquisa para as 5 macrorregiões brasileiras.

Análise: Pendência atendida.

3. Embora a redação do TCLE esteja clara e sucinta, consta o seguinte trecho: "O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado" (grifo nosso). Tal afirmação não está de acordo com a Resolução CNS 196/96 item V: "Considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade". Solicita-se adequação.

Resposta: Houve alteração no TCLE, retirando o grifo e incluindo que "Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos".

Análise: Pendência atendida.

4. Embora este seja um estudo do Ministério da Saúde, e os valores a serem gastos tenham sido descritos no orçamento, não foi informado qual será a fonte dos recursos do estudo. Solicitam-se esclarecimentos e adequação.

Resposta: Foi incluído no item 5. Orçamento: "Este projeto está sendo financiado com recursos do Fundo Nacional de Saúde. A divisão dos recursos com relação às rubricas está descrito a seguir".

Análise: Pendência atendida.

5. Solicita-se que seja esclarecido quais serão os modos de assistência e acompanhamento garantidos aos sujeitos da pesquisa que, durante os exames do estudo em tela, forem identificados com problemas de saúde bucal (conforme os itens III.3.ºm, "n" e "p" da Resolução CNS 196/96). Tais informações devem estar explícitas, também, no TCLE. Solicitam-se esclarecimento e adequação.

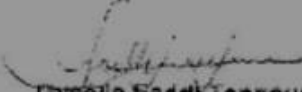
Resposta: Houve a inclusão no item 4. Implicações Éticas o seguinte texto: "Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido." O mesmo texto foi inserido no TCLE.

Análise: Pendência atendida.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Brasília, 07 de janeiro de 2010.


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SBBrasil 2010) realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Estado da Saúde, Secretarias Municipais, Entidades Odontológicas e Universidades. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa investigação dentifica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população do seu município, escolhidos por sorteio. O exame é uma observação da boca, feita na própria escola ou na residência, com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem será examinado. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão muito a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos.

Os riscos relativos à sua participação nesta pesquisa são mínimos e os benefícios que você terá serão indiretos e relacionados a um melhor conhecimento a respeito das doenças bucais na população brasileira de modo a organizar os serviços de maneira mais racional e efetiva.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será devidamente encaminhado a uma Unidade de Saúde, onde será atendido.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para <coordenador local da pesquisa>, no endereço <endereço da instituição> ou pelo telefone <telefone da instituição>.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde no endereço: Eplanada dos Ministérios – Bloco G, Anexo B – sala 436 b – CEP: 70.058-900 Brasília – DF – Fone: (61) 3315-2951.



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento

Para participante individual (18 anos e mais)

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrasil 2010** e autorizo a realização do exame

Data ____/____/____

Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão dactiloscópica

Para Pais ou Responsáveis de menores de 18 anos

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos na **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrasil 2010** e autorizo a realização do exame em

Data ____/____/____

Responsável

Nome em letra de forma

Assinatura ou impressão dactiloscópica

Pesquisador

Nome em letra de forma

Assinatura

Produção intelectual desenvolvida durante o curso de Mestrado (2017_2019)

Artigos completos publicados em periódico científico:

CAMPOS, F. L.; GUIMARÃES, L. C.; ALMEIDA, G. C.; VIANA, A. C. D. Causas de insucessos no tratamento endodôntico análise dos casos de retratamento atendidos no projeto de extensão da Faculdade de Odontologia da UFMG. *Arquivos em Odontologia (UFMG)*, v. 53, p. e20, 2018.

Araújo, M. M. C.; CAMPOS, F. L.; Soares, A. R. S.; CARVALHO, L. R. A.; PAULA, L. M. L. L.; SENNA, M. I. B.; Ferreira, R. C. Oferta de próteses dentárias na Atenção Primária à Saúde de 2010 a 2016 em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Arquivos em Odontologia (UFMG)*, v. 53, p. 7876, 2017.

Ferreira, R. C.; GONCALVES, T. X.; Soares, A. R. S.; CARVALHO, L. R. A.; CAMPOS, F. L.; RIBEIRO, M. T. F.; MARTINS, A. M. E. B. L.; FERREIRA, E. F. E. Dependence on others for oral hygiene and its association with hand deformities and functional impairment in elders with a history of leprosy. *GERODONTOLOGY*, v. 35, n. 3, p. 237-245, May. 2018.

Ferreira, R. C.; KAWACHI, I.; SOUZA, J. G. S.; CAMPOS, F. L.; CHALUB, L. L. F. H.; Antunes, J L. F. Is reduced dentition with and without dental prosthesis associated with oral health-related quality of life? A cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 17, p. 79, 2019.

Artigos completos submetidos em periódico científico:

Coautora do manuscrito: Organização e resolutividade dos serviços públicos odontológicos para a atenção em saúde bucal de pré-escolares: estudo em dois municípios brasileiros submetido ao periódico *Arquivos em Odontologia*. Fase de avaliação.

Autora: Associação entre configurações dentárias e autopercepção da necessidade de prótese em adultos brasileiros: análise com modelos de equações estruturais submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

Artigos em fase de conclusão:

As mídias sociais e a Odontologia: uma scoping review

Guideline para higiene bucal de pacientes dependentes para as atividades básicas de vida diária

Configuração dentária reduzida associada com variáveis clínicas e centradas no paciente

Trabalhos publicados em anais de evento (Resumos):

CAMPOS, F. L.; CHALUB, L. L. F. H.; Soares, A. R. S.; CARVALHO, L. R. A.; CAMPOS, J. R.; FERREIRA, R. C. Dentição funcional com e sem prótese dentária: associação com qualidade de vida relacionada à saúde bucal. In: 35ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2018

CARVALHO, L. R. A.; CAMPOS, F. L.; Soares, A. R. S.; CAMPOS, J. R.; CHALUB, L. L. F. H.; FERREIRA, R. C. Arco dentário reduzido e qualidade de vida relacionada à saúde bucal: o uso de prótese altera a associação. In: 35ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2018

SOUZA, K. C. A.; RODRIGUES, L. G.; CAMPOS, F. L.; CRUZ, A. C. P. S.; AMARAL, J. H. L.; GOMES, V. E.; PAULA, J. S.; SENNA, M. I. B. Uso das mídias sociais entre pacientes, profissionais e estudantes de Odontologia: uma scoping review. In: 35ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2018

SAMPAIO, A. A.; CAMPOS, F. L.; JESUS, R. M.; RODRIGUES, L. G.; PERAZZO, M. F.; RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C. Validação de protocolo para higiene bucal de pacientes dependentes para as atividades básicas de vida diária: versão síntese. In: 35ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 2018

RODRIGUES, L. G.; JESUS, R. M.; CAMPOS, F. L.; COSTA, J. G.; RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C. Protocolos para higiene bucal de idosos dependentes: uma revisão de literatura sistematizada. In: XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018

AMORIM, L. P.; CAMPOS, F. L.; SENNA, M. I. B.; CAMPOS, D. E. P.; PAULA, J. S.; FERREIRA, R. C. Serviço público de saúde bucal no Brasil: fatores associados à satisfação do usuário. In: 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2018

CAMPOS, F. L.; RUBIM, A. N.; Soares, A. R. S.; CARVALHO, L. R. A.; CHALUB, L. L. F. H.; FERREIRA, R. C. Cárie dentária e dentição funcional em adultos de 35-44 anos: resultados de estudo piloto em município metropolitano de Minas Gerais. In: XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018

RUBIM, A. N.; CAMPOS, F. L.; CAMPOS, J. R.; COTA, L. O. M.; CHALUB, L. L. F. H.; FERREIRA, R. C. Qualidade de vida geral e relacionada à saúde bucal em adultos de 35-44 anos: resultados de estudo piloto em município metropolitano mineiro. In: XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018

JESUS, R. M.; RODRIGUES, L. G.; CAMPOS, F. L.; SAMPAIO, A. A.; RIBEIRO, M. T. F.; FERREIRA, R. C. Protocolo para higiene bucal de pacientes dependentes para as atividades básicas de vida diária. In: XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018

SOUZA, K. C. A.; CAMPOS, F. L.; RODRIGUES, L. G.; VIEIRA, R. V.; ZINA, L. G.; GOMES, V. E. Uso das mídias sociais entre pacientes, profissionais e estudantes de odontologia: uma scoping review. In: XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018

VIEIRA, R. V.; RODRIGUES, L. G.; CAMPOS, F. L.; GOMES, V. E. Mapeamento da produção de aplicativos móveis para a odontologia: conteúdo científico e tecnológico. In: XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da UFMG, 2018

Ferreira, R. C.; CAMPOS, F. L.; Antunes, J L. F. Efeito do uso de prótese dentária na associação entre dentição funcional e impacto em saúde bucal. In: X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 2017

Apresentações de trabalho:

- ✓ Serviço Público de Saúde Bucal no Brasil: Fatores associados à satisfação do usuário. 2018 (Apresentado na modalidade comunicação oral curta no congresso 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva).
- ✓ Dentição funcional com e sem prótese dentária: associação com qualidade de vida relacionada à saúde bucal. 2018 (35ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica).
- ✓ Cárie Dentária e Dentição Funcional em adultos de 35-44 anos: resultados de estudo piloto em município metropolitano de Minas Gerais. 2018 (XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. FO/UFMG).

Participação na organização de eventos científicos:

XIV Encontro Científico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. FO/UFMG. 2018

Orientação:

Colaboração na orientação: Rafaella Mendes de Jesus. Protocolo para higiene bucal de pacientes dependentes para as Atividades Básicas de Vida Diária. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal de Minas Gerais.