

NORMA RIGHI CAPANEMA DE ALMEIDA

**O IMPACTO DA AUSÊNCIA DENTÁRIA SOBRE O
COTIDIANO DE ADULTOS RESIDENTES NO BAIRRO
DAS INDÚSTRIAS**

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2008-2009**

NORMA RIGHI CAPANEMA DE ALMEIDA

**O IMPACTO DA AUSÊNCIA DENTÁRIA SOBRE O
COTIDIANO DE ADULTOS RESIDENTES NO BAIRRO
DAS INDÚSTRIAS**

Proposta de intervenção em serviços de Saúde Bucal apresentada na conclusão do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família, durante o segundo semestre de 2008 e primeiro semestre de 2009, sob a coordenação da Professora Efigênia Ferreira e Ferreira.

Turma T3

Tutor: Professor Flávio de Freitas Mattos

**Belo Horizonte
Universidade Federal de Minas Gerais
2008-2009**

RESUMO

A odontologia, tradicionalmente, prioriza a utilização de recursos clínicos para diagnosticar as condições de saúde bucal. Esses, entretanto, são limitados, por não informarem o impacto que a condição bucal gera na qualidade de vida dos indivíduos. Servindo-se de um indicador subjetivo, O OHIP-14, este estudo objetivou avaliar o impacto da ausência dentária sobre uma amostra populacional de adultos com faixa etária de 20 a 59 anos, em seu cotidiano, residentes no Bairro das Indústrias, região do Barreiro, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi aplicado o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14), em sua tradução transcultural. Os resultados revelaram que 79,53% dos entrevistados apresentam algum ou o máximo impacto das condições bucais sobre seu cotidiano, nas dimensões que representam a dor e a inaptidão psicológica. Quanto à inaptidão social, 83,33% revelaram ocorrer pouco ou nenhum impacto em sua saúde bucal. A experiência de dor e perda dentária, relatadas como impacto sobre a saúde bucal, salientam as conseqüências negativas da prática odontológica vigente e aponta para a necessidade de reestruturação dos serviços, levando em conta a aplicação de estudos de natureza qualitativa com levantamentos epidemiológicos.

Palavras-chave: indicadores subjetivos, ausência dentária, qualidade de vida.

ABSTRACT

Dentistry, traditionally, focuses on the use of clinical resources to diagnose oral health conditions. These, however, are limited for they do not display the impact that oral health can produce on individuals' quality of life. By making use of a subjective indicator, OHIP-14, this work aimed at the assessment of the absence of teeth over a population sample of adults with 20 to 59 years of age, in their daily living conditions, who resided in the *Bairro das Indústrias* neighborhood, *Barreiro* Region of Belo Horizonte city, in Minas Gerais state of Brazil. The Oral Health Impact Profile (OHIP-14) formulary has been applied, using its transcultural translation. The results have revealed that 79.53% of the interviewed individuals showed some or maximum impact on their oral conditions over daily living conditions, on the dimensions representing pain and psychological handicap classes. As for the social handicap class, 83.33% revealed that there has been some or none impact over their oral health. The experience of pain and tooth loss, reported as impact over oral health, emphasize the negative consequences of the current practice of dentistry and points out to the necessity of services restructuration, bringing upon the application of qualitative studies to epidemiologic data collections.

Key-words: subjective indicators, absence of teeth, quality of life

INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

A tradição em epidemiologia bucal tem sido a de utilizar indicadores clínicos normativos para identificar fatores de risco, avaliar prognósticos, tipos de tratamentos curativos ou preventivos mais eficazes e eficientes, identificar prevalência e incidência de doenças e planejar e avaliar políticas de saúde bucal.

As limitações destes indicadores se devem ao fato de que o foco epidemiológico predominante tem sido mais capturar a progressão da doença do que medir melhorias na saúde e esta abordagem é coerente com o conceito de saúde derivado do modelo médico, utilizado como matriz conceitual para desenvolver os indicadores tradicionais. Segundo este modelo, a boca é vista como uma entidade autônoma sem conexão com a pessoa e o contínuo entre saúde e doença assim como a irreversibilidade da doença é tomada como a justificativa para o direcionamento dos serviços de saúde tomados como o principal foco de investimento para evitar a incidência das doenças (Locker e Jokovic¹⁴, in Loureiro e Araújo¹⁶).

A necessidade de conhecer a condição de saúde percebida subjetivamente ou o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida, induziu a necessidade do desenvolvimento de novos indicadores subjetivos ou “sociodentais” (Cohen⁶; Slade^{20,21}) ou sócio-odontológicos (Pinto¹⁸).

Qualidade de vida relacionada à saúde e percepção subjetiva são conceitos afins, centrados na avaliação pessoal e ligados à capacidade do indivíduo de viver plenamente em relação ao seu espaço social (Carvalho e Martins⁴).

O impacto da saúde bucal relacionado com o bem-estar geral dos indivíduos e qualidade de vida começou a ser abordado na década de 90, com a introdução de diversos instrumentos efetivos, válidos e confiáveis, capazes de indicar a relação entre saúde bucal e qualidade de vida. Estes indicadores podem ser unidimensionais, quando avaliam apenas uma variável, como a capacidade mastigatória ou a intensidade de dor; ou também, multidimensionais. Os multidimensionais têm sido mais utilizados por serem amplos, envolvem população adulta, geralmente de idosos, englobando diversas dimensões como dor, restrições alimentares e bem-estar psicológico dos indivíduos. Ainda que exista diferença no nível de complexidade entre esses indicadores, todos buscam abordar aspectos dos

efeitos das condições bucais sobre o estado funcional, social e psicológico de cada indivíduo (Chianca et al.⁵)

Dentre os indicadores multidimensionais, os mais empregados são:

- a) Índice dos Impactos Sociais das Enfermidades Dentais (The Social Impacts of Dental Disease): (Cusching⁸);
- b) Índice Geriátrico para Avaliação de Saúde Bucal (Geriatric Oral Health Assessment Index – GOHAI): (Atchison²);
- c) Perfil do Impacto da Saúde Bucal (The Oral Health Impact Profile - OHIP): (Slade e Spencer²²) e sua modificação – OHIP-14(Slade²¹);
- d) Levantamento da Saúde Bucal (Oral Health Quality of Life Inventory): (Cornell⁷);
- e) Perfil do Impacto das Enfermidades (Sickness Impact Profile – SIP): (Reisine¹⁹);
- f) Indicadores Subjetivos do Estado de Saúde Bucal (Subjective Oral Health Status Indicators): (Locker¹³);
- g) Medida de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (The Oral Health Related Quality of Life Measure): (Kressin¹¹).

Estes indicadores, ao utilizar este novo conceito de saúde, ao contrário da maioria dos indicadores tradicionais, não estão direcionados à doença. O que procuram revelar é o impacto percebido dos problemas de saúde bucal em geral, sobre a qualidade de vida das pessoas (Locker¹⁵; Akerman¹).

O indicador OHIP (*Oral Health Impact Profile*) desenvolvido por Slade e Spencer²¹ em 1994, é um questionário composto originalmente por 49 questões. Em 1997, Slade²⁰ realizou um estudo com o objetivo de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do OHIP 49, contendo 14 questões, mantendo suas características de confiança e validade, que avalia impedimentos e três condições funcionais (social, psicológica e física), e de acordo com o conceito de saúde de Locker¹⁵, define as sete dimensões do impacto:

- ✓ limitação funcional,
- ✓ dor física,
- ✓ desconforto psicológico,
- ✓ inaptidão física,

- ✓ inaptidão psicológica,
- ✓ inaptidão social,
- ✓ deficiência.

O OHIP objetiva capturar impactos que estão relacionados em geral com a saúde bucal, mais do que impactos que podem ser atribuídos a doenças, desordens ou síndromes bucais específicas.

Todos os impactos do OHIP são conceituados como resultados adversos, e o instrumento não mede nenhum aspecto positivo da saúde bucal.

O OHIP foi previamente testado para avaliar a validade tendo sido encontrado boa sensibilidade para discriminar dimensões como: necessidade de tratamento percebida e número total dos itens do OHIP associados a necessidade percebida de tratamento.

Quando o OHIP é utilizado sobre amostras pequenas (menos de 30 participantes), os resultados obtidos não permitem que seja aceita uma suposição da normalidade da sua distribuição em torno da média. Quando isto ocorre, testes paramétricos não devem ser utilizados pela possibilidade de viés que induziriam nas análises.

As respostas às questões constam de cinco opções, quais sejam:

- ✓ sempre
- ✓ repetidamente
- ✓ às vezes
- ✓ poucas vezes
- ✓ nunca

A região do Bairro das Indústrias possui uma população estimada de 16.348 habitantes, conforme dados do CENSO BH-SOCIAL, 2002, com cerca de 3.200 famílias cadastradas, aproximadamente 10.545 indivíduos. Cerca de 28,2% da população possui cobertura de plano de saúde, a média de pessoas por família é de 3,4, as casas são de alvenaria em sua quase totalidade (99,7%), 31,6% possui energia elétrica (rede oficial), o destino do lixo por coleta oficial é de 99,57% e a utilização de água da rede oficial é de 97,99%. A rede de esgoto oficial serve a 92,64% das edificações.

O Centro de Saúde Bairro das Indústrias é a unidade básica de saúde da região e se configura como porta de entrada preferencial da população aos serviços de saúde realizando o conjunto de ações que buscam a atenção integral aos indivíduos e comunidade, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A unidade conta com quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) compostas, cada uma, por um médico generalista, um enfermeiro e dois auxiliares de enfermagem, além de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As ESF são apoiadas por três médicos que atuam nas especialidades de pediatria, homeopatia e clínica geral.

Paralelamente, ocorrem as assistências no âmbito da Saúde Mental através de um psiquiatra e um psicólogo.

O atendimento à Saúde Bucal é realizado por dois Cirurgiões-Dentistas (CD), duas Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e uma Técnica em Saúde Bucal (TSB), compondo duas Equipes de Saúde Bucal (ESB).

As ações realizadas em Saúde Bucal envolvem promoção e proteção da saúde, educação em saúde bucal, diagnóstico e tratamento de doenças bucais, no âmbito da atenção básica, buscando a reabilitação integral do indivíduo junto aos serviços de maior complexidade e/ou outras áreas disciplinares.

OBJETIVO

Este estudo objetiva avaliar o impacto da ausência dentária sobre uma amostra populacional de adultos com faixa etária de 20 a 59 anos, em seu cotidiano, residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, no Bairro das Indústrias, região do Barreiro.

MATERIAL E MÉTODO

A amostra, com a qual se trabalhou, constou de 30 indivíduos com idade entre 30 e 59 anos, representados por 15 mulheres e 15 homens, selecionados previamente através de dados colhidos em Fichas Clínicas Odontológicas realizadas

no período de um ano anterior a presente pesquisa, durante consultas odontológicas realizadas na Unidade Básica de Saúde do Bairro das Indústrias. A seleção prévia foi organizada a partir da constatação de uso de Prótese Parcial Removível ou Prótese Total Removível ou da necessidade de ambas ou de alguma delas, por parte dos examinados e escolhidos independentemente de sua classificação por risco social, indicado pelo IVS - Índice de Vulnerabilidade Social, proposto por Garcia & Matos⁹).

Todos os entrevistados foram contatados previamente e agendados para responder à pesquisa em horário e data de conveniência de ambas as partes, durante o mês de abril de 2009, na clínica odontológica do Centro de Saúde Bairro das Indústrias.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora com cada participante individualmente, instrumentadas pelo questionário formulado para o indicador subjetivo OHIP, modificado por Slade²⁰ - (Anexo 1) e precedidas da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos sujeitos da pesquisa (Anexo 2).

A aplicação do questionário demandou 17 minutos em média, permanecendo entrevistadora e entrevistado sentados em cadeiras comuns, em ambiente fechado, livre de interferências e movimentações da clínica.

RESULTADOS

As respostas foram dispostas em tabelas, distribuídas de acordo com a sequência do questionário, recebendo uma pontuação equivalente a um ponto para cada resposta, em cada categoria de opção (Tabela 1).

Na tabela 2, as respostas foram agrupadas de acordo com a dimensão do impacto, segundo Slade, permitindo avaliar as três condições funcionais (social, psicológica e física) e impedimentos.

Os resultados foram reunidos em tercis, sendo que na primeira coluna encontram-se somadas as pontuações das respostas ao máximo impacto (resposta: sempre e repetidamente), na coluna 2 estão descritas as pontuações sobre algum impacto (respostas: às vezes) e na coluna 3 estão as pontuações dos que não

apresentam nenhum ou quase nenhum impacto das condições bucais sobre seu cotidiano (respostas: poucas vezes e nunca).

Relativamente ao total de respostas a cada item, foram apurados os percentuais, que encontram-se indicados ao lado dos valores numéricos correspondentes (Tabela 2).

Tabela 1 – Distribuição segundo perguntas do questionário OHIP

| QUESTÃO DO OHIP | Resposta SEMPRE | Resposta REPETIDAMENTE | Resposta ÀS VEZES | Resposta POUCAS VEZES | Resposta NUNCA |
|------------------------|------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|-----------------------|
| 1 | 3 | 4 | 11 | 11 | 1 |
| 2 | 13 | 6 | 7 | 4 | 0 |
| 3 | 8 | 6 | 9 | 7 | 0 |
| 4 | 10 | 10 | 10 | 0 | 0 |
| 5 | 9 | 6 | 11 | 2 | 2 |
| 6 | 6 | 5 | 13 | 5 | 1 |
| 7 | 8 | 11 | 9 | 2 | 0 |
| 8 | 1 | 9 | 15 | 5 | 0 |
| 9 | 7 | 5 | 15 | 3 | 0 |
| 10 | 10 | 13 | 4 | 1 | 2 |
| 11 | 1 | 6 | 15 | 6 | 2 |
| 12 | 1 | 2 | 14 | 11 | 2 |
| 13 | 18 | 5 | 6 | 1 | 0 |
| 14 | 1 | 6 | 5 | 17 | 1 |

Tabela 2 – Distribuição percentual de acordo com a dimensão do impacto

| Dimensão do Impacto | Questões | Máximo Impacto | | Algum Impacto | | Quase nenhum ou nenhum impacto | |
|-------------------------|----------|----------------|-------|---------------|-------|--------------------------------|-------|
| | | N | % | N | % | N | % |
| Limitação funcional | 1 e 2 | 26 | 43,34 | 18 | 30,00 | 16 | 26,66 |
| Dor física | 3 e 4 | 34 | 56,67 | 19 | 31,66 | 7 | 11,67 |
| Desconforto psicológico | 5 e 6 | 26 | 43,33 | 24 | 40,00 | 10 | 16,67 |
| Inaptidão física | 7 e 8 | 29 | 48,33 | 24 | 40,00 | 7 | 11,76 |
| Inaptidão psicológica | 9 e 10 | 35 | 58,33 | 19 | 31,67 | 6 | 10,00 |
| Inaptidão social | 11 e 12 | 10 | 16,67 | 29 | 48,33 | 21 | 35,00 |
| Deficiência | 13 e 14 | 30 | 50,00 | 11 | 18,33 | 19 | 31,67 |

DISCUSSÃO

Freqüência de impactos

A dor e a inaptidão psicológica são as dimensões com maior impacto.

Os resultados revelam ainda um elevado percentual de indivíduos (79,53%), indicado pela somatória dos percentuais entre os que apresentam o máximo impacto e os que tiveram algum impacto das condições bucais sobre seu cotidiano.

Cotejados com os resultados obtidos na avaliação dos quesitos referentes à inaptidão social, 83,33% revelaram pouco ou nenhum impacto, demonstrando que apesar das difíceis condições de saúde bucal dessas pessoas, há um esforço de superação e resistência para o desempenho de suas atividades e convivência social.

Nessa dimensão, o impacto foi de 3 a 15 vezes maior que em estudos realizados no Canadá, na Austrália e na Carolina do Norte, Estados Unidos. (Slade et al²²), o que corrobora as evidências descritas acima, de que os indivíduos das classes sociais mais baixas e de regiões do Brasil com índices de elevado risco social, a despeito de suas graves condições de saúde bucal, manifestam aceitação e resignação diante de sua situação.

Em amplo estudo sobre a corporeidade, o sociólogo David Le Breton¹², citando Bourdieu e Luc Boltanski, nos ensina que o corpo é visto como um elemento atrelado à base material, e na perspectiva marxista, para as classes populares, é o instrumento de trabalho e, assim sendo, elas se orgulham de que nunca tiveram de se afastar das atividades de trabalho:

"A valorização da força lhes confere a uma maior tolerância à dor, eles não admitem, sobretudo, sentirem-se doentes. Certamente, nunca ter sido afastado por doença foi, durante muito tempo, motivo de orgulho e valor respeitado por inúmeros operários".

Ao passo que, para as classes sociais mais privilegiadas, há valorização dos cuidados de beleza e da estrutura física, em detrimento da força física para o trabalho.

Segundo Souza²⁴, a experiência de dor é um sintoma presente nas classes sociais desfavorecidas, que chegam a esta extremidade devido a uma diversidade de fatores sociais, dentre eles a jornada de trabalho. Esta, entre as classes

operárias, não permite que o empregado se ausente do serviço para cuidar preventivamente da saúde, mas apenas quando existe a dor, que compromete seu desempenho como trabalhador.

Também constata Boltanski³, que, os membros das classes populares não prestam, voluntariamente, atenção ao seu corpo, pois o usam principalmente como instrumento, subordinando-o às funções sociais. Sendo assim, a doença se manifestará brutalmente porque não se aperceberam dos sinais precursores ou porque se recusaram a percebê-los.

Analisando os resultados apresentados dentro da avaliação da dimensão que determina a deficiência, nota-se que há um elevado percentual de impacto ocorrendo na saúde bucal desses indivíduos, mas numa observação mais detalhada, verifica-se que a alta pontuação nesse quesito se deve ao maior número de respostas `sempre`, à pergunta de número 13 do questionário, ou seja: `Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?`

Com efeito, a mutilação dentária resultante da perda dos dentes predispõe o indivíduo a um estado de doença, pois assinala mudanças físicas, biológicas, funcionais e emocionais. Os indivíduos desdentados ou usuários de próteses dentárias sentem-se em desvantagem em relação aqueles portadores de dentes naturais (Mendonça¹⁷).

Nesse quadro, vale lembrar que a extração dentária e a substituição por meios artificiais mostram-se como avanço técnico num determinado momento. Hoje representam resquício de uma concepção e de uma prática de saúde bucal. Eliminando um sintoma da doença, pela extração, restaura a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaura a anormalidade (não ter dentes), que pode ser reconduzida à sua normalidade por meio de uma prótese dentária. Assim, o que é “anormal” passa a ser aceito como “normal”, social e mesmo profissionalmente (Lyda¹⁰).

CONCLUSÃO

A análise dos dados e de acordo com a metodologia empregada para esta pesquisa leva à conclusão de que existe um alto impacto da saúde bucal na qualidade de vida de indivíduos devido a ausência dentária, no que concerne às dimensões que representam a dor física, limitação funcional e desconforto psicológico.

O baixo impacto apresentado na dimensão que avalia a inaptidão social, representada pelas questões sobre o desempenho de atividades diárias, parece ter explicação no perfil epidemiológico da amostra, cujos indivíduos revelam superar as dificuldades para desempenhar suas atividades diárias, bem como raramente se sentem incapacitados para o desempenho de suas funções.

A despeito dos avanços obtidos no plano legal, a realidade dos serviços oferecidos à população em muito se distancia da garantia do direito à saúde, tão almejado em nosso país. A experiência de dor é vivenciada pelos sujeitos, sendo esta sintomatologia que subsidia tanto a busca pelo tratamento, quanto a prática mutiladora nos serviços de saúde pública. A perda dentária traz deficiências para a vida cotidiana dos indivíduos, que podem ser amenizadas pela colocação de próteses dentárias, cujo acesso está limitado pelas condições econômicas da população.

REFERÊNCIAS

1. AKERMAN, M. A.. Construção de indicadores compostos para os projetos de cidades saudáveis: um convite ao pacto transetorial, pp. 319-335. In E.V. Mendes (org.). A Organização da Saúde no Nível Local. Hucitec, São Paulo, 1998.
2. ATCHISON K. A; DOLAN, T. A.. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J. Dental Educ. ; 54:680-7, 1990.
3. BOLTANSKI, L. As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
4. CARVALHO, C. L.; MARTINS, E.M.. O significado da saúde e da doença na sociedade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, V.1, P.91-114, 1998.
5. CHIANCA, T. K. et al.. El impacto de la salud bucal em la calidad de vida. Ver. Fola/Oral, n.16, p.96-100, 1999.
6. COHEN, L.K., JAGO, J. D.. Toward the formulation of sociodental indicators. Int J Health Serv.; 6:681-98, 1976.
7. CORNELL, J. E.. Oral Health quality of life inventory. J. Behav. Med., v.4, n.3, p.257-272, 1994.
8. CUSHING, A. M.. Developing social-dental indicators: the social impact of dental disease. Community Dent. Health, v.3, p.3-17, 1986.
9. GARCIA, R. A.; MATOS, R.. A distribuição espacial da vulnerabilidade social das famílias brasileiras. Trabalho apresentado no *Seminário População, Pobreza e Desigualdade, Belo Horizonte, 2007*.
10. IYDA, M. Saúde Bucal: uma prática social. In: C Botazzo, SFT Freitas, org. *Ciências Sociais e saúde buca: questões e perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1998. p.127-40.
11. KRESSIN, N. R. The oral health-related quality of life measure. J. Dent. Educ., n.6, p.494-497, 1997.
12. LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. p.82.
13. LOCKER, D.. Measuring oral health: socio-dental indicators. In: Locker 34. D, editor. An introduction to behavioral science & dentistry. New York/London: Routledge; 1989. p.73-101.
14. LOCKER, D.; JOKOVIC, A.. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. Community Den Oral Epidemiol, v.24, p.398-402, 1996.

15. LOCKER, D.; Concepts of oral health, disease and the quality of life. L. Epidemiol., v.24, n.3, p.85-89, 1997a.
16. LOUREIRO, C. A. S.; ARAÚJO, V. E.. Indicador de Perfil de Impacto da Saúde Bucal sobre a qualidade de vida. Manual Técnico ACDC/Estação Saúde, 2000.
17. MENDONÇA, T. *Mutilação dentária : concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária*. Public Health Rep 2001, 17:1545-7.
18. PINTO, V.G.. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Santos Livraria Editora. 4.ed. 2000.p.1-8.
19. REISINE, S.. Oral health and the sickness impact profile. J. Public Health, v.35, n.2, p.1-19, 1997.
20. SLADE, G. D.. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. Community Dent Oral Epidemiol. 25:284-90, 1997.
21. SLADE, G. D.; SPENCER, A. J.. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dental Health, v.11, n.1, p.3-11, 1994.
22. SLADE, G. D. et al.: Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. J. Dent. Res. 1996, **75**:1439-1450.
24. SOUZA, L. *A saúde e a doença no dia-a-dia do povo*. Cadernos do CEAS, 1982; 77;18-29.

ANEXO 1 -Questionário de auto-avaliação da saúde bucal. Tradução transcultural do OHIP-14 (ALMEIDA, LOUREIRO, ARAÚJO, 2002)

- 1- Você tem problema para pronunciar alguma palavra ou falar devido a problemas com seus dentes, sua boca ou com sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 2- Você sente que seu paladar (sabor dos alimentos) está pior por causa dos seus dentes, da sua boca ou da sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 3- Você tem sentido dores fracas, mas constantes na sua boca?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 4- Você tem encontrado desconforto (dificuldade) para comer algum alimento devido a problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 5- Você tem se sentido pouco à vontade (inibido) por causa de seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 6- Você se sente tenso (estressado) por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 7- Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 8- Você já teve que parar sua refeição por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 9- Você sente dificuldade em relaxar devido a problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 10- Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 11- Você tem se sentido irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 12- Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 13- Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca
- 14- Você já se sentiu totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou sua prótese dentária?
 sempre repetidamente às vezes poucas vezes nunca

ANEXO 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O IMPACTO DA AUSÊNCIA DENTÁRIA SOBRE O COTIDIANO DE ADULTOS RESIDENTES NO BAIRRO DAS INDÚSTRIAS

Pesquisador Responsável : Norma Righi Capanema de Almeida

Telefone para contato: 31-3277-5899

Instituições vinculadas ao projeto: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e Universidade Federal de Minas Gerais

O objetivo da pesquisa é avaliar o impacto da ausência dentária sobre uma amostra populacional de adultos com faixa etária de 20 a 59 anos, residentes no Bairro das Indústrias, Belo Horizonte-MG.

Os pesquisados responderão a 14 questões de um questionário pré-elaborado (OHIP-14) e o farão através de 5 opções pré-determinadas;

As entrevistas ocorrerão na sede do Centro de Saúde Bairro das Indústrias, em data e horário pré-agendado, na presença da pesquisadora e de sua auxiliar, com duração aproximada de 01 (uma) hora, para cada entrevista;

Aos entrevistados será garantido sigilo de suas respostas, direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem causar nenhum prejuízo ao seu atendimento habitual na saúde.

Essa pesquisa tem o intuito único e exclusivo de conhecer melhor problemas de saúde bucal da população, e não oferece nem garante qualquer forma de tratamento aos entrevistados.

Nome e Assinatura do pesquisador _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima descrito, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Belo Horizonte, ____/____/____

Nome e assinatura do sujeito ou responsável: _____