

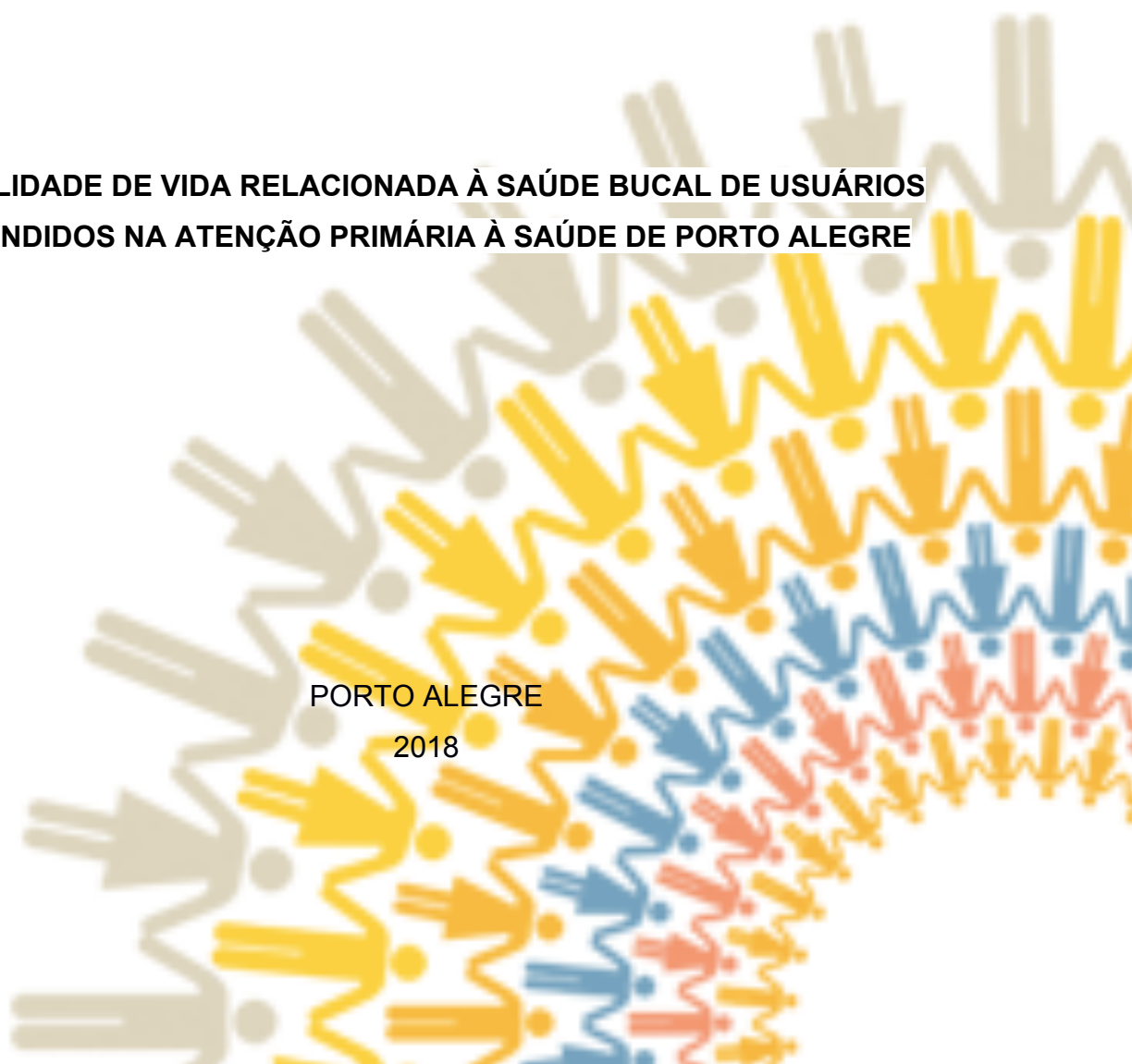
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

LUCELEN FONTOURA BASTOS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

PORTO ALEGRE

2018



LUCELEN FONTOURA BASTOS

**QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Mello dos Santos

PORTO ALEGRE
2018

CIP - Catalogação na Publicação

Bastos, Lucelen Fontoura
QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE
USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE
PORTO ALEGRE / Lucelen Fontoura Bastos. -- 2018.
69 f.
Orientadora: Camila Mello dos Santos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Bucal. 3.
Qualidade de Vida. I. dos Santos, Camila Mello,
orient. II. Título.

LUCELEN FONTOURA BASTOS

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL DE USUÁRIOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

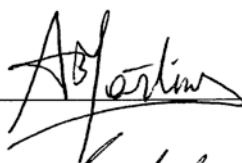
Aprovada em 08 de agosto de 2018.

Nome e assinatura da Banca Examinadora

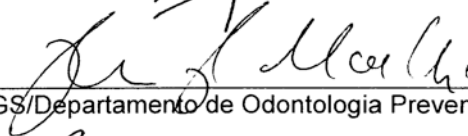
Profa. Dra. Camila Mello dos Santos:
Presidente – PPGCOL/UFRGS



Profa. Dra. Aline Blaya Martins de Santa Helena:
Membro – PPGCOL/UFRGS



Prof. Dr. Renato José de Marchi:
Membro – Membro convidado – UFRGS/Departamento de Odontologia Preventiva e Social
UFRGS CPF: 611.140.900-00



Prof. Dr. Matheus Neves:
Membro – UFRGS/ Departamento de Odontologia Preventiva e Social CPF: 801.150.390-15



DEDICATÓRIA

À Elenluci, minha mãe e maior inspiração. O caminho de me tornar mestre foi todo trilhado a teu exemplo que, apesar de todas as adversidades, sempre seguiu em frente e foi em busca dos teus sonhos. Sonhar, acreditar e conseguir... juntas podemos vencer o mundo mãe...

Ao meu pai Luiz César que nunca questionou as minhas escolhas e sempre esteve na primeira fila, com os olhos cheios de lágrimas, torcendo por mim e para que eu alcançasse meus objetivos, sonhos e desejos... por mais difíceis que parecessem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Camila Mello dos Santos, pela gentileza nesses dois anos, paciência, carinho, disponibilidade, competência, por me fazer sempre ir além dos meus limites e por ter acreditado na nossa parceria desde o início... Agradeço pelas experiências juntas, pelo aprendizado, pela troca de saberes e por ter me oportunizado o privilégio de lecionar pela primeira vez. Agradeço imensamente por todo o afeto e dedicação em me orientar.

Ao professor Fernando Neves Hugo, pelos ensinamentos, pela paciência e pelas contribuições, não somente nesta etapa da minha trajetória, como também na graduação.

À professora Juliana Balbinot Hilgert, pela disponibilidade em ensinar, ajudar e pelas sempre excelentes contribuições nos meus trabalhos.

Ao professor Alexandre Fávero Bulgarelli pelo apoio e parceria na construção deste trabalho.

À minha querida amiga Débora que me mostrou caminhos lindos a serem seguidos. O nosso encontro na pesquisa, quando eu ainda era bolsista de Iniciação Científica, me trouxe a inspiração de ser uma profissional da Saúde Pública e construímos não apenas uma relação de parceria no trabalho e na pesquisa, mas também uma amizade, uma irmandade. Além disso, ganhei um dos maiores presentes da minha vida... A Valentina.

Ao querido Júlio César que acompanhou diariamente o segundo ano do Mestrado e soube me dar muito amor e compreensão esse tempo todo, além de sempre torcer muito por mim e ser um incrível expectador nos meus ensaios. Obrigada pela paciência, pelo companheirismo e pela ajuda em todos os momentos difíceis.

À minha família toda que sempre me apoiou e comemorou junto comigo cada vitória, desde o vestibular, à residência e ao tão sonhado ingresso no Mestrado.

À Luna, minha parceira de 12 anos que muito ajudou com sua presença e apoio, trazendo muita tranquilidade em seus lindos olhos azuis.

Ao Lineu que acompanhou e preencheu meu coração neste último ano, com muito afeto e paz.

À coordenação, professores, funcionários e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva por todos os ensinamentos recebidos e compartilhados, por todos os dias em que me orgulhei de ter escolhido este Programa. Gratidão!

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como coordenadora da rede assistencial da saúde e constitui a principal estratégia de organização da atenção à saúde. A qualidade de vida é uma importante medida de impacto em saúde, sendo um conceito amplamente utilizado nas pesquisas em saúde. Neste sentido, diversos estudos avaliaram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) em diferentes contextos, porém poucos estudos abordaram a relação da QVRSB com usuários que receberam cuidados de saúde bucal na APS. **Objetivo:** avaliar a QVRSB em usuários atendidos na APS de Porto Alegre/RS. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal de base em serviços. Foram entrevistados usuários residentes nas áreas cobertas pela rede pública de APS de quinze unidades de saúde de Porto Alegre. A amostra foi composta de 412 indivíduos, com idade mínima de 18 anos e que utilizaram a unidade de saúde para exame ou tratamento odontológico nos últimos 24 meses. Os usuários participantes do estudo responderam a uma entrevista realizada no domicílio com perguntas que abordavam questões socioeconômicas, demográficas, comportamentais, saúde geral, uso de prótese dentária, acesso aos serviços odontológicos na APS e o questionário Oral Health Impact Profile (OHIP-14). Após a entrevista, foi realizado exame bucal para contagem do número de dentes. Foram realizados testes qui-quadrado, teste t-student e análise multivariada através de regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** a maioria dos participantes era do sexo feminino (79,8%), com média de idade de 48,3 ($\pm 16,7$) anos, cor/raça branca (59,7%), possuíam até 8 anos de ensino (61,4%), renda mensal menor ou igual a um salário mínimo (58,3%), relataram não ter atendimento no mesmo dia na sua unidade de saúde quando apresentavam algum problema na sua boca ou dentes (56,6%), não usavam prótese dentária superior (55,8%) nem inferior (80,8%) e tinham vinte dentes ou menos na boca (59,3%). Os participantes que faziam uso do tabaco e que relataram possuir alguma doença crônica representaram 25,5% e 37,9% da amostra, respectivamente. A variável acesso aos serviços de saúde bucal na APS foi estatisticamente associada ao desfecho impacto QVRSB após a análise do modelo ajustada e a razão de prevalência estimada foi de $RP = 1,17$, 95% IC (1,00-1,37). **Conclusão:** Este estudo permitiu conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários atendidos nos serviços de saúde bucal da APS de Porto Alegre. Além disso, este estudo avaliou a relação entre acesso em saúde bucal na APS com a QVRSB. Evidenciou-se que na falta de acesso aos serviços de saúde bucal da APS houve maior chance de impacto na qualidade de vida.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Bucal. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Introduction: Primary Health Care (PHC) is therefore understood as the coordinator of the health care network and is the main strategy for the organization of health care. Quality of life is an important measure of health impact, being a concept widely used in health research. In this sense, several studies evaluated Oral Health-Related Quality of Life (OHRQOL) in different contexts, but few studies have addressed the relationship of OHRQOL in users attended at the PHC services. **Objective:** to evaluate the OHRQOL in users attended at the PHC services in Porto Alegre/RS. **Methodology:** Cross-sectional study. Users were interviewed in the areas covered by the PHC services of fifteen health units in Porto Alegre. The sample consisted of 412 individuals, with a minimum age of 18 years and who used the health unit for examination or dental treatment in the last 24 months. Data collection was performed through an interview and clinical examination at home visits. Users answered questionnaires with socio-demographic information, behavioral, general health, use of dental prostheses, access to dental services in PHC and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). After the interview, a dental examination was performed to count the number of teeth. We performed the chi-square test, t-student test and a multivariate analysis was carried out using the Poisson regression with robust variance. **Results:** Most of the participants were female (79,8%), with a mean age of 48,3 ($\pm 16,7$) years, color/white race (59,7%), had up to 8 years of education (61,4%), monthly income less than or equal to a minimum wage (58,3%), reported not being able to attend the same day in the health service when they presented a problem in their mouth or teeth (56,6%), did not use upper dentures (55,8%) or lower dentures (80,8%) and had twenty teeth or less in the mouth (59,3%). Participants who used tobacco and who reported having a chronic illness were 25,5% and 37,9% of the sample, respectively. The variable access to oral health services in PHC was statistically associated with the OHRQOL impact after analysis of the adjusted model and the estimated prevalence rate was PR= 1,17, 95% CI (1,00-1,37). **Conclusion:** This study allowed us to know the Oral Health-Related Quality of Life of the individuals assisted in the oral health services of the PHC in Porto Alegre. In addition, this study evaluated the relationship between access to oral health in PHC and OHRQOL. It was evidenced that in the lack of access to the oral health services of PHC there was a greater chance of impact on quality of life.

Key-Words: Primary Health Care. Oral Health. Quality of life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	41
Tabela 2.....	42
Tabela 3.....	43

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

OHIP – Oral Health Impact Profile

PSF – Programa de Saúde da Família

QVRSB – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Atenção Primária à Saúde e Acesso aos Serviços Odontológicos.....	17
3.2 Alterações na Saúde Bucal.....	22
3.3 Qualidade de Vida e Saúde Bucal.....	26
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 Delineamento.....	35
4.2 População da Pesquisa e Amostra.....	35
4.3 Coleta de Dados.....	36
4.4 Medidas.....	36
4.5 Análise Estatística.....	37
4.6 Aspectos Éticos	38
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
6 CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	51
ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61
ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	63
ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	69
ANEXO D – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE.....	70

APRESENTAÇÃO

Este estudo consiste na dissertação de mestrado intitulada “Qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários atendidos na atenção primária à saúde de Porto Alegre”, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul no dia 08 de agosto de 2018.

Esta pesquisa foi realizada através do uso de dados secundários do estudo: Validação e aplicação do PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários. O mesmo foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição e Prefeitura Municipal de Porto Alegre com os números de processo 10-120 e 001.043203.10.8, respectivamente.

A etapa da coleta de dados foi desenvolvida pela CD. Dra. Débora Deus Cardozo, com a colaboração da Profa. Dra. Juliana Balbintot Hilgert e orientação do Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, e ocorreu entre os meses de outubro de 2011 a maio de 2013 em quinze Unidades de Saúde de Porto Alegre. Participaram desta etapa da pesquisa, 17 alunos de graduação como entrevistadores: Michele Jeske, Rafael Pilotto, Mariél de Aquino Goulart, Leonardo Maciel, Camila Longoni, Amanda Endres Willers, Rafael Agostini, Jéssica da Silveira Heimann, Elisandra Silva, Claudia Sartori, Daiana Gonçalves, Leticia Pietrobon, Mario Ozelame Pedroso, Thanay Peronio, Camila Xisto Verone, Raíssa Duso Ventura e Tamara Peron.

As demais fases desta pesquisa foram realizadas por Lucelen Fontoura Bastos com orientação da Profa. Dra. Camila Mello dos Santos.

O trabalho apresentado é composto por: Introdução, Revisão de Literatura, Objetivo, Manuscrito, Considerações finais e Documentos de apoio que são apresentados nos anexos. Tal formato está de acordo com as regras estabelecidas no regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS.

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é uma parte integrante da saúde como um todo e é um fator importante para a qualidade de vida (PADILHA, HILGERT, HUGO, 2006). De acordo com Locker (1997), os problemas bucais são importantes para qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), pois os resultados desta relação são vivenciados no cotidiano, trazendo impacto funcional, social e psicológico (LOCKER, JOKOVIC, 1997).

A epidemiologia bucal utiliza indicadores clínicos normativos para identificar fatores de risco, definir tipos de tratamento, avaliar prognóstico, identificar prevalência e incidência e avaliar políticas públicas. Com o desenvolvimento dos indicadores sócio-odontológicos tornou-se possível a realização de um diagnóstico mais apurado das condições de saúde bucal, levando-se em conta a percepção do indivíduo (SLADE, SPENCER, 1994). A utilização desses indicadores subjetivos contribui para complementar as informações clínicas no tratamento e auxiliar na formulação de programas e serviços de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas (MIOTTO, BARCELLOS, VELTEN, 2012).

Dentre os diferentes instrumentos que a literatura cita para avaliar aspectos da condição bucal e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, o Oral Health Impact Profile (OHIP-14) – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (SLADE, 1997), foi desenvolvido a partir da necessidade de se determinar o verdadeiro impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos (CASTRO, PORTELA, LEÃO, 2007). Neste contexto, diversos estudos na literatura abordam a relação da QVRSB com variáveis clínicas e em diferentes populações. Porém, poucos estudos associaram a QVRSB com usuários que receberam cuidados de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde (APS) (SILVA et al., 2010; GOULART et al., 2016).

A APS constitui a principal estratégia de organização da atenção à saúde, sendo o primeiro contato do usuário para um acesso coordenado, universal e contínuo às demais partes da rede do sistema nacional saúde (STARFIELD, 2002). Caracteriza-se pelo planejamento e desenvolvimento de ações direcionadas ao indivíduo, às famílias e à comunidade do território definido com objetivo de promoção, prevenção, cura, reabilitação e manutenção da saúde da população (BRASIL, 2007; ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2012).

Neste contexto, a APS se estabelece como uma estratégia capaz de ofertar os serviços em saúde de maneira equânime e eficiente para ordenar o acesso aos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002). Ainda segundo Starfield (2002), a APS é compreendida como a coordenadora da rede assistencial da saúde. É constituída por atributos essenciais, que são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade e integralidade da atenção e, também, a coordenação da atenção. O acesso diz respeito à utilização e acessibilidade ao uso dos serviços de saúde pelos usuários. Dentre as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, o acesso pode ser relacionado com a disponibilidade de horários e dias de atendimento, a possibilidade de oferta de consultas não agendadas e a percepção da população frente a estes aspectos (STARFIELD, 2002).

Dentre alguns fatores relacionados a este atributo da APS, no Brasil, ainda observa-se a existência de iniquidades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos. Apesar da reconhecida importância da saúde bucal como um componente da saúde em geral, uma parcela expressiva da população brasileira ainda não tem acesso aos serviços de saúde bucal (BERTOLDI, BARROS, 2002). Diversos são os desafios enfrentados neste contexto e a obtenção de dados que permitam avaliar a relação do acesso aos cuidados de saúde bucal nos serviços de APS com a QVRSB torna-se necessária, visto que não existem estudos na literatura com esta temática.

Estudos que avaliem a relação da qualidade de vida com a saúde bucal possibilitam um melhor entendimento das interações entre a percepção da saúde bucal, ambiente externo, características individuais, comportamento relacionado à saúde e condições objetivas e subjetivas de saúde (MARTINS, BARRETO, PORDEUS, 2009). Além disso, entender a QVRSB no Brasil pode ser uma importante medida para nortear ações de promoção da saúde e cuidado integral à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES 2012). Como os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, a APS como norteadora da atenção à saúde e como contato mais próximo dos usuários para o cuidado em saúde tem o potencial de intervir nos fatores que influenciam a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde (STARFIELD, 2002; ASCEF et al., 2017). Sendo assim, conhecer a QVRSB dos usuários atendidos nos serviços de APS, pode permitir o planejamento de ações de saúde voltadas, principalmente, para as dimensões e fatores que se relacionam à

qualidade de vida destes indivíduos. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários atendidos nos serviços de Atenção Primária de Porto Alegre.

2 OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários atendidos nos serviços de saúde bucal da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

De acordo com a declaração de Alma Ata em 1978, a Atenção Primária à Saúde (APS) corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas (OMS, 1978). Para Starfield (2002), a APS determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é o nível do sistema de saúde que oferece a porta de entrada do usuário ao serviço de saúde, fornecendo atenção ao indivíduo, no decorrer do tempo e para todas as condições de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS (BRASIL, 2004; CONILL, 2008; VAN STRALEN et al., 2008). Criado em 1994, esse modelo favorece uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de modo a ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades. Convém ressaltar que antes da implantação da Saúde da Família, as unidades de saúde tradicionais desenvolviam assistência em saúde no nível de atenção primária com objetivo curativista, nas quais a organização do processo de trabalho priorizava a demanda espontânea (BULGARELI et al., 2014).

Com relação à Saúde Bucal na APS no Brasil, as equipes de Saúde Bucal foram incorporadas ao Programa Saúde da Família em dezembro de 2000 através da portaria GM nº 1.444 (BRASIL, 2000). As primeiras equipes de Saúde Bucal foram implantadas em março de 2001 (84 na modalidade I- Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal e 40 na modalidade II Dentista, Técnico e Auxiliar de Saúde Bucal) e, em dezembro de 2014, atuavam na Estratégia de Saúde da Família 22.022 equipes de Saúde Bucal do tipo I e 2257 do tipo II, atendendo mais de 77 milhões de pessoas o que corresponde a 38% da população do país (BRASIL, 2015).

No município de Porto Alegre há diferentes modelos de APS que visam à resolução efetiva dos problemas e necessidades de saúde da população. Dentre

esses modelos de serviços destacam-se as Unidades de Saúde Tradicionais (UBS), as Estratégias de Saúde da Família (ESF) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde e o Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição, vinculado à esfera pública federal (CASTRO et al., 2012).

Nas unidades tradicionais (UBS), são oferecidos os serviços de uma equipe multidisciplinar composta por médicos (clínico geral, ginecologista e pediatra), enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas e odontólogos, sem a presença de agentes comunitárias de saúde na equipe. Nas unidades de saúde da ESF, a equipe é composta por médico generalista ou de saúde da família, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, desde 2000 através da portaria nº 1444, equipes de Saúde Bucal compostas por Cirurgião-Dentista e técnico e/ou auxiliar de saúde bucal (CASTRO, 2000; BRASIL, 2000).

Além das UBS e ESF, compondo os serviços de APS do município, Porto Alegre ainda possui o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Fundado em 1982, atualmente é constituído por 12 unidades localizadas em pontos estratégicos da Zona Norte de Porto Alegre. O SSC vem tornando-se referência em assistência para a rede municipal de atenção primária e em ensino para todo o Brasil, sendo pólo formador de recursos humanos para o SUS. É reconhecido por ser um serviço de APS organizado de forma regionalizada, composto por equipes multidisciplinares em que cada Unidade possui médico, enfermeiro, auxiliar e técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde, assistente social, psicólogo, odontólogo, técnico em higiene bucal, residentes multiprofissionais (psicologia, enfermagem e medicina, serviço social, nutrição e farmácia) e Nutricionistas e Farmacêuticos em sistema de matriciamento (GHC, 2013).

A literatura assinala diversos elementos que diferenciam a atenção primária prestada pela Saúde da Família da atenção prestada por unidades básicas tradicionais de saúde, dentre esses se evidenciam a delimitação da área de abrangência com adstrição de clientela, organização da demanda, ênfase na atenção integral, enfoque familiar e ênfase na ação da equipe da saúde da família em contraposição à ênfase na intervenção médica (VAN STRALEN et al., 2008).

Apesar dos inúmeros avanços obtidos nesse processo de ampliação da APS (BEZERRA, 2004; MACINKO et al., 2006), constata-se que existem dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão

do cuidado (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; ONOCKO-CAMPOS et al., 2011; ONOCKO CAMPOS, 2005).

Em fevereiro de 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou uma pesquisa domiciliar realizada junto às famílias brasileiras utilizando o Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS) (IPEA, 2011). Essa pesquisa trabalha com um sistema de indicadores sociais para verificação de como a população avalia os serviços de utilidade pública e o grau de importância deles para a sociedade. Dentre os serviços avaliados no SUS, o atendimento na ESF foi avaliado por 80,7% dos entrevistados como bom ou muito bom. Foram bem avaliados os serviços em que o acesso é previamente agendado ou rotineiro, como consultas com médicos especialistas acessíveis, distribuição gratuita de medicamentos e atendimento em saúde da família. Nesses casos, a percepção da qualidade (ou satisfação) do atendimento é positiva e o problema, quando relatado, refere-se a obter acesso ao atendimento, ou ao medicamento necessário, em um período de tempo considerado razoável. Esses achados sugerem que a população almeja um acesso mais fácil, rápido e oportuno aos serviços.

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, é um direito fundamental a todo cidadão brasileiro (BRASIL, 1988). Além disso, a legislação brasileira considera a saúde como resultado de diversos determinantes, incluindo o acesso à assistência à saúde.

Segundo Travassos e Martins (2004) o acesso aos serviços de saúde tem um conceito complexo, sendo muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde, além de variar conforme o contexto, tempo e autores (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para Unglert (1987), o acesso engloba inúmeros fatores e pode ser analisado sob abordagens diversas: uns autores abordam as características dos indivíduos, outros as características da oferta e outros, as características de ambos ou a relação entre os indivíduos e a oferta de serviços (UNGLERT; ROSENBERG; JUNQUEIRA, 1987).

O conceito de acesso está longe de se constituir uma unanimidade e pode ser definido de várias formas (AZEVEDO, 2007; O'DONNELL, 2007). Alguns autores o definem como a possibilidade de utilização de cuidados de saúde e outros não estabelecem qualquer distinção entre acesso e utilização (O'DONNELL, 2007). Para Donabedian (2003) acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as

peças obtêm serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003). Para Travassos e Viacava (2007) reflete as características do sistema de saúde que atuam aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços de saúde pela população (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). É mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em determinado lugar, em determinado momento (FEKETE, 1996; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Na opinião de Aday e Andersen (1974) as distintas características do sistema de saúde e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao serviço de saúde ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite (ADAY; ANDERSEN, 1984). Numa compreensão mais ampliada, o conceito de acesso pode ser centrado no grau de ajuste entre as características do sistema de saúde e do usuário, no processo de busca e obtenção de assistência quando necessário (ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; FERREIRA, 2004; PENCHANSKY; THOMAS, 1981; UNGLERT, 2007). Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso pelos usuários (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Travassos et al (2000) as desigualdades no uso de serviços de saúde, refletem as desigualdades individuais no risco de adoecer e morrer, assim como as diferenças no comportamento do indivíduo perante a doença, além das características da oferta de serviços que cada sociedade disponibiliza para seus membros (TRAVASSOS et al., 2000). Dentre os inúmeros fatores condicionantes da utilização estão fatores internos e externos aos serviços, relacionados tanto à forma como está estruturada a oferta quanto às preferências e escolhas do usuário, uma vez que, nem todas as necessidades se convertem em demandas e nem todas as demandas são atendidas (PINHEIRO et al., 2002). Assim, muitos fatores são hoje apontados como responsáveis pela dificuldade de oportunidades de se beneficiar de cuidados efetivos com a saúde nas áreas rurais.

Jones et al (2013) avaliaram a relação dos fatores associados com o acesso ao serviço de saúde bucal, as necessidades e a percepção do usuário. Tal estudo confirma que serviços públicos de saúde bucal são importantes para diminuir disparidade de acesso ao cuidado em saúde bucal (JONES et al., 2013). O acesso aos serviços da APS, também, pode ser avaliado dentro em áreas rurais bem como áreas remotas como aponta o estudo de Carey et al (2013), o qual mostra que,

independente da ferramenta de avaliação, é fundamental que haja planejamento e monitoramento constante dos resultados referentes à população assistida pelos serviços de saúde de diferentes áreas do município (CAREY et al., 2013).

Dentro desse contexto, a questão do acesso ganha importância e começa a ser abordada de maneira mais complexa na medida em que, apesar da garantia da lei, na prática ainda existe um acesso seletivo, focalizado e excludente em várias regiões e serviços vinculados ao SUS (ASIS; JESUS, 2012).

3.2 ALTERAÇÕES NA SAÚDE BUCAL

Os estudos epidemiológicos clássicos, realizados na área de saúde bucal, têm fornecido informações sobre as condições bucais e as necessidades de tratamento das populações, apontando a cárie e a doença periodontal como as doenças mais prevalentes e responsáveis pela maioria das perdas dentárias (LOE, BROWN, 2000).

Bailit et al (1987) estudaram as causas da mortalidade dental, concluindo que a principal causa está associada à cárie e que a condição social é o outro fator importante (BAILIT et al., 1987). Além destes agravos, a perda dentária é decorrente de atitudes dos profissionais da Odontologia e da população, da acessibilidade e utilização de serviços odontológicos, da modalidade de financiamento do sistema de saúde e da forma de prestação de cuidados odontológicos (CABRAL, CALDAS, CABRAL, 2005; BURT, EKLUND, 2005; BARROS, BERTOLDI, 2002). Motivos de ordem econômica são comuns como causa primária ou correlata de extrações dentárias (PINTO, 2000).

Nesse mesmo sentido, encontra-se o trabalho de Guimarães e Marcos (1996), que após examinar 414 pacientes, residentes em Belo Horizonte, observaram que praticamente 50% dos elementos dentais extraídos na classe social de baixa renda eram passíveis de recuperação ou de conservação. Nesse mesmo trabalho, os autores concluíram que o número de dentes perdidos foi 2,5 vezes maior na classe social de baixa renda do que na de alta, ficando claro o papel social na determinação da perda dentária (GUIMARÃES, MARCOS, 1996).

Historicamente, no Brasil, à população adulta têm sido destinados os serviços de urgências odontológicas, em sua grande maioria ocasionadas por dor, o que via de regra resulta em perda dentária. Consequência direta dessa exclusão sistemática

dos serviços, as extrações dentárias são desfechos que, na maioria das vezes, poderiam ser evitados (DE LACERDA et al., 2004).

Outros fatores associados com a perda dos dentes são os fatores sociodemográficos (idade, sexo, localização da moradia), fatores socioeconômicos (renda, escolaridade), estilo de vida e tabagismo. Alguns estudos relacionam também a perda dentária com tipo de serviço utilizado pelo usuário, o tempo desde a última consulta ao dentista e motivo pelo qual o indivíduo procurou o tratamento odontológico (BATISTA, RIHS, SOUSA, 2012; HANIOKA et al., 2007; SILVA, RIHS, SOUSA, 2009). Globalmente, achados de uma revisão sistemática estimaram que havia 158 milhões de pessoas edêntulas no ano de 2010 (KASSEBAUM et al., 2014) e o estudo de Slade et al (2014) projetou que no ano de 2050 ainda existirão 8,6 milhões de indivíduos edêntulos somente nos Estados Unidos (SLADE, AKINKUGBE, SANDERS, 2014).

Alguns estudos exploraram a perda dentária mundialmente. Cunha-Cruz et al (2007) mostraram que americanos de 25 a 74 anos tiveram uma distribuição estável da perda dentária entre os anos de 1972 a 2001 quando comparados diferentes grupos socioeconômicos (CUNHA-CRUZ, HUJOEL, NADANOVSKY, 2007). O estudo de Elani et al (2012) mostrou que, para adultos de 20 anos ou mais, a perda dentária em indivíduos que possuíam baixa renda foi maior no Canadá em comparação com os Estados Unidos da América (ELAINE et al., 2012). No Japão, a principal razão para a perda dentária em fumantes foi à doença periodontal e, com relação à idade, foi mais predominante em indivíduos acima de 45 anos de idade (HANIOKA et al., 2007).

Um índice que reflete a perda dentária no Brasil através dos últimos levantamentos epidemiológicos é o índice CPO-D. Proposto por Klein & Palmer, em 1937, este índice é a expressão do número de dentes permanentes atacados por cárie através da soma do número de dentes permanentes cariados (componente “C” do índice), somados ao número de dentes “obturados” (componente “O”) e ao número de dentes perdidos (componente “P”) (KLEIN, PALMER, 1937). Dados do levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal realizado no Brasil em 1986 apontaram que na faixa etária dos 35 aos 44 anos o índice CPO-D médio foi de 22,5, com o componente “P” representando 14,96 dentes perdidos em média (66,48% do CPO-D) (BRASIL, 1988). Em 2003, a média do índice CPO-D nesta mesma faixa etária era 20,13, sendo o componente “P” responsável por 13,23 dentes em média

(65,72% do CPO-D), indicando um perfil de morbidade muito semelhante ao verificado há cerca de vinte anos para esta faixa etária (BRASIL, 2004).

Dados do estudo SB Brasil em 2010, mostraram que o CPO-D médio em adultos foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,53 na faixa de 65 a 74. Destaca-se que o componente perdido é responsável por cerca de 44,7% do índice no grupo de 35 a 44 anos e 92% no grupo de 65 a 74 anos. Na distribuição dos índices de cárie por idade na população brasileira a perda dentária por cárie é o problema mais prevalente em adultos e idosos (BRASIL, 2010).

Com relação ao impacto das condições de saúde bucal sobre a vida diária das pessoas, o SB Brasil 2010, utilizando o Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário (OIDP), aos 12 anos de idade, 34,8% dos jovens apresentaram algum impacto, sendo que dificuldade para comer, incômodo para escovar os dentes, apresentar-se irritado ou nervoso e vergonha para sorrir foram os impactos mais prevalentes. Em adultos de 35 a 44 anos de idade e idosos de 65 a 74 anos idade 55% e 46% relataram algum impacto das condições bucais sobre sua vida diária, respectivamente, sendo que a prevalência de algum impacto entre os idosos foi menor do que a verificada em adultos e o impacto mais prevalente foi a dificuldade para comer (BRASIL, 2010).

Relacionado à perda dentária, o edentulismo, perda total dos dentes, é um dos piores agravos à saúde bucal. A alta proporção de brasileiros com perda total de dentes, a possibilidade de controle desse agravo e os danosos impactos na vida das pessoas afetadas desafiam a saúde pública a minimizar esse problema (HUNG, COLDITZ, JOSHIPURA, 2005). As perdas dentárias diminuem a capacidade mastigatória, afetam a fonação e causam danos estéticos que podem originar alterações psicológicas (HEBLING, PEREIRA 2007). Esse conjunto de repercussões no cotidiano das pessoas contribui para a redução da qualidade de vida das mesmas (DOLAN et al., 2001).

Além disso, Padilha et al (2008), realizou um estudo que demonstrou associação da perda dentária com risco de mortalidade precoce, sendo que ser edêntulo ou ter menos de 20 dentes presentes na boca foram fatores de risco para a mortalidade (PADILHA et al., 2008). Ainda neste sentido, alguns problemas médicos-sistêmicos podem ser exacerbados quando há limitações na habilidade para mastigar ou consumir uma dieta balanceada (CAVALCANTI, BIANCHINI, 2008). Portanto, a perda dentária é considerada como resultado de uma complexa

interação entre condições bucais, fatores sociais e comportamentais (PALLEGEDARA, EKANAYAKE, 2005).

Neste contexto da perda dos dentes, a prótese dentária é um recurso que possibilita melhorar a mastigação, fonação, deglutição e a autoestima dos indivíduos com perdas dentárias. A função é o fator predominante no interesse dos pacientes pela reabilitação com prótese total (SILVA & GOLDENBERG, 2001; FAJARDO et al., 2002). Entretanto, a ausência total dos dentes e a utilização de próteses totais removíveis inadequadas podem causar efeitos como dificuldade para relaxar, embarço, restrição em comer determinados alimentos e até perda da vontade de sair de casa (JONES et al., 2003; MARCENES, STEELE, SHEIHAM, 2003). As próteses dentárias retratam a possibilidade de melhora na realização de funções mastigatórias e do restabelecimento da estética, porém a adaptação das próteses requer cuidados, uma vez que a modificação morfofuncional pode dificultar a acomodação e a estabilidade, principalmente nos casos de próteses totais (CUNHA et al., 1999; FAZITO et al., 2004; CALDAS JÚNIOR et al., 2005).

Dentro do contexto das relações existentes entre a saúde bucal e saúde geral do indivíduo, outro aspecto importante e muito estudado atualmente é a relação das doenças crônicas com a saúde bucal. Nos últimos cinquenta anos o Brasil vem apresentando uma mudança na composição e no perfil epidemiológico da sua população (BOCCOLINI, 2017). O processo de transição demográfica tornou-se notório principalmente depois da década de 1970, com a diminuição dos coeficientes de natalidade e mortalidade, que acarretaram o envelhecimento populacional. Concomitantemente, alterações nos padrões de adoecimento caracterizaram a transição epidemiológica, que, segundo Frederiksen (1969) e Omran (2005), engloba três mudanças básicas: transição de uma situação de alta mortalidade para outra de baixa, diminuição das doenças transmissíveis e incremento das crônico-degenerativas e deslocamento da maior carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos mais idosos (FREDERIKSEN, 1969; OMRAN, 2005).

A saúde bucal também pode estar relacionada com doenças crônicas no sentido de que algumas condições bucais, como a perda dentária, podem ser percebidas como um problema de saúde crônico e que causa incapacidade, privação social e constrangimento, uma vez que as expectativas sociais não são alcançadas (BUCZYNSKI, CASTRO, SOUZA, 2008). Além disso, os indivíduos diabéticos possuem uma debilidade maior de sua saúde, pois têm maior

probabilidade de desenvolver problemas bucais também percebidos como crônicos, a exemplo da ocorrência de perdas de inserção periodontal mais severas, hipossalivação, alterações na microbiota e dificuldades cicatriciais, associadas à fisiopatologia da doença ou a seu tratamento medicamentoso. Neste contexto, estes indivíduos possuem elevado risco de deterioração da saúde bucal e necessitam uma assistência e um cuidado mais atento (OLIVEIRA et al., 2018; CHAVARRY et al., 2009).

3.3 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE BUCAL

Segundo WHOQOL group da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995) “Qualidade de vida é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Em geral, associam-se à expressão qualidade de vida fatores como estado de saúde, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição e até espiritualidade e dignidade. Qualidade de vida pode ser considerada como um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano (PASCHOAL, 2004).

O conceito de QVRSB é centrado na avaliação pessoal, na capacidade do indivíduo viver plenamente em relação ao seu espaço social (PORTILLO, PAES, 2000) e tem um caráter subjetivo sendo influenciado pelas experiências pessoais (CARVALHO, MARTINS, 1998). Segundo Locker (1997), os problemas bucais são importantes para qualidade de vida relacionada à saúde bucal, pois os resultados desta relação são vivenciados no cotidiano, trazendo impacto funcional, social e psicológico (LOCKER, 1997).

O desenvolvimento de indicadores que relacionam problemas bucais com a qualidade de vida surgiram da necessidade de conhecer o impacto dos problemas de saúde bucal sobre a qualidade de vida (LOCKER, 1997). Baseados nesse fato, alguns pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas, visando inserir a percepção do próprio paciente sobre sua condição bucal. Esses dados proporcionam ao profissional os subsídios auxiliares, permitindo uma visão integral do indivíduo (ALMEIDA, 2001). Bortoli et al (2003) concluíram que os indicadores subjetivos podem ser utilizados como mais um instrumento da avaliação

das condições de saúde bucal, complementares aos indicadores clínicos, uma vez que eles conseguem captar as necessidades relatadas pelos indivíduos (BORTOLI, et al., 2003).

A literatura oferece diferentes instrumentos válidos para avaliar aspectos da condição bucal e qualidade de vida (ATCHISON, DOLAN, 1990; SLADE, SPENCER, 1994). Hebling e Pereira (2007) fizeram uma revisão crítica dos instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal desenvolvidos nos últimos vinte anos e concluíram que OHIP (Perfil do Impacto da Saúde Bucal), GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica) e o OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário) são válidos para estabelecer esta relação (HEBLING, PEREIRA, 2007).

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para mensurar necessidades percebidas, o questionário perfil de impacto de saúde bucal (Oral Health Impact Profile - OHIP) é um dos mais amplamente utilizados em vários estudos, em diferentes culturas e perfis sociodemográficos. O OHIP foi desenvolvido por Slade e Spencer (1994) para fornecer uma mensuração abrangente de disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal (SLADE, SPENCER, 1994). Tais informações visam à complementação dos indicadores tradicionais de epidemiologia bucal de doenças clínicas e, desse modo, fornecem um perfil do "impacto da doença" em populações. Originalmente, apresenta 49 itens em um questionário respondido com uma escala do tipo Likert, com cinco opções que variam de "nunca" até "sempre". A consolidação dos dados pode ser feita em escala discreta, ou atribuindo-se pesos a cada intervalo da escala, entre zero e quatro pontos (SLADE, 1997; WONG, LO, MCMILLAN, 2002).

Slade (1997) realizou um estudo com o objetivo de produzir uma versão mais reduzida e menos complexa do OHIP 49, mantendo suas características de confiança e validade. Assim, 14 itens foram selecionados a partir do questionário original (SLADE, 1997). Também no formato reduzido, esse instrumento foi considerado válido para aplicação em pesquisas relacionadas à qualidade de vida e à saúde bucal da população (WONG, LO, MCMILLAN, 2002).

Alguns estudos que avaliaram a saúde bucal com a QVRSB através do instrumento OHIP-14 estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1: Estudos que avaliaram Saúde Bucal e OHIP-14

Estudos que avaliaram Saúde Bucal e OHIP-14			
Autor/Ano	Objetivos	Metodologia	Resultados
Silva (2010)	Avaliar o impacto da perda dentária na qualidade de vida.	Selecionaram-se 50 pacientes, usuários do Serviço Público de Saúde, em tratamento para inserção ou substituição do par de dentaduras. Antes do tratamento, aplicou-se o Oral Health Impact Profile (OHIP-14) e foi realizada coleta de dados sociodemográficos.	Dos indivíduos que participaram do estudo, 82% eram mulheres, 52% tinham de 41 a 60 anos (média de 59,1 anos) e 34% eram casados. A perda dentária ou o uso de próteses inadequadas implicaram impactos negativos na qualidade de vida, especialmente no que se refere à preocupação, estresse e vergonha decorrente de problemas na boca e dentes.
Miotto et al. (2011)	Avaliar a prevalência do impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida e sua associação com variáveis sociodemográficas e clínicas eo uso de serviços odontológicos por adultos e idosos em Marechal Floriano (ES).	Estudo transversal foi realizado em uma amostra aleatória de 237 participantes. Os dados foram coletados pelos agentes municipais de saúde da comunidade usando quatro questionários com itens sobre o estado de saúde sociodemográfica e oral dos participantes, estrutura de prática odontológica e perfil de impacto na saúde bucal (OHIP-14).	A maior percepção de impacto relacionada a problemas de saúde bucal foi encontrada em indivíduos com mais de 40 anos de idade, aqueles com uma necessidade percebida de próteses parciais removíveis e dentaduras removíveis completas. A prevalência de impacto foi de 35% e revelou associação com a idade e a necessidade percebida de próteses parciais e completas.
Ha et al. (2012)	O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQOL) em idosos após receberem prótese dentária.	Participaram do estudo 439 indivíduos de 8 centros de saúde pública que responderam ao OHIP-14 no momento do recebimento da prótese dentária e 3 meses após o recebimento. O modelo multivariável linear foi realizado para confirmar os fatores relacionados à melhora no OHRQOL.	O modelo multivariável linear de amostras de indivíduos dentados demonstrou que a melhora no OHRQOL foi associada ao número de dentes remanescentes, satisfação com a prótese dentária e autorrelato de estado de saúde oral após 3 meses. No caso do modelo edentado, a satisfação com a dentadura foi o único fator relacionado à melhora do OHRQOL.
Dos Santos et al. (2013)	Descrever as mudanças na qualidade de vida relacionada à SB e seus fatores em brasileiros idosos moradores de uma comunidade de idosos.	Estudo longitudinal com 872 idosos em 2004. No ano de 2008, foram avaliados 587 idosos. Foram realizados questionário com dados sociodemográficos, histórico de saúde, OHIP-14 e feita contagem do número de dentes naturais.	Idosos que moram em áreas rurais, que escovam 1x ao dia ou menos e os com menos dentes naturais na boca tiveram uma piora na qualidade de vida relacionada a SB.
Ulinski (2013)	Avaliar os fatores associados ao impacto da saúde bucal na qualidade de vida de uma amostra de 504 idosos independentes brasileiros.	Estudo transversal com 504 idosos. Foram realizados exames orais e entrevistas estruturadas (OHIP-14, características sociodemográficas, uso de serviços odontológicos e medidas subjetivas de saúde).	Impacto negativo no OHRQOL: sexo feminino, classe baixa, pelo menos uma cárie não tratada, razões curativas para a última consulta odontológica, baixa autopercepção da saúde bucal e baixa percepção do atendimento odontológico.

Quadro 1: (Continuação)

Estudos que avaliaram Saúde Bucal e OHIP-14			
Autor/Ano	Objetivos	Metodologia	Resultados
Dos Santos et al. (2013)	Investigar a estrutura dimensional do Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14).	Os indivíduos nas amostras foram provenientes de dois estudos realizados no Brasil, um no Rio de Janeiro (N = 504) e o outro em Carlos Barbosa, Rio Grande do Sul, Brasil (N = 872). Análise fatorial confirmatória (AFC) foi conduzida para identificar as dimensões latentes do OHIP-14 e comparar um modelo de estrutura unidimensional com um modelo de três dimensões. A estrutura dimensional foi avaliada através de índices de qualidade de ajuste.	A estrutura com um fator que apresentou, no estudo do Rio de Janeiro, um autovalor de 9,2 e esta estrutura explicou 65,6% da variância total, enquanto que no estudo de Carlos Barbosa o autovalor foi de 7,9 e esta estrutura unidimensional explicou 56,6% da variância total. AFC realizada indicou um ajuste adequado para o modelo de 1 fator para o estudo do Rio de Janeiro e para o estudo de Carlos Barbosa.
Gerritsen et al. (2013)	Revisar sistematicamente a literatura e analisar a relação entre o número e a localização dos dentes perdidos e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL).	Foram pesquisados artigos em inglês, publicados de 1990 a julho de 2009. Os estudos selecionados foram agrupados com base nos instrumentos OHRQoL utilizados e avaliados quanto à viabilidade para a síntese quantitativa. Resultados comparáveis foram submetidos a meta-análise e os resultados remanescentes foram submetidos apenas a uma síntese qualitativa.	A meta-análise foi viável para 10 estudos que relataram em 13 amostras diferentes, resultando em 6 análises separadas. Todos os estudos mostraram que a perda dentária está associada a pontuações de OHRQoL desfavoráveis, independentemente da localização do estudo e do instrumento OHRQoL utilizado.
Guerra et al. (2013)	Analisar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores de uma universidade pública através do Oral Health Impact Profile, na sua versão reduzida (OHIP-14), e fatores associados.	Estudo transversal com 326 trabalhadores que responderam às questões do índice OHIP-14, de autopercepção de saúde, morbidade bucal autorreferida, uso de serviços odontológicos e questões socioeconômicas e demográficas.	Cerca de 40% do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida pode ser explicado pelas variáveis: escolaridade, idade, motivo da consulta odontológica, percepção de saúde bucal e satisfação com dentes e boca.
Martins et al. (2013)	Avaliar a associação entre o impacto social da saúde bucal em suas dimensões física/psicossocial e a qualidade de vida entre idosos.	Estudo transversal conduzido entre idosos (65-74 anos), em 2008/2009. O impacto social foi avaliado através do Oral Health Impact Profile (OHIP 14), e a qualidade de vida, através do Short-Form Health Survey (SF 12). Foram realizadas análises descritivas, univariadas e multivariadas (regressões logísticas) com correção pelo efeito de desenho, utilizou-se o PASW® 18.0.	Dos 800 convidados, participaram 736 idosos (TR=92%), com a média de idade de 67,77 anos. A maioria não apresentou impacto social, a partir da medida da prevalência do OHIP. A dimensão limitação funcional do OHIP foi associada ao domínio físico do SF12, independentemente de outras variáveis investigadas. Já a gravidade do OHIP e as suas dimensões desconforto psicológico e deficiência foram associadas ao domínio mental do SF12.

Quadro 1: (Continuação)

Estudos que avaliaram Saúde Bucal e OHIP-14			
Autor/Ano	Objetivos	Metodologia	Resultados
Miotto et al. (2013)	Avaliar a prevalência de impactos produzidos por condições bucais na qualidade de vida de funcionários públicos e possível associação com variáveis sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos, dor dentária e necessidade de prótese.	Este estudo transversal avaliou uma amostra de 286 funcionários. Foram utilizados quatro roteiros para a coleta de dados incluindo o Oral Health Impact Profile. A associação entre as variáveis foi verificada pelo teste exato de Fisher; o Odds Ratio avaliou a magnitude da associação entre o desfecho e a exposição. Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão.	O número de indivíduos que declararam impacto foi de 93 (32,5%). A maior predição de impacto esteve associada à idade, condição socioeconômica, escolaridade, utilização de serviço odontológico, necessidade de prótese e dor dentária.
Zhayat; Gottfredsen (2013)	Avaliar os efeitos do tratamento com próteses dentárias fixas (FDP) e próteses dentárias removíveis (RDP) com a mudança na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL), variáveis de estética e mastigação.	Participaram do estudos 200 pacientes que tiveram tratamento com FDP e 107 com RDP. Foram obtidos dados sociodemográficos, número de dentes presentes, e realizado questionário com OHIP-49 antes e após o tratamento. Um grupo controle sem necessidade de tratamento odontológico também respondeu o OHIP-49.	Todos os participantes tiveram uma melhora significativa na OHRQoL (maior para o grupo RDP). As RDP que substituíram apenas os dentes mastigatórios não melhoraram significativamente o OHRQoL. Tanto o tratamento com RDP como o FDP estavam associados a uma redução dos problemas mais frequentemente relatados antes do tratamento.
Silveira et al. (2014)	Estimar a prevalência do impacto das condições de saúde bucal nas suas dimensões física e psicossocial entre adolescentes, bem como identificar os fatores associados à gravidade do impacto.	O impacto das condições de saúde bucal foi avaliado pelo instrumento Oral Health Impact Profile (OHIP-14). As covariáveis foram: condição socioeconômica, hábitos e cuidados com a saúde, uso de serviços odontológicos e condições normativas de saúde bucal. Foi realizada a modelagem de equações estruturais.	O impacto foi relatado em 15,6% dos adolescentes, em, pelo menos, uma dimensão do OHIP-14. As dimensões que apresentaram maior prevalência de impacto foram desconforto psicológico (11,8%) e dor física (6,6%). O efeito do número de dentes com necessidade de tratamento, número de dentes restaurados e o CPI sobre a gravidade do impacto foram significativos.
Batista; Lawrence; de Sousa (2014)	Avaliar o impacto da perda dentária na qualidade de vida relacionada à SB em adultos com ênfase em número de dentes perdidos e sua posição na boca.	A qualidade de vida relacionada a saúde bucal foi avaliada usando o OHIP-14. Foram coletados dados socioeconômicos, demográficos, alfabetização em saúde, uso de serviços odontológicos e CPO-D de 248 indivíduos com 20 a 64 anos.	Foi encontrada relação significativa dos escores do OHIP-14 com perda de mais de 12 dentes ou mais. Procurar atendimento odontológico por motivo de dores dentárias, ter cáries não tratadas na boca e possuir baixa renda também apresentaram relação com os escores OHIP-14.
Batista L. L. (2014)	Investigar os impactos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal (OHRQoL) nas atividades diárias e na produtividade do trabalho em adultos.	Estudo transversal em São Paulo que incluiu 386 trabalhadores na faixa etária de 20 a 64 anos. Foram obtidos dados demográficos, socioeconômicos, uso de serviços odontológicos e dados sobre OHRQoL.	As dimensões com maiores pontuações do OHIP foram a dor física e o desconforto psicológico. Sexo masculino, menor renda familiar, visitar um dentista devido a dor, perda de dente e necessidade de tratamento para cárie afetaram OHRQoL.

Quadro 1: (Continuação)

Estudos que avaliaram Saúde Bucal e OHIP-14			
Autor/Ano	Objetivos	Metodologia	Resultados
Gabardo et al. (2015)	Avaliar a associação entre aspectos individuais e contextuais com a autopercepção em saúde bucal em moradores do município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil.	Estudo com delineamento transversal, numa amostra probabilística de 1.100 adultos em 38 setores censitários. A autopercepção foi avaliada por meio OHIP-14. A análise dos dados utilizou regressão logística multinível.	Na análise multivariável, indivíduos do gênero feminino, com idade avançada, piores escores de qualidade de vida e de apoio social, com hábitos alimentares ruins, fumantes e residentes em setores censitários com baixa renda apresentaram maiores chances de relatar piores escores de OHIP-14.
Paulino et al. (2015)	Avaliar a prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM), sua associação com gênero, hábitos parafuncionais, tensão emocional, ansiedade, depressão e, o seu impacto sobre a qualidade de vida relacionada com a saúde oral em estudantes pré-vestibulandos de instituições públicas e privadas de João Pessoa/PB.	Participaram do estudo 303 alunos. A presença de sintomas de DTM foi determinada através de questionário, contendo também questões relacionadas à presença de hábitos e tensão emocional. Um protocolo simplificado de avaliação clínica foi aplicado. Ansiedade e depressão foram determinadas através da escala Hospital Anxiety and Depression (HAD) e, utilizado OHIP-14.	A presença de sinais e sintomas de DTM foi estatisticamente associada ao gênero feminino, hábitos parafuncionais, tensão emocional e ansiedade, e representou maior comprometimento da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.. O domínio dor física foi o mais afetado.
Dos Santos et al. (2015)	Testar as vias diretas e medidas do modelo de Wilson & Cleary entre as variáveis clínicas e não clínicas em relação à qualidade de vida relacionada à saúde bucal.	Participaram do estudo 578 idosos e foi utilizada modelagem de equações estruturais incluindo variáveis biológicas, sintomas, estado funcional, percepção de saúde bucal, qualidade de vida relacionada à SB (OHIP-14).	O edentulismo foi negativamente correlacionado com a insatisfação da aparência das próteses dentárias; pior estado funcional foi correlacionado com a pior percepção de SB; indivíduos com 68 anos ou mais, sexo feminino e viver em áreas rurais teve efeito direto sobre o edentulismo; idade teve efeito direto no OHIP-14 e sexo efeito indireto no OHIP-14 via estado funcional.
Santucci; Attard; (2015)	Determinar a relação da saúde bucal com a qualidade de vida de idosos institucionalizados e correlacionar com o estado de saúde bucal	Foram realizados exames clínicos e entrevista com questionários (OHIP-14, GOHAI e Satisfação de prótese) em 278 idosos	A qualidade de vida relacionada à saúde bucal, foi significativamente associada com os parâmetros: profundidade de bolsa periodontal, cárie, dentes perdidos ou obturados e uso de dentaduras.
Teixeira et al. (2015)	Avaliar a associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), por meio de uma abordagem hierárquica baseada em um modelo teórico conceitual em uma coorte de idosos do RS.	Estudo transversal aninhado a um estudo de coorte em 2008. Participaram do estudo 498 idosos. Medidas: sociodemográficas, comportamentos de saúde, OHIP-14, escala de resiliência e CPO-D.	Maiores médias de OHIP-14 foram encontradas em mulheres, moradores da zona rural e solteiros. O modelo final da análise multivariada mostrou que ser morador de zona rural e casado foram variáveis independentemente associadas à QVRSB. Não houve associação entre resiliência e QVRSB.

Quadro 1: (Continuação)

Estudos que avaliaram Saúde Bucal e OHIP-14			
Autor/Ano	Objetivos	Metodologia	Resultados
Gabardo et al. (2015)	Investigar a associação entre as variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, psicossociais e comportamentais e a saúde bucal através do OHIP-14.	Estudo transversal em São Leopoldo com 1095 adultos. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, socioeconômicas, psicossociais e comportamentais e a saúde bucal através do OHIP-14.	Os piores efeitos foram, na análise bivariada, relatados por mulheres, indivíduos com idade mais avançada, baixa renda familiar, menor escolaridade, menor apoio social e fumantes.
Goulart et al. (2016)	Avaliar a associação entre a aparência dos dentes com qualidade de vida relacionada à saúde bucal	Quinze centros de atenção primária com serviços odontológicos foram selecionados em Porto Alegre, Brasil. Os indivíduos foram entrevistados a partir de uma amostragem aleatória de domicílios. O desfecho avaliado foi ter um escore de OHIP14>0. As exposições foram: cor e posição auto-referida dos dentes, percepção da saúde bucal e preocupação com a estética dental.	Dos 1943 indivíduos contatados, 433 utilizaram os serviços públicos odontológicos, dos quais 73% tinham algum impacto na qualidade de vida; 35,2% dentes manchados e 47,5% dentes apinhados. Além disso, 22,2% já haviam tentado clarear os dentes. Indivíduos preocupados com a cor tinham 2,56 vezes mais chances de relatar qualquer impacto após o ajuste para número de dentes, tabagismo e educação.
Rebello et al. (2016)	Identificar as relações entre características sociodemográficas, tabagismo, perda de dentes, cárie dentária, estado periodontal e OHRQoL em adultos com hipertensão arterial sistêmica.	Participaram do estudo 195 adultos com HAS. Foram realizadas entrevistas (características sociodemográficas, idade, sexo, renda, uso de anti-hipertensivos, tabagismo e OHIP-14) e exames orais (perda de dentes, cárie dentária).	Os indivíduos com idade mais jovem, sexo masculino, fumantes e que tinham baixa renda se relacionaram diretamente a um pior estado periodontal. Perda de dentes, cárie dentária, pior estado periodontal e tabagismo foram diretamente ligados a piora no OHIP-14.
Queiroz et al. (2017)	Avaliar a associação existente entre dor pré-operatória, ansiedade e o impacto da condição bucal na qualidade de vida dos pacientes atendidos no setor de urgência odontológica.	Estudo transversal retrospectivo foi conduzido avaliando dados clínicos de 240 prontuários de pacientes com idades entre 18 e 65 anos. A dor foi mensurada pela Heft-Parker Visual Analogue Scale; ansiedade, pela Corah's Dental Anxiety Scale e qualidade de vida, pelo OHIP-14	Associação estatisticamente significativa entre dor e qualidade de vida, nos domínios desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica, social e desvantagem social. associação positiva entre ansiedade e qualidade de vida, com resultado estatisticamente significativo nos domínios desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica e desvantagem social.
Oliveira et al. (2018)	Avaliar a qualidade de vida relacionada às condições clínicas de saúde bucal entre hipertensos e diabéticos de Alfenas, MG, Brasil	Estudo domiciliar, descritivo-analítico, transversal, com amostra randomizada, sistemática, estratificada por Equipe Saúde da Família, composta por 218 sujeitos. Aplicou-se os índices CPOD, T-Health, FS-T, SiC index, uso e necessidade de próteses e OHIP-14	As correlações entre OHIP-14 e condições clínicas evidenciaram a presença de dentes afetando dimensões psicológicas, além de uso e necessidade de próteses associadas a impactos físicos e sociais.

No contexto da qualidade de vida e sua relação com a saúde bucal, o estudo de Batista et al (2014) avaliou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores adultos na região metropolitana de São Paulo e mostrou que a perda de quatro ou mais dentes e cáries com necessidade de tratamento tiveram impactos negativos na QVRSB (BATISTA et al., 2014). Um estudo longitudinal realizado na cidade de Carlos Barbosa no Sul do Brasil descreveu as mudanças na QVRSB e avaliou os fatores determinantes destas mudanças, sendo que moradores de áreas rurais, frequência de escovação de uma vez ou menos ao dia e poucos dentes naturais em boca demonstraram piora na QVRSB (DOS SANTOS et al., 2013).

Gerritsen et al (2010) realizou uma metanálise a fim de encontrar relação entre o número de dentes e a localização dos dentes ausentes com a QVRSB. Foram pesquisados estudos em inglês publicados de 1990 a julho de 2009, sendo que, das 924 referências encontradas, 35 foram elegíveis para síntese. A metanálise foi viável para 10 estudos, resultando em 6 análises separadas. Todos os estudos utilizados na metanálise mostraram que a perda dentária está associada a piora da QVRSB. Além disso, este estudo indica que não só o número de dentes perdidos, mas também a localização e distribuição dos dentes faltantes conforme a oclusão dentária mostraram piora na QVRSB (GERRITSEN et al., 2010).

Um estudo realizado na Noruega com uma amostra de 3538 adultos avaliou o instrumento OHIP-14 com fatores sociodemográficos, número de dentes presentes, frequência de visitas odontológicas, comportamentos de saúde bucal e saúde bucal auto-referida. Os problemas mais frequentemente relatados no OHIP-14 foram: dor física (56%), desconforto psicológico (39%) e deficiência psicológica (30%). Quando o efeito de todas as variáveis independentes foi analisado em análise multivariada, a saúde bucal auto-referida, a frequência de visitas odontológicas e o número de dentes foram significativamente associados com alterações na qualidade de vida relacionada a saúde bucal, utilizando-se o instrumento OHIP-14 (DAHL et al., 2011).

Alguns estudos avaliaram a associação da utilização de próteses dentárias removíveis com a qualidade de vida dos indivíduos. Os resultados demonstram que a reabilitação oral influencia psicossocialmente na vida dos pacientes, afetando diretamente no cotidiano e na qualidade de vida (FISKE et al., 1998; KLAGES, ESCH, WEHRBEIN, 2005; JOHN et al., 2004). Assim, mais que restabelecer a função mastigatória, ao procurar o tratamento reabilitador, os pacientes buscam

reconstituir sua imagem pessoal, social e sua qualidade de vida (BARBIERI, RAPOPORT, 2009; VEYRUNE et al., 2005).

No contexto da transição epidemiológica brasileira, estudos que abordem a relação da qualidade de vida com doenças crônicas são importantes, visto que a população vem mudando em relação a seu perfil epidemiológico. Neste sentido, as doenças crônicas mostram-se mais prevalentes na população quando comparada com doenças infectocontagiosas e parasitárias aspectos (BOCCOLINI et al., 2017). Deste modo certos fatores, como a saúde bucal, associados às doenças crônicas podem potencializar aspectos que irão influenciar diretamente na qualidade de vida destas pessoas. Doenças crônicas e uso de medicamentos para o sistema circulatório influenciam na autopercepção sobre saúde bucal (BERTOTTI et al., 2015). O estudo de Oliveira et al (2018), evidenciou que aspectos negativos da saúde bucal afetam a qualidade de vida de portadores de algumas doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Além disso, demonstrou, com escores do OHIP-14, que o impacto negativo esteve associado à presença de doenças crônicas de modo geral (OLIVEIRA et al., 2018).

Dentre alguns estudos realizados para avaliar a QVRSB em usuários atendidos nos serviços da APS, o estudo de Goulart et al (2016) avaliou a relação da aparência dos dentes destes indivíduos com a qualidade de vida através do OHIP-14. Os achados evidenciam que dos 433 usuários participantes da pesquisa 73% tinham algum impacto na qualidade de vida, sendo que os indivíduos preocupados com a cor dos dentes tinham 2,56 vezes mais chances de relatar qualquer impacto na QVRSB (GOULART et al., 2016). Silva (2010) avaliou o impacto da perda dentária na QVRSB em 50 pacientes usuários dos serviços públicos de saúde que estavam em tratamento para inserção ou substituição de suas próteses dentárias. Neste estudo, a perda dentária ou o uso de próteses inadequadas implicaram impactos negativos na qualidade de vida, especialmente no que se refere à preocupação, estresse e vergonha decorrente dos problemas na boca e dentes (SILVA, 2010).

Outro estudo realizado com usuários dos serviços públicos de saúde avaliou 111 adultos de 30 a 59 anos que recebiam atendimento em duas Unidades Básicas de Saúde na região sudeste da cidade de São Paulo. Os achados da pesquisa denotam que a perda dentária e a alta experiência de cárie dentária interferem na qualidade de vida dos adultos, reforçando a necessidade de políticas públicas

voltadas ao cuidado da saúde e à garantia de acesso ao serviço odontológico (SILVA, TÔRRES, SOUSA, 2012).

Diversos estudos na literatura abordam a relação da QVRSB com variáveis clínicas e em diferentes populações (MIOTTO, BARCELLOS, VELTEN, 2012; DOS SANTOS et al., 2013; TEIXEIRA et al., 2015). Porém, poucos estudos utilizaram a associação da QVRSB com usuários que receberam cuidados de saúde bucal na APS (SILVA, 2010; SILVA, TÔRRES, SOUSA, 2012; GOULART et al., 2016). A obtenção de dados que permitam avaliar a QVRSB em usuários que receberam cuidados de saúde bucal nos serviços de APS torna-se necessária visto que não existem muitos estudos na literatura com esta temática.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal que utilizou dados da pesquisa “Validação e aplicação do PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários” (CARDOZO, 2015).

4.2 POPULAÇÃO DA PESQUISA E AMOSTRA

O tamanho da amostra foi definido para o estudo original por meio de um estudo piloto, pois não existiam dados que permitissem o cálculo amostral. Foram coletados dados de 30 entrevistas realizadas nos serviços de APS de Porto Alegre para estimar o tamanho da amostra, de modo que cumprisse o critério de validação do estudo original baseado no instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (5 respondentes por questão do PCATool) (CARDOZO, 2015). Os dados coletados para o estudo piloto não foram utilizados para o resultado da pesquisa. A amostra estimada foi de 412 usuários dos serviços de APS.

Os critérios de elegibilidade dos sujeitos participantes do estudo foram: ter idade mínima de 18 anos, ser residente nas áreas cobertas pela rede pública de APS com serviços odontológicos disponíveis e ter utilizado a unidade de saúde para exame ou tratamento odontológico nos últimos 24 meses. Para as Unidades de Saúde os critérios foram: ter consultório odontológico, equipe de saúde bucal com cirurgião-dentista e auxiliar ou técnico de saúde bucal, cirurgião-dentista trabalhando na unidade há pelo menos 2 anos e cirurgião-dentista lotado na unidade em que realiza os atendimentos odontológicos.

Foram selecionadas 15 Unidades de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre que cumpriram os critérios de inclusão. Em seguida, dentro do território das Unidades de Saúde, foram sorteados setores censitários. Dentro de cada setor censitário, foram selecionadas com início aleatório casas das famílias e, de cada casa, foi entrevistado um usuário que cumpria os critérios de elegibilidade. Caso houvesse mais de um adulto que atendesse aos critérios, um deles era sorteado (CARDOZO, 2015).

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de outubro de 2011 a maio de 2013 e os usuários selecionados foram entrevistados em seus domicílios por pesquisadores previamente capacitados. As entrevistas foram realizadas em visitas domiciliares por estudantes da área da saúde. A capacitação dos entrevistadores ocorreu previamente ao início do estudo através de três reuniões com carga horária de 4 horas cada uma, na qual receberam orientações sobre a metodologia para aplicação, manipulação e preenchimento dos questionários. Foi elaborado um manual de campo direcionado aos pesquisadores e durante o treinamento os entrevistadores realizaram entrevistas simuladas. Para avaliar a capacitação foi realizada uma saída de campo piloto, em duplas, onde um pesquisador aplicava o questionário em um usuário, enquanto o outro o avaliava.

4.4 MEDIDAS:

Os usuários participantes do estudo responderam a uma entrevista com perguntas que abordavam questões socioeconômicas, comportamentais, saúde geral, acesso aos serviços odontológicos na APS e qualidade de vida relacionada à saúde bucal, medida pelo instrumento OHIP-14. Todas as etapas da entrevista ocorreram em um único momento, sendo posteriormente realizado o exame clínico bucal.

Para avaliação das características dos usuários participantes foram utilizadas seguintes variáveis: Idade (em anos), Sexo, Escolaridade (em anos de estudo, categorizada em ≤ 8 anos e > 8 anos), Cor/Raça autodeclarada (categorizada em branca e não-branca) e Renda Individual do entrevistado (em salários mínimos, categorizada em ≤ 1 salário mínimo e > 1 salário mínimo). No período do estudo, o valor do salário mínimo era de R\$ 622,00.

O histórico médico foi autorrelatado. Os participantes relataram a presença de alguma doença crônica através da seguinte pergunta: “Você tem algum problema de saúde que tenha durado, ou que provavelmente vai durar mais do que um ano, tais como problema físico, mental ou emocional?” A variável doença crônica, foi considerada presente quando relatadas as doenças diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial e as respostas foram categorizadas em presente ou ausente para doença crônica. O hábito do uso do tabaco foi avaliado com a pergunta: “Você

fuma cigarros atualmente?”. As respostas foram categorizadas em sim ou não para tabagismo.

A presença de prótese dentária foi avaliada através da pergunta “Você usa algum tipo de prótese (ponte, pivô, dentadura) nos dentes/arcada Superior? e “Você usa algum tipo de prótese (ponte, pivô, dentadura) nos dentes/arcada Inferior?”. As respostas foram categorizadas em sim ou não para as variáveis nominadas: usa prótese dentária superior e usa prótese dentária inferior.

Para avaliação do acesso ao serviço de saúde bucal da Atenção Primária foi utilizada a pergunta "Quando seu Posto de Saúde está aberto e você apresenta algum problema na boca ou nos dentes, alguém de lá atende você no mesmo dia?", sendo que as respostas possíveis eram sim ou não.

O instrumento OHIP-14 consta de 14 itens que avaliam disfunção, desconforto e incapacidade atribuída à condição bucal. As respostas possíveis aos itens são apresentadas em escala do tipo Likert de cinco pontos que vão de nunca (0) a sempre (4)(SLADE, 1997). Para avaliação do impacto na qualidade de vida, as respostas foram dicotomizadas em ausência de impacto, para aqueles que responderam nunca (soma igual a zero), e presença de impacto (quando a soma foi maior que zero) na QVRSB (GOULART, et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

Após a entrevista, foi realizado exame bucal dos indivíduos para avaliação da contagem do número de dentes naturais presentes na cavidade bucal. O número de dentes foi classificado em ≤ 20 dentes ou > 20 dentes (GOULART, et al., 2018).

4.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise descritiva para caracterização da amostra, sendo utilizadas médias para variáveis quantitativas e porcentagens para variáveis qualitativas. Testes do qui-quadrado foram realizados para as variáveis dicotômicas, enquanto que para as variáveis contínuas foram realizados teste t de Student. A confiabilidade do questionário OHIP-14 foi testada por meio do Coeficiente Alpha de Cronbach.

A análise hierárquica utilizada neste estudo teve como base o modelo teórico proposto por Andersen e Davidson (ANDERSEN, DAVIDSON, 1997). O modelo é composto por variáveis distribuídas em quatro blocos, sendo estes: variáveis exógenas, determinantes primários, comportamentos de saúde e condições de saúde bucal (Figura 1).

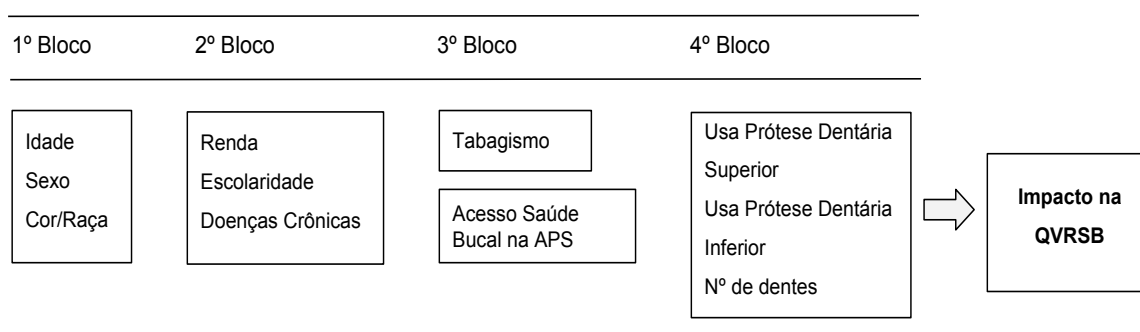


Figura 1: Modelo Teórico utilizado no Estudo. Porto Alegre, 2018.

Neste estudo, o primeiro bloco do modelo foi composto pelas variáveis exógenas e mais distais: idade, sexo e cor/raça autodeclarada. Como variáveis intermediárias, no segundo bloco, os determinantes primários de saúde bucal, representados pela renda, escolaridade e doença crônica. As variáveis intermediárias, do terceiro bloco de análise, são os comportamentos de saúde bucal, representados pelo tabagismo e acesso à saúde bucal na APS. No bloco proximal, ou seja, no quarto, foram incluídas as variáveis de condições de saúde bucal, das quais fazem parte o uso de prótese dentária superior, uso de prótese dentária inferior e o número de dentes.

Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para cálculo de Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. As análises de associações foram feitas isoladamente em cada bloco. Para as análises subsequentes, mantiveram-se aquelas variáveis que permaneceram associadas com o desfecho com $p < 0.10$ após o ajuste para as variáveis do mesmo nível e para daquelas hierarquicamente superiores. Finalmente, apenas as variáveis que apresentaram $p < 0.10$ foram adicionadas num modelo totalmente ajustado. No modelo totalmente ajustado foram consideradas significantes as associações com $p < 0.05$. Todas as análises foram realizadas usando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-versão 18.0) para análise estatística.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (processos 10-120 e

001043203108). Os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e solicitados a ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, 1943 pessoas foram contatadas para participar da pesquisa. Foram visitadas 81 residências por 3 vezes e não foram encontradas pessoas em casa, 6 pessoas recusaram-se a participar e 1444 nunca tinham acessado os serviços de APS para consultas de saúde bucal, portanto não atendiam ao critério de inclusão do estudo. O valor do Coeficiente Alpha de Cronbach para o OHIP-14 foi de 0,89.

As características da amostra podem ser observados na Tabela 1. Dos 412 participantes, a maioria era do sexo feminino (79,8%), com média de idade de 48,3 ($\pm 16,7$) anos, de cor/raça branca (59,7%) e tinham 8 anos ou menos de estudo (61,4%). Quando avaliada a renda individual do entrevistado, 58,3% possuíam renda mensal menor ou igual a um salário mínimo. Com relação ao acesso no serviço de saúde bucal da Atenção Primária, 56,6% dos participantes relataram não ter atendimento no mesmo dia na sua unidade de saúde quando apresentavam algum problema na boca ou nos dentes. Dentre as variáveis de saúde bucal, a maioria dos participantes não usava prótese dentária superior (55,8%), nem prótese dentária inferior (80,8%) e, quando avaliado o número de dentes, a maioria possuía vinte dentes ou menos (59,3%). Os participantes que faziam uso do tabaco e que relataram possuir alguma doença crônica representaram 25,5% e 37,9% da amostra, respectivamente.

Conforme a Tabela 2, as variáveis número de dentes naturais presentes na cavidade bucal e presença de doença crônica foram associadas com o OHIP-14. Indivíduos com 20 dentes ou menos (68,8%) tiveram associação significativa com a presença de impacto na QVRSB ($p=0,01$). Além disso, os indivíduos que relataram possuir alguma doença crônica (55,8%) apresentaram associação com presença de impacto, de acordo com o OHIP-14 ($p=0,04$).

No primeiro bloco de análise, as variáveis exógenas sexo e raça não foram significativamente associadas com o impacto na QVRSB. Apenas a variável idade manteve-se associada ao desfecho. No bloco de determinantes primários de saúde bucal (segundo bloco), as variáveis não foram significativamente associadas ao desfecho, após o ajuste para as variáveis exógenas. Em relação aos fatores de comportamento de saúde bucal (terceiro bloco), a variável acesso ao serviço de saúde bucal na APS foi a única associada com o desfecho, após o ajuste para as

demais variáveis dos blocos hierárquicos anteriores. As variáveis de condições de saúde bucal (quarto bloco), o uso de prótese dentária superior, uso de prótese dentária inferior e número de dentes não foram associadas com o desfecho (Tabela 3).

Tabela 1: Caracterização da amostra de usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013 (n=412).

Variáveis		
Idade	Em Anos (DP)	48,3 (±16,7)
Sexo	Masculino	79 (20,2%)
	Feminino	329 (79,8%)
Escolaridade	≤ 8 anos	253 (61,4%)
	> 8 anos	158 (38,3%)
Cor/Raça	Branca	256 (59,7%)
	Não branca	162 (39,3%)
Renda Individual	≤ 1 Salário Mínimo	240 (58,3%)
	> 1 Salário Mínimo	172 (41,7%)
Acesso Saúde Bucal na APS	Sim	179 (43,4%)
	Não	233 (56,6%)
Usa Prótese Dentária Superior	Sim	182 (44,2%)
	Não	230 (55,8%)
Usa Prótese Dentária Inferior	Sim	79 (19,2%)
	Não	333 (80,8%)
Número de Dentes	≤ 20 Dentes	240 (59,3%)
	> 20 Dentes	171 (41,7%)
Doença Crônica	Presente	156 (37,9%)
	Ausente	256 (62,1%)
Tabagismo	Sim	105 (25,5%)
	Não	307 (74,5%)

* Os totais variam devido à perda de informações.

Tabela 2: Associação entre o OHIP-14 e as variáveis de usuários de serviços de Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013 (n=412).

Variáveis		OHIP-14		P valor
		Sem Impacto	Com Impacto	
Idade	Em Anos (DP)	46,04±16,14	49,98±16,86	0,83
Sexo	Masculino	34(43,0%)	45(57,0%)	0,29
	Feminino	119(36,6%)	206(63,4%)	
Escolaridade	≤ 8 anos	92(36,5%)	160(63,5%)	0,40
	> 8 anos	63(40,6%)	92(59,4%)	
Cor/Raça	Branca	90(36,8)	154(63,2%)	0,70
	Não branca	62(38,8%)	98(61,2%)	
Renda Individual	≤ 1 Salário Mínimo	85(36,0%)	151(64,0%)	0,33
	> 1 Salário Mínimo	70(40,7%)	102(59,3%)	
Acesso Saúde Bucal na APS	Sim	69(38,5%)	110(61,5%)	0,83
	Não	86(37,6%)	143(62,4%)	
Usa Prótese Dentária Superior	Sim	64(35,2%)	118(64,8%)	0,29
	Não	91(40,3%)	135(59,7%)	
Usa Prótese Dentária Inferior	Sim	24(30,4%)	55(69,6%)	0,12
	Não	131(39,8%)	198(60,2%)	
Número de Dentes	≤ 20 Dentes	53(31,2%)	117(68,8%)	0,01*
	> 20 Dentes	102(43,0%)	135(57,0%)	
Doença Crônica	Presente	68(44,2%)	86(55,8%)	0,04*
	Ausente	87(34,3%)	167(65,7%)	
Tabagismo	Sim	40(38,1%)	65(61,9%)	0,97
	Não	115(38,0%)	188(62,0%)	

*Significância pelo teste de Qui Quadrado

Tabela 3: Análise Hierárquica- Impacto na Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal.

Bloco			RP bruta (IC de 95%)	p	RP ajustada* (IC de 95%)	p	RP ajustada** (IC de 95%)	p
1º	Idade	Em anos	1,00 (1,00 a 1,01)	0,01	1,00 (1,00 a 1,01)	0,02		
	Sexo	Feminino	1,00		1,00			
		Masculino	0,89 (0,72 a 1,10)	0,31	0,86 (0,70 a 1,07)	0,18		
	Cor/Raça	Não branca	1,00		1,00			
Branca		1,03 (0,88 a 1,20)	0,70	1,01 (0,86 a 1,18)	0,85			
2º	Renda Individual	> 1 salário	1,00		1,00		1,00	
		≤ 1 Salário	1,10 (0,94 a 1,29)	0,21	1,11 (0,94 a 1,30)	0,19	1,10 (0,93 a 1,30)	0,22
	Escolaridade	> 8 anos	1,00		1,00		1,00	
		≤ 8 anos	1,07 (0,91 a 1,25)	0,41	1,04 (0,88 a 1,23)	0,64	1,01 (0,85 a 1,20)	0,87
Doença Crônica	Ausente	1,00		1,00		1,00		
	Presente	0,84 (0,71 a 1,00)	0,05	0,84 (0,70 a 1,00)	0,06	0,89 (0,73 a 1,07)	0,23	
3º	Tabagismo	Não	1,00		1,00		1,00	
		Sim	0,99 (0,83 a 1,18)	0,97	0,99 (0,83 a 1,18)	0,98	0,96 (0,79 a 1,17)	0,75
	Acesso Saúde Bucal na APS	Sim	1,00		1,00		1,00	
		Não	1,01 (0,87 a 1,18)	0,83	1,01 (0,87 a 1,18)	0,83	1,17 (1,00 a 1,37)	0,05
4º	Usa Prótese Dentária Superior	Usa	1,00		1,00		1,00	
		Não	0,92 (0,79 a 1,07)	0,28	1,08 (0,88 a 1,33)	0,44	1,10 (0,88 a 1,37)	0,36
	Usa Prótese Dentária Inferior	Usa	1,00		1,00		1,00	
		Não	0,86 (0,72 a 1,02)	0,09	0,92 (0,76 a 1,13)	0,45	0,96 (0,78 a 1,19)	0,75
Número de Dentes	> 20 Dentes	1,00		1,00		1,00		
	≤ 20 Dentes	1,20 (1,04 a 1,40)	0,01	1,23 (1,01 a 1,51)	0,03	1,16 (0,93 a 1,45)	0,16	

RP Bruta: Razão de Prevalência Bruta,

*RP Ajustada: Razão de prevalência Ajustada para variáveis do mesmo bloco

**RP Ajustada: Razão de prevalência Ajustada para variáveis dos blocos anteriores.

Este é um dos primeiros estudos a avaliar acesso aos serviços de saúde bucal da APS e sua relação com a QVRSB. Os principais achados suportam que a oferta de acesso efetivo aos cuidados em saúde bucal, de forma oportuna e no tempo adequado, está associada a uma melhor qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Além disso, o presente estudo traz informações importantes para um melhor entendimento da saúde bucal na APS, bem como permite conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários de serviços de saúde bucal da APS.

Neste estudo, o acesso ao serviço de saúde bucal na APS foi considerado como um comportamento de saúde. Alguns autores conceituam acesso como um indicador do grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde, sendo que a utilização dos serviços é determinada por vários fatores e é consenso na literatura que se trata, em qualquer comunidade, de um fenômeno complexo^{27,28}. Dentre os inúmeros fatores condicionantes do acesso, o uso de serviços de saúde é influenciado pelas necessidades e comportamentos dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, pelas características da oferta de serviços, formas de financiamento e recursos disponíveis para a população (TRAVASSOS et al., 2000).

Souza et al. (2008) apontam que o acesso envolve a consecução do cuidado a partir das necessidades e está vinculado com a resolubilidade, extrapolando a simples dimensão geográfica e incluindo outros aspectos de ordem econômica, cultural, organizacional e de oferta de serviços (SOUZA et al., 2008). No que se refere à APS, o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, as quais estariam implicadas com a localização da unidade de saúde, a disponibilidade de horários e dias de atendimento, bem como a possibilidade de oferta de consultas não agendadas e a percepção da população frente a estes aspectos (STARFIELD, 2002). No presente estudo, dentre os diferentes marcadores de acesso existentes, foi utilizada a disponibilidade de consultas não agendadas, ou seja, consultas de demandas espontânea, de modo a aferir se o serviço de saúde foi capaz, na perspectiva do usuário, de responder a sua demanda no serviço de saúde.

Um dos desafios evidenciados na garantia de acesso aos serviços é que apesar da ampliação da rede básica ter contribuído para melhor acessibilidade geográfica, ainda verifica-se desproporção entre oferta, capacidade de atendimento

e demanda (SOUZA et al., 2008). Há estudos que abordam este desequilíbrio nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial (O'DONNELL, 2007; CASTRO, TRAVASSOS, CARVALHO, 2005; OLIVEIRA, CARVALHO, TRAVASSOS, 2004). Neste contexto, o modelo clássico de assistência a doenças em suas demandas espontâneas predomina, devido à limitação da assistência integral, face a ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência (SOUZA et al., 2008). Outro desafio está relacionado à insatisfação dos usuários frente ao acesso aos serviços de APS. Neste sentido, o estudo de Bulgarelli et al. (2018) avaliou os Atributos da APS nos Serviços Públicos de Saúde da cidade de Porto Alegre e demonstrou que o atributo Acesso foi considerado insatisfatório na percepção dos usuários que participaram da pesquisa (BULGARELLI et al., 2018).

No que tange a saúde bucal neste contexto, apesar da sua reconhecida importância como um componente da saúde em geral, uma parcela expressiva da população brasileira ainda não tem acesso aos serviços de saúde bucal. No Brasil, ainda observa-se a existência de iniquidades no acesso e na utilização dos serviços odontológicos (BARROS, BERTOLDI, 2002). Segundo, o levantamento epidemiológico sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (Brasil 2011), a prevalência de utilização dos serviços odontológicos no serviço público foi de apenas 38,3% para o grupo etário de 35 a 44 anos e de 28,9% na faixa de 65 a 74 anos (BRASIL, 2010). Outro estudo que descreveu o uso de serviços de saúde na população brasileira, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, encontrou que menos da metade da população brasileira consultou um dentista nos 12 meses anteriores à pesquisa. Desde a criação do SUS, os serviços foram expandidos, mas é preciso organizar e definir melhor a forma de acesso aos serviços de saúde bucal na APS (STOPA et al., 2017).

O estudo de Viacava et al. (2018) realizou uma análise da evolução da oferta de estabelecimentos e recursos de saúde e das condições de utilização dos serviços de saúde no Brasil nos últimos 30 anos. Com relação ao acesso à saúde bucal, o percentual de pessoas que relataram nunca ter consultado com o dentista foi menor, quanto maior a renda e a escolaridade dos indivíduos, sendo que o acesso foi na sua maioria realizado através de pagamento à consulta, em estabelecimentos do setor privado à Saúde. Nos últimos 30 anos, o uso dos serviços odontológicos por meio do setor privado foi de 66% em 1981 para 59% em 2013, mostrando que houve pouca variação neste período, apesar do aumento no número de serviços públicos

com oferta de atendimento odontológico. O percentual de pessoas que relataram utilizar o posto ou centro de saúde como serviço de uso regular aumentou de 41,8% em 1998 para 53,7% em 2013 (VIACAVA et al., 2018).

A questão da renda e escolaridade dos indivíduos no acesso aos serviços de saúde bucal possibilita discutir a o motivo pelo qual a falta de acesso oportuno aos serviços de saúde bucal impacta na qualidade de vida dos indivíduos usuários do Sistema Público de Saúde. Pode-se refletir que esses usuários que não conseguem acesso nos serviços públicos no momento em que estão com algum problema na boca ou nos dentes ficam desassistidos e muitas vezes podem procurar outra alternativa de atendimento no setor privado à Saúde ou permanecer com o problema, tanto por dificuldades financeiras como de disponibilidade de procurar outra forma de acesso. Neste estudo, a maioria dos usuários dos serviços de saúde possuem baixa renda o que possivelmente inviabilizaria custear a solução do seu problema em momento oportuno.

Neste contexto, Rodrigues (2005) realizou uma pesquisa sobre oferta e demanda dos serviços públicos de saúde bucal e constatou que a incerteza no acesso afasta segmentos sociais do sistema público de saúde que acabam optando por outros tipos de atendimento. Ainda neste estudo, salienta-se a insuficiente oferta dos serviços de saúde bucal no Brasil para o atendimento de uma população que sempre apresentou dificuldades de acesso odontológicos e, também, a necessidade de, pelo menos, uma equipe de saúde bucal para cada equipe de saúde da família (RODRIGUES, ASSIS, 2005).

A Organização Mundial da Saúde afirma que a saúde bucal é uma parte essencial da saúde, da função humana e da qualidade de vida (PETERSEN, 2003). O estudo de Agostinho et al. (2010) avaliou a autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre e verificou que os indivíduos satisfeitos com sua última consulta tiveram maior probabilidade de avaliar sua saúde como boa (AGOSTINHO, 2010). Outro estudo verificou que os usuários que buscaram os serviços odontológicos em casos de urgências tiveram maior impacto na QVRSB (CHAPELIN et al., 2008). O presente estudo expande o achado anterior, sugerindo que a obtenção de consultas por demanda espontânea, que por sua vez refletem necessidade percebidas de saúde bucal, estão associadas com impactos na QVRSB. Os achados suportam que pessoas cujas demandas por cuidados em saúde bucal não foram acolhidas no contexto da APS tiveram prevalência

significativamente maior de impactos na QVRSB. Assim, é razoável supor que a presença de uma fonte regular e acessível de cuidados primários à saúde bucal é parte relevante na explicação dos determinantes da QVRSB, ao menos numa população adulta de um grande centro urbano de um país em desenvolvimento.

Neste estudo, na perspectiva do usuário atendido nos serviços de saúde bucal da APS, não ter atendimento na sua Unidade de Saúde, no mesmo dia, quando o aparecimento de algum problema em sua boca ou dentes, impacta na sua QVRSB. Neste sentido, indivíduos que possuem acesso ao serviço de saúde bucal quando necessitam não demonstraram impacto negativo na sua qualidade de vida mesmo naqueles indivíduos que apresentaram número de dentes de 20 ou menos. Este achado denota que apesar da perda dentária ser importante no impacto da QVRSB conforme demonstram diversos estudos na literatura (BATISTA, LAWRENCE, SOUSA, 2014), o acesso aos serviços de saúde bucal é um indicador que apresenta maior prevalência de impacto na qualidade de vida quando comparado à perda dentária.

As relações existentes entre o acesso nos serviços de saúde bucal da APS, na ocorrência de algum problema na boca ou dentes do indivíduo, e a perda dos dentes, já existente, nos permite aferir que a QVRSB é um constructo dinâmico. Na avaliação do impacto na qualidade de vida dos usuários que tiveram perdas dentárias, recentes ou não, as respostas podem variar conforme a adaptação, lembrança, do usuário com relação àquela perda. Já na avaliação do acesso aos serviços quando o aparecimento de algum problema, dor, nos dentes, a presença de impacto se relaciona com um aspecto do indivíduo relatado naquele momento e causador do motivo da procura de acesso, o que implica em maior associação e prevalência de impacto na QVRSB.

Com relação às variáveis clínicas, o estudo apresenta a limitação de não ter sido feito exame bucal para diferenciação do tipo de prótese dentária utilizada, uma vez que, como foi realizada toda a entrevista no domicílio do usuário, este relatava se possuía ou não prótese dentária superior e inferior. Além disso, não foi utilizada nenhuma diferenciação na posição dos dentes quando feita a contagem do número de dentes naturais. Esta informação é relevante, visto que a posição da perda dentária influencia diretamente na qualidade de vida do indivíduo (BATISTA, LAWRENCE, SOUSA, 2014).

Dentre todos os aspectos abordados neste estudo o acesso aos serviços de saúde bucal da APS enfrenta diversos desafios e se mostra como um importante fator de impacto na qualidade de vida das pessoas (RODRIGUES, ASSIS, 2005). Ressalta-se que os indivíduos participantes desta pesquisa acessaram os serviços de saúde bucal da APS nos últimos 24 meses do dia que responderam os questionários, portanto o impacto na qualidade da vida em usuários que não acessaram os serviços de saúde bucal pode ser ainda maior do evidenciado neste estudo. As necessidades e comportamentos dos indivíduos diante dos seus problemas de saúde, o desequilíbrio entre a oferta de serviços e a demanda existente, as formas insuficientes de financiamento e os diferentes recursos disponíveis para o acesso da população nos serviços tornam este assunto relevante e tensionam a necessidade de políticas públicas efetivas que regulamentem e garantam o acesso na APS.

6 CONCLUSÕES

Com este estudo, foi possível identificar características de saúde bucal dos indivíduos atendidos nos serviços odontológicos da APS de Porto Alegre e conhecer a qualidade de vida relacionada à saúde bucal destes indivíduos. Além disso, foi encontrada associação do acesso aos serviços de saúde bucal na APS com a percepção de QVRBS, sendo que, na falta de acesso, observou-se maior chance de impacto. Estudos como esse mensuram a qualidade dos serviços prestados, contribuem para o aperfeiçoamento da APS e proporcionam vantagens importantes para o planejamento e provisão dos serviços odontológicos. Mais estudos abordando esta área de conhecimento devem ser realizados, de modo a contribuir para um melhor entendimento da interação dos indicadores objetivos e subjetivos em saúde com a qualidade de vida.

Evidenciou-se que na falta de acesso aos serviços de saúde bucal da APS houve maior prevalência de impacto na qualidade de vida. Além disso, conhecer a percepção dos usuários da APS sobre seu estado de saúde através do uso de instrumento PROM, como o OHIP-14, possibilita que esses resultados sejam comparados em diferentes estudos, amostras representativas, contextos e prestadores de serviço. Mais estudos abordando aspectos relacionados ao acesso à saúde bucal na APS e qualidade de vida são necessários, de modo a contribuir para um melhor entendimento da interação destes fatores.

REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, p. 233-242, 1996.
- ADAY, L. A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Services Research**, v. 9, n.1, p. 208-220, 1974.
- AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. **Advances in Dental Research**, v. 11, n. 2, p. 203-209, 1997.
- ANDRADE, L.; BUENO, I. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec, p. 783-836, 2012.
- ALMEIDA, A.; LOUREIRO, C.; ARAÚJO, V. Tradução transcultural do indicador de necessidade percebida perfil do impacto de saúde bucal (OHIP). **Revista CROMG**, v.7, n.1, p.10-15, 2007.
- ASCEF, B. O. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 1-12, 2017.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. D. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012.
- ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of Dental Education**, v. 54, n. 11, p. 680-687, 1990.
- BAILIT, H. L. et al. Is periodontal disease the primary cause of tooth extraction in adults? **The Journal of The American Dental Association**, v. 114, n. 1, p. 40-45, 1987.
- BARBIERI, C. H.; RAPOPORT, A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. **Rev Bras Cir Cabeça Pescoço**, v. 38, n. 2, p. 84-87, 2009.
- BARROS, A. J.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.
- BATISTA, M. J.; LAWRENCE, H. P.; DE SOUSA, M. D. 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, n. 1, p. 1-10, 2014.

BATISTA, M. J. et al. The impacts of oral health on quality of life in working adults. **Brazilian Oral Research**, v. 28, n. 1, p. 1-6, 2014.

BATISTA, M. J.; RIHS, L. B.; SOUSA, M. A. L. Risk indicators for tooth loss in adult workers. **Brazilian Oral Research**, v. 26, n. 5, p. 390-396, 2012.

BERTOTTI, M. E. Z. et al. Autopercepção da saúde bucal de idosos em interface com doenças crônicas e uso de medicações. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa**, v. 60, p. 54-60, 2015.

BEZERRA, R. C. R. Modelo de impacto do PSF em resultados de saúde. Tucson, 2004. ms.

BOCCOLINI, P. M. M. et al. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3537-3546, 2017.

BORTOLI, D. et al. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada na terceira idade. **Revista UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 9, n. 3, p. 55-65, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Brasília: Diário Oficial da União, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária: Conass**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2010: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2015.

BRONDANI, M. A. et al. Using written vignettes in focus groups among older adults to discuss oral health as a sensitive topic. **Qualitative Health Research**, v. 18, n. 8, p. 1145-1153, 2008.

BUCZYNSKI, A. K.; CASTRO, G. F.; SOUZA, I. P. R. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1797-1805, 2008.

BULGARELI, J. et al. A resolutividade em saúde bucal na atenção básica como instrumento para avaliação dos modelos de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 383-391, 2014.

BULGARELLI, P. T. et al. A perspectiva do usuário sobre o acesso aos serviços da atenção primária à saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 216-231, 2018.

BURT, B. A.; EKLUND, S. A. **Dentistry, dental practice, and the community**. Elsevier Health Sciences, 2005.

CABRAL, E. D.; CALDAS, A. D. F.; CABRAL, H. A. M. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 33, n. 6, p. 461-466, 2005.

CALDAS JÚNIOR, A. F. et al. O impacto do edentulismo na qualidade de vida de idosos. **Rev. ciênc. méd**, v. 14, n. 3, p. 229-238, 2005.

DE OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 386-402, 2004.

DE SOUSA CAMPOS, G. W.; CHAKOUR, M.; DE CARVALHO SANTOS, R. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único. **Cad. Saúde Públ**, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CARDOZO, D. D. Validação e aplicação PCATool-SB para avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde Bucal – versão usuários. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/133142>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CARVALHO, C. L; MARTINS, E. M. O significado da saúde e da doença na sociedade. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. **Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS**, v.1, p.91-114, 1998.

CASTRO, J. D. D. **A utilização do sistema de custeio por absorção para avaliar custos da atenção básica de saúde: reformulações e aprimoramentos metodológicos**. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2000.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 277-284, 2005.

CASTRO, R. C. L. D. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772-1784, 2012.

CASTRO, R. D. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Cross-cultural adaptation of quality of life indices for oral health. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2275-2284, 2007.

CAVALCANTI, R. V. A.; BIANCHINI, E. M. G. Verificação e análise morfofuncional das características da mastigação em usuários de prótese dentária removível. **Rev. CEFAC**, v. 10, n. 4, p. 490-502, 2008.

CHAPELIN, C. C.; BARCELLOS, L. A.; DE BARROS MIOTTO, M. H. M. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, 2008.

CHÁVARRY, N. G. et al. The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. **Oral Health Prev Dent**, v. 7, n. 1, p. 107-127, 2009.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 7-16, 2008.

CUNHA-CRUZ, J.; HUJOEL, P.; NADANOVSKY, P. Secular trends in socio-economic disparities in edentulism: USA, 1972–2001. **Journal of Dental Research**, v. 86, n. 2, p. 131-136, 2007.

CUNHA, C. C.; FELÍCIO, C. M.; BATAGLION, C. Condições miofuncionais orais em usuários de próteses totais. **Pro Fono**, v. 11, n. 1, p. 21-26, 1999.

DAHL, K. E. et al. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 69, n. 4, p. 208-214, 2011.

DE SOUSA CAMPOS, G. W.; CHAKOUR, M.; DE CARVALHO SANTOS, R. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

DE LACERDA, J. T. et al. Dor de origem dental como motivo de consulta odontológica em uma população adulta. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 453-458, 2004.

DONABEDIAN, A. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

DOLAN, T. A. et al. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle-aged and older adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 29, n. 5, p. 329-340, 2001.

DO BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

DOS SANTOS, C. M. et al. Assessing changes in oral health-related quality of life and its factors in community-dwelling older Brazilians. **Gerodontology**, v. 30, n. 3, p. 176-186, 2013.

DOS SANTOS, C. M. et al. The Oral Health Impact Profile-14:: a unidimensional scale?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 749-757, 2013.

DOS SANTOS, C. M. et al. Testing the applicability of a model of oral health-related quality of life. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 1871-1880, 2015.

ELANI, H. et al. Socio-economic inequalities and oral health in Canada and the United States. **Journal of Dental Research**, v. 91, n. 9, p. 865-870, 2012.

FAJARDO, R. S. et al. Análise das condições funcionais e psicológicas em pacientes edêntulos portadores de prótese totais. **Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais**, v. 38, n. 2, p. 87-94, 2002.

FAZITO, L. T.; PERIM, J. V.; DI NINNO, C. Q. M. S. Comparação das queixas alimentares de idosos com e sem prótese dentária. **Rev CEFAC**, v. 6, n. 2, p. 143-150, 2004.

FEKETE, M. C. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. Texto de Apoio da Unidade I. Projeto GERUS, 1996. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06U1T1.pdf>. Acesso em 12 abr. 2018.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

FISKE, J. et al. The emotional effects of tooth loss in edentulous people. **British Dental Journal**, v. 184, n. 2, p. 90-93, 1998.

FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economic and demographic transition. **Science**, v.166, p. 837-847, 1969.

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

GABARDO, M. C. L. et al. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 49-59, 2015.

GERRITSEN, A. E. et al. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 1-11, 2013.

GOULART, M. A. et al. Preocupações sobre a estética dentária com qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adultos no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/preocupacoes-sobre-a-estetica-dentaria-com-qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-bucal-em-adultos-no-sul-do-brasil/16009?id=16009>>. Acesso em 4 jan. 2018.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. **GHC**. 2013. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=2&idSubMenu=5>>. Acesso em: 4 jun. 2018.

GUERRA, M. J. et al. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4777-4786, 2013.

GUIMARÃES, M. M.; MARCOS, B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes sociais. **Revista do CROMG**, v. 2, n. 1, p. 16-20, 1996.

HA, J. et al. The impact of the National Denture Service on oral health-related quality of life among poor elders. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 39, n. 8, p. 600-607, 2012.

HANIOKA, T. et al. Relationship between smoking status and tooth loss: findings from national databases in Japan. **Journal of Epidemiology**, v. 17, n. 4, p. 125-132, 2007.

HEBLING, E.; PEREIRA, A. C. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. **Gerodontology**, v. 24, n. 3, p. 151-161, 2007.

HUNG, H. C.; COLDITZ, G.; JOSHIPURA, K. J. The association between tooth loss and the self-reported intake of selected CVD-related nutrients and foods among US women. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 33, n. 3, p. 167-173, 2005.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Sistema de indicadores de percepção social**. Brasília, DF: Ipea, 2011.

JOHN, M. T. et al. Demographic factors, denture status and oral health-related quality of life. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 32, n. 2, p. 125-132, 2004.

JONES, J.A. et al. Tooth loss and dentures: patients' perspectives. **International dental journal**, v. 53, n. 5, p. 327-334, 2003.

KASSEBAUM, N. et al. Global Burden of Severe Tooth Loss A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Dental Research**, v. 93, n. 7, p. 20-28, 2014.

KLAGES, U.; ESCH, M.; WEHRBEIN, H. Oral health impact in patients wearing removable prostheses: relations to somatization, pain sensitivity, and body consciousness. **International Journal of Prosthodontics**, v. 18, n. 2, p.106-111, 2005.

KLEIN, H.; PALMER, C. E. **Dental caries in American Indian children**. US Govern. Print. Off., 1937.

LOE, H.; BROWN, J. Classification and epidemiology of periodontal diseases. **Periodontology**, v. 3, n. 5, p.229-238, 2000.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A. Three-year changes in self-perceived oral health status in an older Canadian population. **Journal of Dental Research**, v. 76, n. 6, p. 1292-1297, 1997.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; DE SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MARCENES, W.; STEELE, J. G.; SHEIHAM, A. A relação entre estado dentário, seleção alimentar, ingestão de nutrientes, estado nutricional e índice de massa corporal em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 809-815, 2003.

MARTINS, A. M. E. D. B.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 421-435, 2009.

MARTINS, A. M. et al. Associação entre impactos funcionais e psicossociais das desordens bucais e qualidade de vida entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 3461-3478, 2013.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF); **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 397-405, 2012.

MIOTTO, M. H.; ALMEIDA, C. S.; BARCELLOS, L. A. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, p. 3931-3940, 2013.

MONTANDON, A. A. B.; ZUZA, E. P.; DE TOLEDO, B. E. C. Prevalence and reasons for tooth loss in a sample from a dental clinic in Brazil. **International Journal of Dentistry**, v. 2012, 2012.

O'DONNELL, W. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 2820- 2834, dez. 2007.

OLIVEIRA, E. J. et al.. Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudeste Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 763-772, 2018.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005.

OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, 1978.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005.

PADILHA, D.; HILGERT, J.; HUGO, F. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 1189-1196, 2006.

PADILHA, D. M. P. et al. Number of teeth and mortality risk in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 63, n. 7, p. 739-744, 2008.

PALLEGEDARA, C.; EKANAYAKE, L. Tooth loss, the wearing of dentures and associated factors in Sri Lankan older individuals. **Gerodontology**, v. 22, n. 4, p. 193-199, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico**, São Paulo, 2004.

PAULINO, M. R. et al. Prevalência de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular em estudantes pré-vestibulandos: associação de fatores emocionais, hábitos parafuncionais e impacto na qualidade de vida. **Ciencia & saude coletiva**, v. 23, n. 1, p. 173-186, 2015.

PENCHANSKY, D. B. A.; THOMAS, J. W. The concept of access – definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 31, p. 3-24, 2003.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-702, 2002.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. Santos, 2000.

PORTILLO, J.; PAES, A. M. Autopercepção de qualidade de vida relativa à saúde bucal. **Revista Brasileira de Odontologia e Saúde Coletiva** v. 1, n. 1, p. 75-88, 2000.

QUEIROZ, M. F. et al. Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica.. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2017. **disponível em:** <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/dor-ansiedade-e-qualidade-de-vida-relacionada-a-saude-bucal-de-pacientes-atendidos-no-servico-de-urgencia-odontologica/16355?id=16355>>. Acesso em: 06 mar. 2018.

REBELO, M. A. B. F. et al. Low social position, periodontal disease, and poor oral health-related quality of life in adults with systemic arterial hypertension. **Journal of Periodontology**, v. 87, n. 12, p. 1379-1387, 2016.

RODRIGUES, A. A. A. O.; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no Programa Saúde da Família em Alagoinhas-Bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.

SANTUCCI, D.; ATTARD, N. The Oral Health-Related Quality of Life in State Institutionalized Older Adults in Malta. **International Journal of Prosthodontics**, v. 28, n. 4, p. 402-411, 2015.

SILVA, D. D. D.; RIHS, L. B.; SOUSA, M. D. L. R. D. Factors associated with maintenance of teeth in adults in the State of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2407-2418, 2009.

SILVA, M. E. S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 841-850, 2010.

SILVA, L. G.; GOLDENBERG, M. A mastigação no processo de envelhecimento. **Revista Cefac**, v. 3, n. 1, p. 27-35, 2001.

SILVA, E. A.; TÔRRES, L. H. D. N.; SOUSA, M. D. L. R. D. Tooth loss and impact on quality of life in adult users of two Basic Health Units. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 41, n. 3, p. 177-184, 2012.

SILVEIRA, M. F. et al. Impacto da saúde bucal nas dimensões física e psicossocial: uma análise através da modelagem com equações estruturais Impact of oral health on the physical and psychosocial dimensions: an analysis using. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1-5, 2014.

SLADE, G.; AKINKUGBE, A.; SANDERS, A. Projections of US edentulism prevalence following 5 decades of decline. **Journal of Dental Research**, v. 93, n. 10, p. 959-965, 2014.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community dentistry and oral epidemiology**, v. 25, n. 4, p. 284-290, 1997.

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Social impact of oral conditions among older adults. **Australian Dental Journal**, v. 39, n. 6, p. 358-364, 1994.

SOUZA, E. C. F., et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s100-s110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOPA, S. R. et al. Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, 2017.

TEIXEIRA, M. F. N. et al. Associação entre resiliência e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 1, p. 220-233, 2015.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment: Position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 40, n. 4, p. 1403-1409, 1995.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão Sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. 190-198, 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 148-158, 2008.

VIACAVA, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciencia & Saude Coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

VEYRUNE, J. L. et al. Impact of new prostheses on the oral health related quality of life of edentulous patients. **Gerodontology**, v. 22, n. 1, p. 3-9, 2005.

WONG, M.; LO, E.; MCMILLAN, A. S. Validation of a Chinese version of the oral health impact profile (OHIP). **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 30, n. 6, p. 423-430, 2002.

ULINSKI, K. G. B. et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent brazilian elderly. **International journal of dentistry**, v. 2013, 2013.

UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P.; JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos Serviços de Saúde: Uma Abordagem de Geografia em Saúde Pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, p. 439-446, 1987.

ZHAYAT, E. B. Influence of self-esteem and negative affectivity on oral health-related quality of life in patients with partial tooth loss. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 41, n. 5, p. 466-472, 2013.

ZHAYAT, E. B.; GOTFREDSEN, K. Effect of treatment with fixed and removable dental prostheses. An oral health-related quality of life study. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 39, n. 1, p. 28-36, 2013.

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
VERSÃO USUÁRIOS**

Esta pesquisa que tem com título **“Presença e extensão dos atributos da atenção primária nos serviços odontológicos públicos de Porto Alegre e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários”** está sendo desenvolvida por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Seu objetivo é avaliar a qualidade do cuidado em saúde bucal oferecido aos adultos pelos diferentes modelos de serviços presentes na rede pública de atenção primária (Estratégia Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Saúde Comunitária/GHC) da cidade de Porto Alegre e relacionar a qualidade do cuidado à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários destes serviços. Para isso, será feita uma entrevista com perguntas que respondam a estas questões.

Farão parte do estudo os adultos maiores de 18 anos residentes nos domicílios selecionados das áreas de atuação das equipes pertencentes aos serviços selecionados, que aceitem livremente participar da pesquisa, após leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um questionário para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde odontológico, sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal, uso de prótese dental e questões sociodemográficas, como renda e escolaridade. Além disso, o entrevistador precisará contar o número de dentes naturais que o Sr.(a) possui. Para isso, será pedido que o Sr.(a) abra a boca e será utilizado um palito abaixador de língua. Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário, cuja entrevista será feita na sua casa, com tempo estimado de uma hora.

Será assegurado ao participante desta pesquisa que:

- 1. A concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta;**
- 2. Este estudo não implica em nenhum risco para a sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder o questionário, cuja entrevista será feita na sua casa;**
3. Para fins de pesquisa os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou sua família será divulgado;
- 4. A participação nesta pesquisa pode ser interrompida a qualquer momento, se o (a) participante assim o decidir, sem que isto traga prejuízo à continuação do seu cuidado e do seu tratamento e nenhum prejuízo para si;**

Após ter sido informado sobre a pesquisa de forma clara e detalhada e ter esclarecido _____ minhas _____ dúvidas, eu _____ (usuário do serviço de saúde odontológico) concordo em participar deste estudo. Declaro que recebi cópia

deste Termo, bem como recebi a informação de que se houver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora Débora Deus Cardozo, com seu orientador Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, nos telefones e e-mails abaixo descritos. Declaro que fui igualmente informado da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízo de meu atendimento na unidade de saúde, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Este formulário foi lido para em _____
 / / pelo _____
 enquanto eu estava presente.

_____, _____, de _____ de 2010.

 Assinatura do Participante
 Nome do participante:
 Data:

 Assinatura da Testemunha
 Nome da Testemunha:
 Data:

 Assinatura do Pesquisador
 Nome do Pesquisador
 Data:

Endereços para Contato:

Pesquisadora: Débora Deus Cardozo, telefone (51) 93317644, e-mail deb_cardozo@yahoo.com.br.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Neves Hugo, email fernandoneveshugo@gmail.com

No caso de qualquer dúvida ética, poderá entrar em contato com o coordenador executivo do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, Daniel Demétrio Faustino da Silva, através do telefone 3357-2407, ou no endereço Rua Francisco Trein, 596, 3º Andar, Hospital Conceição, Porto Alegre ou pelo telefone 3212 4623; ou com a coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Município de Porto Alegre, Elen Maria Borba, através do telefone 3289-1379, ou no endereço Rua Capitão Montanha, 27, 7º andar.

M - SAÚDE BUCAL - QUALIDADE DE VIDA

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 2.

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:

Por favor, indique a melhor opção	nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
M1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M3. Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M4. Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M5. Você ficou preocupado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes, boca ou dentaduras?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
M10. Você se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

--	--	--	--

P - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS/SÓCIO-ECONÔMICAS

Por favor, indique a melhor opção

Agora vamos falar sobre a sua casa e as características da sua infância e da sua família

P1 - Quando você tinha 12 anos, você morava em:

- zona rural
- zona urbana de cidade do interior
- zona urbana de capital (Porto Alegre ou outra capital)

P2 - A situação econômica da sua família quando você tinha 12 anos, poderia ser classificada como:

- muito pobre
- pobre
- renda média
- rica
- muito rica

P3 - Qual era a escolaridade da sua mãe, quando você tinha 12 anos?

- não sei / não morei com minha mãe
- ela não sabia ler nem escrever
- ensino fundamental (1º grau) incompleto
- ensino fundamental (1º grau) completo
- ensino médio (2º grau) incompleto
- ensino médio (2º grau) completo
- ensino superior (faculdade) completo

P4 - Qual era a escolaridade do seu pai, quando você tinha 12 anos?

- não sei / não morei com meu pai
- ele não sabia ler nem escrever
- ensino fundamental (1º grau) incompleto
- ensino fundamental (1º grau) completo
- ensino médio (2º grau) incompleto
- ensino médio (2º grau) completo
- ensino superior (faculdade) completo

P5 - A situação econômica da sua família HOJE, poderia ser classificada como:

- muito pobre
- pobre
- renda média
- rica
- muito rica

P6 - Até que ano você completou na escola ou faculdade?

número de anos completados com aprovação (marque 00 caso o entrevistado não saiba ler nem escrever. Some os anos da escola aos da faculdade, se necessário)

P7 - Você é a pessoa com maior renda individual neste domicílio?

- sim (pule para P9)
- não

C - ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE

Entrevistador - para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta 1.

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" fica aberto no sábado ou no domingo?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C2. O "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até as 20 horas?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
C3. Quando o seu "nome do serviço de saúde bucal/nome do dentista" está aberto e você apresenta algum problema na boca ou nos dentes, alguém de lá atende você no mesmo dia?	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

L - HISTÓRICO DE SAÚDE

Por favor, indique a melhor opção

L1 - Você tem algum problema de saúde que tenha durado, ou que provavelmente vai durar mais do que um ano, tais como problema físico, mental ou emocional?

- Sim
- não (pule para a pergunta L3)
- não sei (pule para a pergunta L3)

L2 - Se L1 = sim, que problemas são estes?

Pressão alta (hipertensão)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Doença renal	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Asma/bronquite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cardiopatía isquêmica (angina)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Câncer	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Depressão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Ansiedade	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Artrose/artrite	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	HIV/Aids	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Dor nas costas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Bronquite crônica/enfisema	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outras doenças Quais?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

L3 - Você fuma cigarros atualmente ou já fumou no passado?

- sim, fumo atualmente
- parei de fumar (pule para a pergunta L6)
- não, nunca fumei (pule para a pergunta M1)

N - PRÓTESES

Por favor, indique a melhor opção

N1 - Você usa algum tipo de prótese (ponte, pivô, dentadura) nos dentes/arcada superior?

- Não uso prótese
- Uso um pivô ou ponte fixa
- Uso uma ponte móvel
- Uso tanto pivô/ponte fixa quanto ponte removível
- Uso dentadura
- Não sei

N2 - Você usa algum tipo de prótese (ponte, pivô, dentadura) nos dentes/arcada inferior?

- Não uso prótese
- Uso um pivô ou ponte fixa
- Uso uma ponte móvel
- Uso tanto pivô/ponte fixa quanto ponte removível
- Uso dentadura
- Não sei
-

R - NÚMERO DE DENTES

Entrevistador pegue uma espátula de madeira, calce as luvas e diga: "esta é a última parte da pesquisa, agora vou contar quantos dentes naturais você tem. Por favor, se você usa alguma prótese, ponte ou dentadura removível, retire e abra a boca"

Após contar, descarte as luvas e a espátula em saco branco para material contaminado.

R1 - Número de dentes naturais superiores

--	--

R2 - Número de dentes naturais inferiores

--	--

ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO



HOSPITAL H. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Tasso, 506
CEP 91309-901 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-2550
CNPJ: 02.707.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Unidade Pediátrica do Hospital Hércules
Setor de Conceição S.A.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Ribes, 20
CEP 91040-500 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357-8101
CNPJ: 02.707.128/0001-74

HOSPITAL PENHA S.A.
Rua Mazzuchini, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3384-8200
CNPJ: 02.693.194/0001-61



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 98.244/98

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 24 de setembro de 2010 reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-120

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

FERNANDO NEVES HUGO

JULIANA BALBIHOT HILGEST

DÉBORA DEUS CARDOZO

Título: Presença e extensão dos atributos da atenção primária nos serviços públicos odontológicos de Porto Alegre e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuário.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC. Lembramos do compromisso de encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 24 de setembro de 2010.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC

ANEXO D- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE

Prefeitura Municipal de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Fernando Neves Hugo

Registro do CEP: 554 **Processo N°:** 001.043203.10.8

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – UBS/PSF/ESF/CS com serviço de saúde bucal.

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.043203.10.8, referente ao projeto de pesquisa: “**Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde nos serviços odontológico públicos de Porto Alegre e sua relação com a qualidade de vida relacionada à SAÚDE Bucal dos usuários**”, tendo como pesquisador responsável Fernando Neves Hugo cujo objetivo é “Avaliar a qualidade do cuidado em saúde bucal oferecido aos adultos pelos diferentes modelos de serviços presentes na rede pública de atenção primária (ESF, UBS, SSC/GHC) da cidade de Porto Alegre e relacionar a qualidade do cuidado à qualidade de vida relacionada à saúde bucal de usuários destes serviços. ESPECÍFICO: - Caracterizar e comparar a qualidade da APS oferecida pelos diferentes modelos de serviços aos usuários adultos; - Verificar se há associação positiva entre qualidade dos serviços odontológicos prestados na APS com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos usuários”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.