

Impacto do número de dentes presentes no desempenho de atividades diárias: estudo piloto

Impact of the existing tooth number on daily performance: pilot study

Bethânia de Melo Carvalho Mendonça¹

Renata Cimões²

Ana Claudia da Silva Araújo²

Arnaldo de França Caldas Jr.³

Polliana Vilaça Silva⁴

Abstract *To establish the relation between the aspects associated to the number of the teeth and the impact on daily performance it was realized a pilot study with 75 voluntary patients that had been divided in three groups: short arch, complete and toothless. To evaluate the impact the IODD was used (Index of the Oral Impacts on Daily Performance). The results had evidenced that 16% of the participants had at least one daily activity affected. Although it have not been registered significant difference between the groups in relation to each one of the activities, the percentage that the complete arch group was less affected with the activity: to chew, to speak/to pronounce words and to smile clearly, on the other hand the activities that had less affected the toothless group were: to clean the mouth/teeth and to sleep. In relation to the mean of the IODD, that was lower in the group with complete arc and it was similar between the others two groups. The means of the variables: frequency and severity of the impacts were less in the group with the complete arch and had values approached in the others two groups. Based on the results, could be concluded that no significant differences were registered between the groups in relation to each one of the affected daily activities.*

Key words *Oral health, Quality of life, Dental loss*

Resumo *Com o objetivo de estabelecer a relação entre os aspectos relacionados ao número de dentes presentes na cavidade bucal e o impacto no desempenho diário, foi realizado um estudo piloto com 75 pacientes que foram divididos em três grupos: arco curto, arco completo e desdentado. Para avaliar o impacto, foi utilizado o IODD (índice dos impactos odontológicos no desempenho diário). Os resultados evidenciaram que 16% dos pesquisados tiveram pelo menos uma atividade diária afetada. Embora não tenha sido registrada diferença significante entre os grupos em relação a cada uma das atividades, destaca-se que o percentual dos que tiveram a atividade mais afetada foi menos elevado no grupo de arco completo, para as atividades mastigar, falar/pronunciar palavras claramente e sorrir; e o menor percentual de atividades afetadas ocorreu no grupo desdentado, para as atividades limpar a boca/escovar os dentes e dormir. Em relação à média do IODD, esta foi menor no grupo com arco completo e foi similar entre os outros dois grupos. As médias das variáveis frequência e severidade dos impactos foram menos elevadas no grupo arco completo e tiveram valores aproximados nos outros dois grupos. Com base nos resultados, pôde-se concluir que não foram registradas diferenças significativas entre os grupos em relação a cada uma das atividades diárias afetadas.*

Palavras-chave *Saúde bucal, Qualidade de vida, Perda dentária*

¹ Pós-Graduação do Curso de Odontologia, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rêgo s/n, Cidade Universitária. 50670-901 Recife PE.

bethaniameo@yahoo.com

² Departamento de Prótese e Cirurgia Bucofacial, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco.

³ Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco.

⁴ Especialização em Endodontia, Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco.

Introdução

Muitos estudos, como os de Sheiham *et al.*¹, Allen², Araújo³ e Araújo *et al.*⁴, têm comprovado que a saúde bucal influencia de forma significativa a qualidade de vida dos indivíduos. Nardi⁵ afirma que as alterações relacionadas a esse sistema complexo podem desencadear estímulos dolorosos ou alterações psicológicas e emocionais que interferem diretamente no desempenho das atividades diárias da população, quer seja pela morbidade que a dor provoca, fazendo com que as pessoas tenham suas atenções desviadas no intuito de aliviar seu desconforto, quer seja por uma dificuldade de relacionamento interpessoal pela ausência dos elementos dentários.

A definição atual de saúde envolve tanto aspectos clínicos quanto subjetivos⁶, mas a preocupação com a saúde bucal é relativamente recente e sofreu grandes modificações nos últimos anos⁷. Depois de anos medindo apenas os sinais clínicos das doenças bucais, alguns pesquisadores começaram a trabalhar também com medidas subjetivas, ao observarem que diferentes níveis de saúde bucal proporcionavam diferentes impactos no cotidiano das pessoas⁸. Estas medidas procuram refletir a percepção do paciente sobre sua condição bucal e podem incluir desde uma avaliação da quantidade de dentes presentes⁹ até uma auto-avaliação da sua aparência¹⁰.

Como diferentes níveis de saúde bucal proporcionam diferentes impactos no cotidiano das pessoas, é desejável que, nos estudos de saúde bucal dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente às condições clínicas⁸.

Reconhecendo a importância do impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo, o presente estudo teve como objetivo estabelecer a relação entre os aspectos relacionados ao número de dentes presentes na cavidade bucal e sua interferência na realização das atividades diárias.

Método

Para a realização deste estudo, foram convidados pacientes que se encontravam em tratamento na Clínica Integrada do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e clínicas de Especialização e Aperfeiçoamento em Prótese da Associação Brasileira de Odontologia (ABO-PE). Todos foram voluntários e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra foi constituída por 75

pacientes, dos quais 25 faziam parte do grupo cujos pacientes foram caracterizados como arco curto, 25 com dentição completa e 25 desdentados. Os grupos foram representados por 25 pacientes cada um, por ser este um valor estatisticamente representativo e pela dificuldade de se encontrar pacientes com características que os enquadrassem no grupo arco curto.

Neste estudo, foram utilizadas duas fichas para coleta de dados. Uma para coleta dos dados clínicos, ou seja, a quantidade de dentes presentes que foi coletada das fichas clínicas dos pacientes; e o IODD (índice dos impactos odontológicos no desempenho diário), que foi utilizado para a coleta dos dados subjetivos. Este índice foi elaborado por Adulyanon e Sheiham¹¹, a fim de se avaliar o impacto da saúde bucal nas atividades diárias. O modelo no qual se baseia o IODD é a classificação internacional de comprometimentos, incapacidades e deficiências da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual foi modificado por Locker¹² em 1988 para que pudesse ser usado em odontologia. O índice é composto por cinco cartões, contendo oito perguntas referentes a aspectos funcionais, psicológicos e sociais. As questões se referem a mastigar, limpar a boca e escovar os dentes, falar/pronunciar as palavras corretamente, sorrir, ficar à vontade com as outras pessoas, manter o estado emocional usual, realizar atividades físicas e dormir.

A primeira pergunta está dividida em dois eixos: ocorrência nos últimos seis meses e frequência do impacto. A ocorrência é registrada como sim ou não, e a frequência é medida por escores indicando o tempo de duração do impacto nos casos de longa duração (regularmente) e nos casos de períodos curtos (esporadicamente). O impacto total em cada desempenho foi calculado multiplicando-se a classificação de frequência pela gravidade, sendo a classificação total a soma de todas as classificações de desempenho. Em seguida, a soma foi dividida pelo escore máximo possível, que é 225 (9 classificações de desempenho x 5 de frequência x 5 de severidade); multiplica-se por 100 e obtém-se o valor percentual que corresponde ao IODD do paciente¹³. O impacto foi relacionado ao número de dentes presentes na cavidade bucal. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco aprovado sob o número de protocolo 115/2005.

A análise estatística foi realizada através dos testes qui-quadrado, com nível de confiança de 5%, ou o teste exato de Fisher quando as condições para utilização do teste qui-quadrado não

foram verificadas. Foram utilizados, ainda, o teste de Kruskal-Wallis e os testes de comparações pareadas do referido teste. A verificação da hipótese de igualdade de variâncias foi realizada através do teste F de Levene¹⁴.

Resultados

A amostra foi constituída de 81,3% pacientes do sexo feminino e 18,7% do sexo masculino. O percentual das faixas etárias variou de 28%, na faixa de sessenta ou mais anos de idade até 37,3% na faixa de dezesseis a 39 anos. A média de dentes presentes nos grupos foi de 22,12 no arco curto, 29,6 no arco completo e 3,20 no desdentado. Em relação ao IOOD, 20% da amostra não tiveram suas atividades diárias afetadas, enquanto que 1,3% apresentou todas as atividades (8) afetadas, correspondendo a 1,3% da amostra.

A Tabela 1 mostra os resultados da avaliação das atividades diárias afetadas e não afetadas. Desta, destaca-se que a atividade mais afetada foi mastigar, citada por 65,3% da amostra, seguida por limpar a boca/escovar os dentes (42,7%) e sorrir (41,3%), enquanto que dormir (10,7%) e realizar atividades físicas (4%) foram as atividades diárias menos afetadas.

A Tabela 2 apresenta as variáveis de caracterização segundo o grupo. Desta tabela, destaca-se que todos os pacientes do grupo eram do sexo feminino; o percentual de pacientes que vivia sozinho foi mais elevado entre os pacientes do grupo arco completo (76%) e foi menos aproximado entre os pacientes do grupo desdentado e arco curto. O percentual de pacientes com 1º grau incompleto foi mais alto no grupo desdentado, enquanto que o percentual de 2º grau completo até a universidade foi maior no grupo arco completo. Para todas as três variáveis, existem diferenças significantes entre os grupos ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Embora não tenha sido registrada diferença significativa entre os grupos em relação a cada uma das atividades, destaca-se que o percentual dos que tiveram a atividade mais afetada foi menos elevado no grupo de arco completo para as atividades mastigar, falar/pronunciar palavras claramente e sorrir; o menor percentual ocorreu no grupo desdentado para as atividades limpar a boca/escovar os dentes e dormir, conforme descrito na Tabela 3.

Em relação ao índice dos impactos odontológicos no desempenho diário (IOOD), pode-se observar, de acordo com a Tabela 4, que foi bem

menos elevado no grupo com arco completo e foi aproximado entre os dois grupos (arco curto e desdentados). As médias das variáveis frequência dos impactos e severidade dos impactos foram correspondentemente menos elevadas no grupo arco completo e tiveram valores aproximados nos outros dois grupos (arco curto e desdentados).

Na Tabela 5, verifica-se que o grupo arco completo apresentou o maior percentual para no máximo uma atividade diária afetada (52%), enquanto que o grupo desdentado apresentou o maior percentual dos que tiveram quatro ou mais atividades diárias afetadas (44%); entretanto, no nível de 5,0%, não se comprova associação significativa.

Tabela 1. Avaliação das atividades diárias afetadas ou não afetadas.

Variável	n	%
Mastigar		
Sim	49	65,3
Não	26	34,7
Total	75	100,0
Limpar a boca/escovar os dentes		
Sim	32	42,7
Não	43	57,3
Total	75	100,0
Falar/pronunciar palavras corretamente		
Sim	27	36,0
Não	48	64,0
Total	75	100,0
Sorrir		
Sim	31	41,3
Não	44	58,7
Total	75	100,0
Ficar à vontade com as outras pessoas		
Sim	24	32,0
Não	51	68,0
Total	75	100,0
Manter o estado emocional usual		
Sim	18	24,0
Não	57	76,0
Total	75	100,0
Realizar atividades físicas		
Sim	3	4,0
Não	72	96,0
Total	75	100,0
Dormir		
Sim	8	10,7
Não	67	89,3
Total	75	100,0

Tabela 2. Distribuição dos pacientes pesquisados segundo as variáveis de caracterização por grupo.

Variável	Grupo a que pertence								Valor de p
	Arco curto		Arco completo		Desdentado		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Masculino	6	24,0	8	32,0	-	-	14	18,7	p ⁽¹⁾ = 0,006*
Feminino	19	76,0	17	68,0	25	100,0	25	81,3	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	39	100,0	
Estado civil									
Vive só	10	40,0	19	76,0	13	52,0	42	56,0	p ⁽²⁾ = 0,033*
Vive com alguém	15	60,0	6	24,0	12	48,0	33	44,0	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Escolaridade									
Até 1º grau incompleto	8	32,0	3	12,0	16	64,0	27	36,0	p ⁽¹⁾ = 0,008*
1º grau até 2º grau incompleto	2	8,0	2	8,0	2	8,0	6	8,0	
2º grau completo até universid. incompleta	11	44,0	15	60,0	5	20,0	31	41,3	
Universidade completa até pós-graduação	4	16,0	5	20,0	2	8,0	11	14,7	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(1) – Através do teste exato de Fisher.

(2) – Através do teste qui-quadrado de Pearson.

Discussão

As doenças têm sido medidas, ao longo do tempo, através de dados clínicos; no entanto, as medidas subjetivas sobre os aspectos de saúde bucal têm sido pouco exploradas¹⁵⁻¹⁷. De acordo com Segre e Ferraz¹⁸, ainda são poucos os profissionais de odontologia que atuam com uma visão ampla sobre a importância da necessidade de aspectos subjetivos para qualidade de vida.

Atualmente, o conceito ampliado de saúde inclui aspectos objetivos e subjetivos^{19,20}. Esse conceito é extremamente importante, uma vez que a saúde comprometida e/ou a presença de doença não são necessariamente indicadores de baixa na qualidade de vida. Pessoas com doenças crônicas muitas vezes relatam ter melhor qualidade de vida, percebida por elas, quando comparadas a indivíduos saudáveis^{2,21,22}.

Reconhecendo a importância do impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos,

vários pesquisadores têm apresentado instrumentos de medida específicos na área, com o propósito de avaliar a condição de saúde e os serviços odontológicos prestados, como Adulyanon e Sheiham¹¹, que idealizaram o índice de impacto oral nas atividades diárias (*oral impacts on daily performances* – IODP), baseado nas dimensões dor, desconforto, limitação da função e insatisfação com a aparência².

O índice que avalia o impacto das condições bucais no desempenho das atividades diárias, que é a metodologia empregada neste estudo, já foi aplicado em diversas pesquisas, sendo utilizado para verificar o impacto da fissura lábio-palatal^{17,23}, o impacto da saúde bucal em idosos²⁴⁻²⁸, avaliar pacientes que usam próteses suportadas por implantes e convencionais²⁹, pacientes com poucos problemas de saúde bucal³⁰, avaliar a saúde bucal de estudantes universitários³¹ e pacientes com problemas periodontais especificamente^{3,20,32,33}.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes pesquisados segundo as atividades diárias afetadas por grupo.

Variável	Grupo a que pertence								Valor de p
	Arco curto		Arco completo		Desdentado		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mastigar									
Sim	17	68,0	12	48,0	20	80,0	49	65,3	p ⁽¹⁾ = 0,056
Não	8	32,0	13	52,0	5	20,0	26	34,7	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Limpar a boca/escovar os dentes									
Sim	14	56,0	11	44,0	7	28,0	32	42,7	p ⁽¹⁾ = 0,133
Não	11	44,0	14	56,0	18	72,0	43	57,3	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Falar/pronunciar palavras claramente									
Sim	10	40,0	5	20,0	12	48,0	27	36,0	p ⁽¹⁾ = 0,105
Não	15	60,0	20	80,0	13	52,0	48	64,0	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Sorrir									
Sim	13	52,0	6	24,0	12	48,0	31	41,3	p ⁽¹⁾ = 0,094
Não	12	48,0	19	76,0	13	52,0	44	58,7	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Ficar à vontade com as outras pessoas									
Sim	7	28,0	6	24,0	11	44,0	24	32,0	p ⁽¹⁾ = 0,276
Não	18	72,0	19	76,0	14	56,0	51	68,0	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Manter o estado emocional usual									
Sim	6	24,0	6	24,0	6	24,0	18	24,0	p ⁽¹⁾ = 1,000
Não	19	76,0	19	76,0	19	76,0	57	76,0	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Realizar atividades físicas									
Sim	1	4,0	1	4,0	1	4,0	3	4,0	p ⁽²⁾ = 1,000
Não	24	96,0	24	96,0	24	96,0	72	96,0	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	
Dormir									
Sim	5	20,0	2	8,0	1	4,0	8	10,7	p ⁽²⁾ = 0,257
Não	20	80,0	23	92,0	24	96,0	67	89,3	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	

(1) – Através do teste qui-quadrado de Pearson.

(2) – Através do teste exato de Fisher.

Tabela 4. Estatísticas do índice dos impactos odontológicos no desempenho diário, da frequência dos impactos e severidade dos impactos por grupo.

Variável	Grupo a que pertence			Valor de p
	Arco curto	Arco completo	Desdentado	
	Média ± DP	Média ± DP	Média ± DP	
IODD	21,82 ± 16,35	12,38 ± 21,72	24,82 ± 24,84	p ⁽¹⁾ = 0,104
Frequência dos impactos	11,96 ± 8,00	7,04 ± 9,60	11,72 ± 10,22	p ⁽¹⁾ = 0,116
Severidade dos impactos	10,36 ± 7,13	6,08 ± 8,93	11,08 ± 9,85	p ⁽¹⁾ = 0,097

(1) – Através do teste F(ANOVA).

Tabela 5. Distribuição dos pesquisados segundo a quantidade de atividades diárias por grupo.

Quantidade de atividades diárias	Grupo a que pertence								Valor de p
	Arco curto		Arco completo		Desdentado		Grupo total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Até uma	6	24,0	13	52,0	8	32,0	27	36,0	p ⁽¹⁾ = 0,139
Duas ou três	9	36,0	8	32,0	6	24,0	23	30,7	
Quatro ou mais	10	40,0	4	16,0	11	44,0	25	33,3	
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	75	100,0	

(1) – Através do teste qui-quadrado de Pearson.

O número mínimo de dentes necessário para uma demanda funcional satisfatória tem sido objeto de muitos estudos. Pacientes com arco curto podem apresentar dificuldades com a mastigação, como afirmam Witter *et al.*³⁴. Entretanto, de acordo com Agerberg e Carlsson³⁵ e Kayser³⁶, a maioria das pessoas que apresentam redução no número de dentes posteriores relataram ter suas atividades mastigatórias consideradas satisfatórias tão logo apresentem pelo menos vinte dentes (dentes anteriores presentes e quatro pares de posteriores ocluindo) bem distribuídos. Neste estudo, ao se avaliar o índice dos impactos odontológicos no desempenho de atividades diárias por grupo, pôde-se observar que a média foi menor no grupo arco completo e aproximada entre os grupos arco curto e desdentado. Diante deste resultado, não se pode concluir que a condição bucal do paciente arco curto interfira tanto quanto a do desdentado, uma vez que o impacto odontológico está relacionado não só à presença ou ausência de elementos dentários, mas também ao contexto da condição social e comportamental do indivíduo.

Nos três grupos estudados (arco curto, arco completo e desdentado), foi observado que o impacto da condição bucal no desempenho diário foi predominante para sexo feminino. Segundo McGrath e Bedi³⁷, isso pode se dever ao fato de a mulher possuir maior capacidade de percepção dos agravos e das limitações impostas por eles. Os achados desta pesquisa corroboram com outros trabalhos, como os de McGrath *et al.*³⁸, McGrath; Bedi³⁷, Peek *et al.*³⁹, Sanders e Spencer⁴⁰, nos quais as mulheres relataram um grande impacto quando comparadas aos homens no desempenho das suas atividades diárias. No en-

tanto, o estudo de Gonçalves *et al.*⁴¹ não encontrou associação estatisticamente significativa. Aspectos culturais e sociais têm permeado a discussão sobre esta temática, estando ambos associados à maior capacidade de percepção das mulheres. Desde a infância, as mulheres desenvolvem uma maior capacidade de percepção do seu corpo, seja por padrões estéticos, seja pelas transformações biológicas iniciadas precocemente e comumente associadas a sintomatologias dolorosas como a menarca. O papel de “cuidadoras” atribuído e assumido pelas mulheres no ambiente familiar, e também no contexto dos serviços de saúde, contribui igualmente para uma maior perspicácia de alterações no seu cotidiano. Por fim, a relação entre a presença do desconforto bucal e maior relato do impacto, referido anteriormente, pode se somar aos argumentos aqui evidenciados⁴²⁻⁴⁴.

Apesar da maioria dos trabalhos sobre impacto das condições bucais avaliarem pacientes com uma faixa etária elevada, como nos trabalhos de Adulyanon *et al.*³⁰, Tsakos *et al.*²⁸, Sheiham *et al.*¹; Massalu e Astrom³¹; Steele *et al.*⁴⁵ e Lacerda⁴⁴, este estudo avaliou o impacto das atividades diárias em pacientes na faixa etária de dezesseis a sessenta anos ou mais, devido à necessidade de avaliar indivíduos que apresentassem arcos dentários completos, sendo estes mais encontrados na população jovem, o que pode ser observado neste estudo. Em relação à variável idade, o grupo que apresentou a menor média de impacto foi o dos pacientes que apresentaram arco dentário completo e a maior média, entre os desdentados.

Em relação à renda mensal, a menor média foi encontrada para os pacientes que apresenta-

vam o arco curto e a maior para o grupo que apresentava o arco completo; a inserção econômica e social dos indivíduos confere necessidades e riscos específicos ao longo de sua existência, o que se traduzirá em um perfil de problemas de saúde peculiar⁴⁶. A dificuldade de acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde notoriamente cresce à medida que a renda diminui, o que reflete em pacientes com menor poder aquisitivo apresentando maiores ausências de elementos dentários. Na nossa pesquisa, pôde-se observar que, em relação à variável renda, a maior média foi atribuída ao grupo com arco completo e a menor, aos pacientes desdentados.

Quanto à escolaridade, grande parte da amostra apresentou primeiro grau incompleto, enquanto que poucos possuíam pós-graduação; este fato vem reforçar a afirmativa de que o impacto da condição bucal no desempenho diário insere-se ainda no contexto da condição social e dos aspectos comportamentais, ou seja, quanto maior o acesso à informação, maior será a conscientização da saúde bucal, maior adesão às medidas preventivas e de autocuidado, conseqüentemente, maior percepção das dificuldades advindas da condição de saúde. O presente trabalho concorda com o de Massalu e Astrøm⁴⁷, no qual o grupo que apresentou o maior número de dentes e menor impacto no desempenho de atividades diárias foi o de universitários. Conforme refletido, o maior nível de informação pode levar a uma maior valorização e cuidado como estado de saúde geral, resultando em uma mais nítida percepção dos problemas e do relato de impacto.

Há concordância entre os estudos quanto à atividade cotidiana mais afetada pela condição bucal ser: mastigar e saborear os alimentos. Foi referida pela maioria dos idosos entrevistados no Reino Unido²⁶ e no Brasil⁴⁸, por adultos jovens na Tailândia³⁰ e na Tanzânia³¹ e por crianças tailandesas⁴⁹. Estes estudos são consoantes com a presente pesquisa, na qual a maioria dos indivíduos pesquisados referiu-se à dificuldade em mastigar e saborear os alimentos como a atividade diária mais frequentemente afetada. É possível que, na perspectiva destes indivíduos, mastigar os alimentos seja a principal tarefa dos elementos dentais, explicando assim a conformidade encontrada.

As atividades apontadas como a segunda maior frequência do impacto em estudos com os de Jovino-Silveira *et al.*²⁰ foram falar, sorrir, manter o estado emocional e limpar os dentes. Neste trabalho, limpar os dentes e a boca foi a segunda atividade mais acometida, estando em acordo com os achados de Massalu e Astrøm³¹.

Nos estudos realizados por Adulyanon *et al.*³⁰ e Lacerda⁴⁴, dificuldades para dormir e realizar atividades físicas foram as que apresentaram os maiores escores, indo de encontro com a presente pesquisa, na qual estas atividades apresentaram os menores escores de impacto. As informações adicionais coletadas pelo IODD permitiram evidenciar o principal sintoma e a causa dental específica do impacto na perspectiva dos indivíduos. Falar, pronunciar palavras claramente, sorrir, ficar à vontade com outras pessoas, manter o estado emocional apresentaram escores intermediários. Comportamento semelhante foi identificado por Adulyanon *et al.*³⁰ entre adultos jovens tailandeses.

Nesta investigação, o número de indivíduos que não teve suas atividades diárias afetadas foi baixo, enquanto que o número de indivíduos que apresentaram suas atividades diárias afetadas foi elevado, estando de acordo com os trabalhos de Adulyanon *et al.*³⁰ e Massalu e Astrøm³¹, que apresentaram resultados semelhantes.

Em relação ao índice do impacto frequência e severidade nos grupos estudados, não houve diferença estatisticamente significativa. Uma vez que a frequência e severidade são utilizadas para medir o impacto, e que este mensura a interferência da saúde bucal nas atividades diárias das pessoas, o fato de não ter sido observada diferença estatisticamente significativa é bastante relevante para este estudo. O cálculo do IODD se baseia no terceiro nível de determinação do modelo teórico de Locker, ou seja, mede o impacto a partir das limitações na *performance* física, psicossocial e social. Sabe-se que o indivíduo e o grupo ao qual ele faz parte têm necessidades e riscos específicos às suas características biológicas, localização geográfica, estilo de vida e condição social, os quais se traduzirão em um perfil de problemas de saúde-doença bastante peculiar. Neste estudo, o fato de condições de saúde bucal tão diferentes não terem apresentado diferenças significativas no impacto das atividades nos leva a reafirmar a importância da utilização de índices subjetivos para a realização de diagnósticos mais precisos da condição de saúde do indivíduo e da população, fazendo, inclusive, com que as políticas públicas de saúde sejam direcionadas de acordo com as especificidades de cada região, concordando com Biazevic *et al.*⁴⁸, que afirmam ser os indicadores subjetivos em saúde bucal mais eficazes na detecção de problemas que os indicadores objetivos, pois a autopercepção do paciente sobre sua saúde bucal irá permitir um diagnóstico mais próximo da condição real da sua saúde bucal.

Tem-se tentado explicar a influência do contexto social sobre aspectos comportamentais e psicológicos e destes sobre o processo biológico, principalmente em relação à saúde bucal, em diversos estudos, como os de Carmichael *et al.*⁵⁰, Demers *et al.*⁵¹, Locker e Ford⁵², Adulyanon *et al.*³⁰, Castellanos⁴⁶, Massalu e Aström³¹, McGrath *et al.*³⁸, McGrath e Bedi³⁷, Peek *et al.*³⁹; Sanders e Spencer⁴⁰, Gherunpong *et al.*⁴⁹, Biazevick *et al.*⁴⁸ e Lacerda⁴⁴. Condições socioeconômicas desfavoráveis, debilidade de saúde, hábitos e comportamentos deletérios têm se mostrado fortemente associados às precárias condições de saúde bucal^{46,53-59}.

Os resultados destes trabalhos sugerem ainda que os indicadores, baseados em critérios normativos, sejam insuficientes para mensurar o impacto da condição bucal no cotidiano dos indivíduos. Este aspecto vai de encontro às reflexões da maioria dos autores que apontam debilidades do planejamento das ações de saúde orientado exclusivamente por tais indicadores, ou seja, verificar apenas índices objetivos não é suficiente para mudar as políticas de saúde pública, como afirmam Leão e Sheiham⁶, Chen e Hunter⁶⁰, Pattussi⁶¹, Jovino-Silveira *et al.*²⁰ e Lacerda⁴⁴.

O sucesso do tratamento odontológico e a eficácia das medidas preventivas dependem diretamente da adesão dos indivíduos e da autopercepção dos mesmos sob sua saúde e sob os reflexos dela decorrentes. No estudo das necessidades da saúde bucal, portanto, é recomendável que a

percepção dos indivíduos seja considerada simultaneamente à sua condição clínica^{6,20,44,60}, considerações estas sugestivas pelos resultados observados no presente estudo.

Conclusão

Após coleta e análise dos dados e de acordo com a metodologia empregada para esta pesquisa, pôde-se concluir que, para a amostra estudada, a média do impacto do número de dentes presentes em relação às atividades diárias foi baixa, assim como a frequência e a severidade. A média do índice dos impactos odontológicos no desempenho diário (IODD) foi bem menos elevada no grupo arco completo e aproximada entre os grupos arco curto e desdentado; não foi registrada diferença significativa entre os grupos em relação a cada uma das atividades; porém, destaca-se que a atividade mastigar foi a mais acometida entre eles. Nos três grupos estudados, foi observado que houve associação entre a autopercepção de saúde bucal e as variáveis socioeconômicas e demográficas, que o impacto da condição bucal no desempenho diário foi mais observado no sexo feminino e que a renda mensal e escolaridade interferiram na autopercepção das dificuldades advindas da condição de saúde. Não foi registrada diferença significativa entre os grupos em relação a cada uma das atividades diárias afetadas.

Colaboradores

BMC Mendonça trabalhou na análise, interpretação dos dados e redação do artigo. R Cimões trabalhou na concepção e delineamento. ACA Silva trabalhou na concepção e redação final. AF Caldas Jr. trabalhou na revisão crítica e PV Silva trabalhou na pesquisa de campo.

Referências

1. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, Prentice A, Walls AWG. The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J Dent Res* 2001; 80(2):408-415.
2. Allen PF. Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2005 dez]; 40(1):[cerca de 1 p.]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/1/1/40>
3. Araújo ACS. *Impacto das doenças periodontais na qualidade de vida* [tese]. Camaragibe (PE): Faculdade de Odontologia, Universidade de Pernambuco; 2004.
4. Araújo ACS, Gusmão ES, Jovino-Silveira RC. Impacto das periodontites na qualidade de vida. *Rev Periodontia* 2006; 16(1):83-88.
5. Nardi A. *Dor orofacial, absenteísmo e qualidade de vida em trabalhadores do sul do Brasil* [dissertação]. Santa Catarina: Universidade do Oeste de Santa Catarina; 2003.
6. Leão A, Sheiham A. The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 1996; 13(1):22-26.
7. Ferreira RA. Odontologia: essencial para qualidade de vida. *Rev APCD* 1997; 51(6):514-521.
8. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J Dent Res* 1995; 74(7):1408-1413.
9. Könönen M, Lipasti J, Murtomaa H. Comparison of dental information obtained from self-examination and clinical examination. *Comm Dental Oral Epidemiol*. 1986; 14:258-260.
10. Gordon SR, Fryer GE, Niessen L. Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status. *J Prosthet Dent*. 1988; 59(3):323-326.
11. Adulyanon S, Sheiham A. Oral Impacts on Daily Performances. In: Slade GD. *Measuring Oral Health and Quality of Life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
12. Locker D. Measuring oral health: a conceptual framework. *Comm Dent Health* 1988; 5(1):3-18.
13. Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
14. Zar JH. *Biostatistical Analysis*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1999.
15. Miotto MHMB, Barcellos LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal "oral health impact profile" OHIP. *UFES Rev Odontol* 2001; 3(1):32-38.
16. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Bras Oral Res* 2004; 18(1):85-91.
17. Cardoso MSO. *Avaliação das dimensões biopsicossociais de pacientes portadores de fissuras labiopalatais atendidos no Instituto Materno Infantil de Pernambuco* [tese]. Camaragibe (PE): Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco; 2002.
18. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(5):538-542.
19. Monnet-Corti V, Borguetti A. Estética do periodonto. In: Borguetti A, Monnet-Corti V, organizadores. *Cirurgia plástica periodontal*. São Paulo: Art Med; 2002. p. 98-116.
20. Jovino-Silveira RC, Milhomens Filho JA, Gusmão ES. Impacto das condições periodontais no desempenho de atividades diárias. *Int J Dent* 2003; 2:206-210.
21. Astrøm AN, Okullo I. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda. *BMC Oral Health* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2004 fev]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC212323/>
22. Vered Y, Sgan-Cohen HD. Self-perceived and clinically diagnosed dental and periodontal health status among young adults and their implications for epidemiological surveys. *BMC Oral Health* [periódico na Internet]. 2003 [acessado 2004 fev]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC169174/>
23. Cardoso MSO, Caldas Junior AF, Jovino-Silveira RC. Saúde Bucal e qualidade de vida em Pacientes fissurados. *ROPE* 2005; 1:92-98.
24. Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75(7):1439-1450.
25. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1997; 25:284-290.
26. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerontology* 2001; 18(2):102-108.
27. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Cross-cultural differences in oral impacts on daily performance between Greek and British older adults. *Comm Dent Health* 2001; 18(4):209-213.
28. Tsakos G, Marcenes W, Sheiham A. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts On Daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries. *Gerontology* 2001; 18(2):121-130.
29. Melas F, Marcenes W, Wright PS. Oral Health Impact on Daily Performance in patients with implant-stabilized overdentures and patients with conventional complete dentures. *J Oral Maxillofac Implants* 2001; 16(5):700-712.
30. Adulyanon S, Vourapukjaru, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(6):385-389.
31. Massalu JR, Astrøm AN. Applicability of the abbreviated version of the oral impacts on daily performance (OIDP) scale for use among Tanzanian students. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(1):7-14.
32. Leão ATT, Cidade MC, Varela JR. Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev Bras Odontol* 1998; 55(4):238-241.

33. Araújo AC S, Gusmão ES, Jovino-Silveira RC. Impacto das periodontites na qualidade de vida. *Rev Periodontia* 2006; 16(1):83-88.
34. Witter DJ, van Palenstein Helderma WH, Creugers NHJ, Käyser AF. The shortened dental arches concept and its implications for oral health care. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1999; 27:249-258.
35. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health: analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand* 1981; 39:147-153.
36. Käyser AF. Shortened Dental Arches and oral function. *J Oral Rehabil* 1981; 8:457-462.
37. McGrath CM, Bedi R. Gender variations in the social impact of oral health. *J Ir Dent Assoc* 2000; 46(3):87-91.
38. McGrath CM, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life-views of the public in the United Kingdom. *Comm Dent Health* 2000; 17:3-7.
39. Peek CW, Gilbert GH, Duncan RP. Predictors of chewing difficulty onset among dentate adults: 24 month incidence. *J Public Health Dent* 2002; 62(4):214-221.
40. Sanders AE, Spencer AJ. Job Characteristics and the subjective oral health of Australians workers. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28(3):256-266.
41. Gonçalves JR, Wassall T, Vieira S, Ramalho AS, Flório FM. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre homens e mulheres. *RGO* 2004; 52(4):240-242.
42. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kincey J, Worthington HV. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(1):56-60.
43. Teixeira MJ, Braum Filho JL, Márquez JO, Yeng LT. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio; 2003.
44. Lacerda JT. *Impacto da saúde bucal na qualidade de vida* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
45. Steele JG, Ayatollahi SMT, Walls AWG, Murray JJ. Clinical factors related to reported satisfaction with oral function amongst dentate older adults in England. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2004; 25:143-149.
46. Castellanos PL. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações conceituais. In: Barata RC, organizador. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 1997. p. 31-76.
47. Massalu JR, Aström NA. Social and behavioral correlates of oral quality of life studied among university students in Tanzania. *Acta Odontol Scand* 2002; 60:353-359.
48. Biazovic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Bras Oral Res* 2004; 18(1):85-91.
49. Gherupong S, Tsako G, Sheiham A. The prevalence and severity of oral impacts on daily performance in Thai primary school children. *Health Qual Life Out* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2006 mar]; 2(57):[cerca de X p.]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/2/1/57>
50. Carmichael CL, Rugg-Gunn A, French AD, Cranage JD. The effect of Fluoridation upon the relationship between caries experience and social class in 5 year-old children in Newcastle and Northumberland. *BDJ* 1980; 149:163-167.
51. Demmers M, Brodeur JM, Simard PL, Mouton C, Veilleux G, Fréchette S. Caries Predictors suitable for mass-screenings in children: a literature review. *Comm Dent Health* 1990; 7:11-21.
52. Locker D, Ford J. Evaluation of an Area-Based Measure as an Indicator of Inequalities in Oral Health. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1994; 22:80-85.
53. Badeia M. *Pontos de epidemiologia*. Belo Horizonte: ABO; 1984.
54. Chaves MM. *Odontologia social*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1986.
55. Petersen PE, Tanase M. Oral health status of an industrial population in Romania. *International Dental Journal* 1997; 47:194-198.
56. Silva SRC. *Auto-percepção das condições bucais em pessoas com 60 anos e mais de idade* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.
57. Holst D, Schuller AA. Oral health changes in adult Norwegian population: a cohort analytical approach. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:102-111.
58. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
59. Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rosén M. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. *Comm Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:167-174.
60. Chen M, Hunter P. Oral Health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43(8):1213-1222.
61. Pattusi MP. Privação e Saúde Bucal: medidas ao nível do indivíduo e da área geográfica na qual ele reside. *Rev Ação Coletiva* 1999; 2(1):3-8.

Artigo apresentado em 27/11/2006

Aprovado em 10/09/2007

Versão final apresentada em 06/10/2007