

Impacto biopsicossocial da perda dentária em trabalhadores brasileiros de área rural

Biopsychosocial impact of tooth loss in Brazilian rural workers

Impacto biopsicosocial de la pérdida dentaria en trabajadores brasileños del área rural

Patrícia Morgana Hordonho Santillo¹

Cristiano Moura²

Renata de Souza Coelho-Soares³

Estela Santos Gusmão⁴

Paulo César Oliveira Santos⁵

Resumo

As perdas dentárias podem diminuir a capacidade mastigatória, limitando o consumo de alimentos, como também afetar a fonação e a estética, originando alterações físicas e psicológicas, o que pode comprometer a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Este estudo teve como objetivo caracterizar os impactos biopsicossociais com repercussão na qualidade de vida percebidos por trabalhadores brasileiros de áreas rurais em decorrência da perda dentária. Foram entrevistados 186 trabalhadores, maiores de 18 anos, de uma usina de açúcar da área rural da cidade de Catende/PE entre setembro e novembro de 2010. Na avaliação da condição de saúde bucal, utilizou-se o questionário *Oral Health Impact Profile*, versão reduzida (OHIP-14), e o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). Os resultados indicaram que as perdas dentárias produziram impactos funcionais, físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos investigados, com variação na intensidade do impacto de acordo com a quantidade de perdas medida pelo CPO-D.

Palavras-chave: perda dentária precoce; impacto biopsicossocial; população rural.

Abstract

Tooth loss may decrease the chewing ability, thus limiting food intake, and also affect speech and aesthetics, leading to physical and psychological changes, which may compromise the quality of life of affected individuals. This study aimed to characterize the biopsychosocial impacts with repercussion in the quality of life perceived by Brazilian rural workers as a result of tooth loss. Interviews were conducted with 186 workers, over 18 years of age, from a cane sugar mill located in the rural area of the city of Catende, State of Pernambuco, from September to November 2010. The short-form Oral Health Impact Profile (OHIP-14) questionnaire and the decayed, missing, and filled teeth (DMFT) index were used to evaluate the oral health status. The results showed that tooth loss produced functional, physical, psychological, and social impacts on the investigated individuals, with variation in the impact intensity according to the number of teeth lost as measured by DMFT.

Keywords: early tooth loss; biopsychosocial impact; rural population.

¹ Professora Titular de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia do Recife, Pernambuco (FOR/PE). Mestre em Saúde Coletiva, Faculdade de Odontologia de Pernambuco, Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Rua Tenente João Cícero, 712 /2902 – CEP 51020-190. Boa Viagem, Recife/PE. Tel.: (81) 8779-1988. E-mail: phsantillo@hotmail.com

² Professor Assistente, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Paraíba. Doutor em Saúde Coletiva, FOP/UPE.

³ Doutora em Odontologia, FOP/UPE. Professora Adjunta de Periodontia, UFCG.

⁴ Doutora em Odontologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo. Professora Adjunta de Periodontia, FOP/UPE.

⁵ Mestrando em Saúde Coletiva, FOP/UPE.

Resumen

Las pérdidas dentarias pueden reducir la capacidad masticatoria, limitando el consumo de alimentos, y también afectar la fonación y la estética, generando alteraciones físicas y psicológicas, lo que puede comprometer la calidad de vida de los individuos afectados. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar los impactos biopsicosociales de la pérdida dentaria percibidos por trabajadores brasileños de áreas rurales. Se entrevistaron 186 trabajadores mayores de 18 años de una planta azucarera del área rural de la ciudad de Catende, estado de Pernambuco, entre septiembre y noviembre de 2010. Para evaluar la condición de salud bucal, se utilizaron el cuestionario *Oral Health Impact Profile* versión reducida (OHIP-14) y el índice de dientes cariados, perdidos y obturados (CPO-D). Los resultados indicaron que las pérdidas dentarias produjeron impactos funcionales, físicos, psicológicos y sociales en los individuos investigados, con variación en la intensidad del impacto según el número de pérdidas medido por el CPO-D.

Palabras clave: pérdida prematura de dientes; impacto biopsicosocial; población rural.

Introdução

A boca reflete como um espelho as manifestações da mente. Além de ser a via que garante a sobrevivência biológica, por meio da mastigação, a boca possui funções sociais, tais como falar, sorrir e comunicar, assegurando o intercâmbio de comunicação das pessoas com o mundo e a sociedade (Rodrigues, 1979). A face é uma parte diferenciada do corpo, e muitos avaliam os outros pela sua aparência (Barbotin, 1977). Assim, indivíduos que possuem um traço ou característica diferente (uma deformidade física, por exemplo) podem ser estigmatizados e, conseqüentemente, considerados inabilitados para a aceitação social plena (Goffman, 1988).

Um sorriso esteticamente agradável representa uma das formas de os indivíduos se apresentarem conforme os padrões desejados pela sociedade (Alves & Gonçalves, 2003). Portanto, a falta de dentes, principalmente dos anteriores, é vista como uma desfiguração facial, o que configura um estigma e pode se tornar uma ameaça à identidade individual, social e familiar de um indivíduo, levando-o a se retrair por sentir vergonha da sua aparência. Nesse sentido, a boca desdentada adquire significados que são interdependentes de fatores históricos, sociais, culturais, psicológicos e fisiológicos (Ferreira, Piuvezam, Werner, & Alves, 2006), podendo comprometer a qualidade de vida tanto no nível biológico quanto no psicológico e social (Gift & Redford, 1992). Além disso, os sentimentos ocasionados pela perda dentária têm um significado psicológico importante na formação do psiquismo humano (Davis, Fiske, Scott, & Radford, 2000), remetendo o adulto ao simbolismo ligado à debilidade, ao envelhecimento, à perda de capacidade agressiva e ao medo de relações pessoais mais íntimas.

A perda dentária (mutilação dentária, desdentamento ou edentulismo) acarreta conseqüências físicas e fisiológicas importantes, como a redução do tônus muscular, produzindo deformação da face, dificuldades na fala, deglutição e mastigação (Ferreira et al., 2006). Por ser conseqüência das doenças bucais mais prevalentes, como cárie e doença periodontal, a perda dentária é um tema importante para a agenda da saúde pública (Piuvezam, Ferreira, & Alves, 2006). Essas doenças, segundo Narvai (2006), são ainda comuns em todo o mundo e afetam de 50 a 99% dos indivíduos na maioria das comunidades. No Brasil, há um alto índice de indivíduos edêntulos (parciais ou totais) na faixa etária adulta, em torno de 68,8%, conforme dados do projeto SB Brasil 2010 (Brasil, 2011).

A relação entre saúde bucal e qualidade de vida tem sido demonstrada em estudos epidemiológicos quantitativos realizados em áreas urbanas, em diversos países e no Brasil, e também em alguns estudos qualitativos (Wolf, 1998; Vargas & Paixão, 2005). No entanto, não têm sido exploradas pela literatura nacional avaliações do impacto da saúde bucal na vida de indivíduos moradores de áreas rurais. Sabe-se que o

funcionamento deficiente dos programas de saúde, educação e justiça em áreas rurais tem repercussões na vida social dos indivíduos que vão além daquelas meramente funcionais. Portanto, torna-se necessário compreender essas repercussões para permitir que o indivíduo tenha consciência dos seus problemas e desenvolva sua cidadania.

Para Lacerda, Castilho, Calvo e Freitas (2008), mensurar as condições de saúde bucal em estudos populacionais tem sido uma tarefa desafiadora para a saúde pública, já que a odontologia continua empregando, quase que exclusivamente, critérios clínicos, os quais não permitem avaliar o real impacto dos problemas bucais na vida dos indivíduos. A ênfase nesses indicadores superdimensiona a visão normativa do processo saúde-doença e não considera a percepção subjetiva do indivíduo, mascarando as dimensões sociais (Barbato & Peres, 2009). Piuvezam et al. (2006) comentam que as desordens bucais e dentárias interferem no cotidiano e estão conectadas com o estilo de vida, o *status* socioeconômico e o acesso aos serviços de saúde e, por isso, é importante combinar indicadores clínicos e pesquisas psicossociais para estabelecer uma avaliação multidimensional das condições de saúde. A normalidade biológica é definida em função do social, i.e., o processo saúde-doença envolve simultaneamente aspectos sociais e biológicos e, assim, devem ser analisados como um processo único, com metodologia social e biológica (Laurell, 1983).

Entre os indicadores utilizados na pesquisa odontológica, encontram-se o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e o questionário Perfil do Impacto da Saúde Bucal (*Oral Health Impact Profile* – OHIP, em inglês), principalmente na sua versão reduzida (OHIP-14) (Slade, 1997). O CPO-D é um índice objetivo e universal, que permite comparações com trabalhos anteriores, sendo aceito por toda a comunidade internacional como um indicador do perfil da saúde bucal. O OHIP-14, por sua vez, é uma medida de percepção subjetiva, que quantifica níveis de impacto sobre o bem-estar do indivíduo, fornecendo informações sobre a percepção do impacto causado pela condição de saúde bucal ao investigar se o indivíduo sofreu algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses (Slade, 1997; Bortoli, Locatelli, Fadel, & Baldani, 2003).

Há, no entanto, escassez de pesquisas que utilizam esses indicadores na avaliação do impacto da condição de saúde bucal em trabalhadores de áreas rurais. A prevalência de patologias bucais passíveis de prevenção encontra-se geralmente elevada nesse segmento da sociedade, exercendo influência na saúde sistêmica e na qualidade de vida desses indivíduos. A ocorrência dessas doenças é, muitas vezes, responsável por um aumento da ineficiência nas suas atividades diárias (Mello, 2006) e pela perda de dias de trabalho (Assunção, 2003), entre outros problemas. Nesse sentido, os moradores de áreas rurais, com acesso limitado aos serviços de saúde bucal, podem ter uma

percepção diferenciada dos impactos da perda dentária em sua vida diária em comparação a populações urbanas.

Este estudo teve como objetivo caracterizar os impactos biopsicossociais com repercussão na qualidade de vida percebidos por trabalhadores brasileiros de áreas rurais em decorrência da perda dentária, utilizando-se o CPO-D e o OHIP-14 na avaliação da condição de saúde bucal dessa população.

Metodologia

A população deste estudo foi composta de trabalhadores rurais lotados na Usina Catende, que possui, aproximadamente, 600 funcionários. A usina localiza-se na cidade de Catende, mesorregião da mata pernambucana, no estado de Pernambuco, com uma população estimada de 37.784 habitantes, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 (IBGE, 2010). O complexo da Usina Catende é um dos locais emblemáticos para a reforma agrária no Brasil pelos anos de impasse quanto ao destino dos trabalhadores rurais que ali residem (Oliveira & Marques, 2004). A Usina chegou a ser o maior complexo de produção sucroalcooleira da América Latina, mas a crise econômica da década de 1980 e a má gestão do empreendimento pelos seus usineiros levaram a empresa a uma crise financeira de grandes proporções. Em 1995, pela força política das forças sindicais, a Usina decretou falência e os trabalhadores rurais organizaram-se em um modelo de cogestão criando a Cooperativa Catende Harmonia (Dias & Souza, 2008), que é uma das principais iniciativas autogestionárias em curso no Brasil (Oliveira, Silva, & Santos, 2010).

Após serem convidados a participar do estudo e receber explicação sobre os objetivos da pesquisa, os trabalhadores rurais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos presentes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), com registro de nº 0072.0.0097.000-10, bem como a autorização da direção da Usina Catende para a realização do estudo, antecederam a fase de coleta de dados.

Adotou-se uma amostragem não-probabilística e obtida por conveniência. Portanto, a amostra constou de todos os adultos, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que, por livre e espontânea vontade, aceitaram participar da pesquisa no período de setembro a novembro de 2010. Tratou-se de um estudo de caráter prospectivo, transversal, descritivo e analítico com abordagem quantitativa.

Foram critérios de exclusão indivíduos que não possuíam nenhuma perda dentária, etilistas, fumantes ou ex-fumantes, portadores de doenças sistêmicas, por interferirem nos processos imunológicos, e indivíduos que estavam fazendo uso de medicações sistêmicas.

As entrevistas e os exames físicos foram realizados nos períodos matutinos e vespertinos na própria Usina

Catende por dois pesquisadores (uma cirurgiã-dentista e uma anotadora). O exame físico ocorreu sob luz natural e por intermédio de inspeção visual e tátil, com o auxílio de espelhos bucais planos e sondas periodontais do tipo *ball-point*, ambos esterilizados. A equipe estava devidamente paramentada de acordo com as normas de controle de infecção (utilização de gorros, luvas e máscaras descartáveis). Os instrumentos utilizados na pesquisa foram o questionário Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14) e o índice CPO-D.

A variável independente estudada foi a ocorrência de perdas dentárias, obtida a partir dos códigos 4 (perda dentária decorrente de cárie) e 5 (perda dentária decorrente de outras razões) do índice CPO-D para o diagnóstico da coroa de cada um dos 32 espaços dentários examinados por indivíduo, conforme os critérios de diagnóstico da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1997). Os componentes do índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) foram analisados segundo a média, mediana e desvio-padrão. Para fins de análise, essa variável foi posteriormente dicotomizada com base na média de dentes perdidos entre os indivíduos da amostra, o que resultou no ponto de corte de perda de até 12 dentes (0 a 12) e perda superior a 12 dentes (13 ou mais).

A variável desfecho foi o impacto da saúde bucal na qualidade de vida do indivíduo, mensurada por meio do OHIP-14 (Slade, 1997). O questionário constitui-se de 14 perguntas, duas para cada uma das sete dimensões psicossociais do instrumento: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, limitação física, limitação psicológica, limitação social e incapacidade. Essas dimensões foram baseadas no modelo desenvolvido por Locker, Matear, Stephens, Lawrence e Payne (2001), descritas no Quadro 1.

Utilizou-se como padrão de resposta às perguntas do OHIP-14 uma escala de Likert de 0 a 4 pontos, com os seguintes padrões: 0 – não; 1 – quase nunca; 2 – ocasionalmente; 3 – quase sempre; e 4 – sempre. Em seguida, as respostas para cada uma das 14 perguntas foram agrupadas na Categoria 1 (quase sempre/ sempre) ou Categoria 2 (não/ quase nunca/ ocasionalmente). A partir dessa categorização, cada um dos sete domínios (compostos por duas questões cada) foi classificado na condição “pior situação” (Categoria 1) ou “melhor situação” (Categoria 2), considerando-se a situação mais desfavorável; ou seja, no caso de uma questão apresentar a “melhor situação” e a outra a “pior situação”, o participante era classificado na “pior situação”.

O valor do OHIP-14 foi calculado somando-se todos os escores indicados pelos indivíduos. Quanto maior o escore total do OHIP-14, maiores os problemas bucais percebidos pelo indivíduo e maiores os reflexos desses problemas na qualidade de vida do indivíduo.

Nesta pesquisa, foram realizadas entrevistas e não o autopreenchimento dos questionários, a fim de minimizar o número de perguntas não respondidas e obter-se a resposta no momento, sem a necessidade de retornar para uma segunda sessão para recolher os

formulários. Os pesquisadores procederam à leitura de cada pergunta junto aos participantes, que escolheram livremente a resposta a cada questão, entre as cinco opções apresentadas, e acompanharam a marcação indicada.

Para a calibração intraexaminador, foi adotado o seguinte procedimento: a cada dez indivíduos examinados, um foi reexaminado para um novo registro dos instrumentos de coleta, no prazo de até dois dias (48 horas) após a aplicação do primeiro formulário, utilizando-se o teste *Kappa*. A seleção desses indivíduos se deu de forma aleatória. Ao término da coleta, 10% dos indivíduos foram reexaminados, obtendo-se na calibração intraexaminador um valor *Kappa* de 0,91, indicando uma boa concordância.

Os dois pesquisadores participaram da calibração interexaminador que antecedeu o estudo e foi realizada em 36 horas, dividida entre discussões teóricas e atividades práticas simulando as diferentes condições e situações que os profissionais encontrariam durante a realização do trabalho prático. O índice *Kappa* na calibração interexaminador foi de 0,82.

Para a análise dos dados, foram obtidas distribuições absolutas, percentuais e medidas estatísticas média, mediana e desvio-padrão (estatística descritiva) para descrever as características gerais da população. A seguir, foram realizadas análises bivariadas entre a variável perda dentária e o impacto odontológico utilizando-se o teste qui-quadrado de Pearson ou, na falta de condições para a utilização deste, o teste exato de Fisher.

Valores da razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram obtidos mediante o estudo da associação entre a variável independente (perda dentária) e a variável dependente (impacto odontológico) na análise bivariada, considerando-se sempre a primeira ou a última categoria como valor de referência.

Para a análise estatística, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, EUA) na versão 15.0. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Resultados

A amostra total analisada foi composta de 186 trabalhadores rurais com pelo menos um dente perdido. O CPO-D médio foi de 20,20 e a mediana de 20,00. A média de dentes perdidos foi de 13,59, equivalendo a 67,28% da média do CPO-D (Tabelas 1 e 2).

Na avaliação das respostas dos trabalhadores ao questionário OHIP-14, observa-se que o maior percentual de respostas, considerando todas as 14 perguntas, correspondeu à opção “Não”, com valores que variaram de 50,5 a 66,1%. As questões com os maiores percentuais de “Sempre” foram as seguintes: “Sentir incômodo ao comer algum alimento” ($n = 24$, 12,9%) e “Sentir-se envergonhado” ($n = 33$, 17,7%) (Tabela 3).

Ao considerar os resultados dos sete domínios do OHIP-14 agrupados em duas categorias (Categoria 1: quase sempre/ sempre – pior situação; Categoria 2: não/quase nunca/ ocasionalmente – melhor situação), foi possível verificar que, em todos os itens, a maioria das respostas correspondeu à Categoria 2, com percentuais que variaram de 67,3 a 86,6%, sendo menos elevados para o item “Sentir-se envergonhado” ($n = 139$, 67,3%) e mais elevados para “Dificuldade em realizar funções da vida diária” ($n = 161$, 86,6%), “Sentir-se estressado” ($n = 159$, 85,5%) e “Dificuldade em relaxar” ($n = 157$, 84,4%). Os percentuais relativos à Categoria 1 variaram de 13,4 (“Dificuldade em realizar as atividades diárias”) a 32,7% (“Sentir-se envergonhado”) (Tabela 4).

Na Tabela 5, são apresentadas as frequências das respostas de maior e menor impacto para os sete domínios do OHIP 14. Verifica-se que os percentuais correspondentes à Categoria 1 (quase sempre/ sempre – pior situação) variaram de 17,2 a 27,4%, sendo mais elevados para a questão “Dificuldade em relaxar” e “Sentir-se um pouco envergonhado” (domínio: limitação psicológica – 27,4%) e para “Sentir dor fraca, mas constante” e “Sentir incômodo ao comer algum alimento” (domínio: dor física – 23,1%). Os percentuais foram menos elevados para “Estar um pouco irritado com outras pessoas” e “Ter dificuldade em realizar suas atividades diárias” (domínio: limitação social – 17,2%).

Analisando-se a associação de cada domínio do OHIP-14 com a quantidade de dentes perdidos (Tabela 6), observamos que as perdas dentárias apresentaram associação significativa com todos os domínios do OHIP-14 e que, em cada domínio, o percentual classificado na pior situação foi sempre bem mais elevado nas pessoas com perda de 13 ou mais dentes do que naquelas com perda de até 12 dentes. As diferenças percentuais da pior situação entre os dois subgrupos com dentes perdidos variaram de 27,6% no domínio “incapacidade” (32,6% x 5,0%) a 39,2% no domínio “limitação funcional” (44,2% x 5,0%). Essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p < 0,001$), com valores de RP variando de 5,65 a 19,19 e respectivos IC95% que excluem o valor 1,00.

Discussão

No Brasil, os moradores de áreas rurais representam em torno de 15% da população brasileira (IBGE, 2010). No entanto, torna-se difícil estabelecer comparações a respeito dos dados referentes à condição de saúde bucal e o impacto na vida dos indivíduos nessa população em razão da escassez de publicações sobre o assunto, já que, em sua maioria, os estudos publicados envolvem moradores da zona urbana (Saliba, Moimaz, Saliba, & Tiano, 2010). Alguns estudos destacam que essas comunidades apresentam altas prevalências de doenças e agravos bucais, já que é elevado o número de famílias de baixa renda, na maioria das vezes não-produtivas e com limitações socioeconômicas (Bortoli et al., 2003;

Bicalho, Hallal, Gazzinelli, Knuth, & Velásquez-Meléndez, 2010).

Neste estudo, a proporção de dentes perdidos verificada representou a maior proporção do índice CPO-D, achado semelhante ao estudo de Silva, Villaça, Magalhães e Ferreira (2010) e do levantamento nacional SB Brasil 2010 (Brasil, 2011). Esses dados também são semelhantes aos do estudo de Dini (1995), que, ao avaliar a condição de saúde bucal de 528 trabalhadores de usinas de álcool e açúcar, com idade variando de 18 a 64 anos, encontrou alta prevalência de perdas dentárias. Essa proporção foi mais elevada em comparação aos estudos de Silva, Sousa e Wada (2004) e Saliba et al. (2010), que apresentaram prevalências altas apenas na faixa etária de 65 anos ou mais.

Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) revelam que, no serviço de saúde pública do Nordeste, as extrações dentárias correspondem a 22% de todos os procedimentos básicos ofertados, e em alguns municípios, essa proporção chega a 100%. A extração dentária parece ser o único procedimento de atenção básica disponível nessas localidades, em especial nas suas áreas rurais, onde o quadro epidemiológico da saúde bucal mantém a proposta da mutilação dentária, produzindo um elevado número de perdas dentárias pela realização, em massa, da exodontia como procedimento de solução para a dor. Pelo exposto, observa-se que a história de perda dentária não passou por mudanças significativas ao longo do tempo, visto que o número de pessoas desdentadas no Brasil ainda é grande, diferentemente do que ocorre em países desenvolvidos (Hiramatsu, Tomita, & Franco, 2007).

Embora a perda dentária não seja o indicador mais utilizado na pesquisa odontológica, alguns autores defendem a sua utilização como um importante indicador de saúde bucal (Hujoel & DeRouen, 1995). No entanto, a avaliação das condições de saúde bucal apenas por meio de critérios clínicos normativos, como o CPO-D, pode ser insuficiente para elucidar como um indivíduo percebe a sua própria condição de saúde bucal, bem como a interferência desta na sua vida diária (Bianco, Lopes, Borgato, Moura e Silva, & Marta, 2010). Medina-Walpole et al. (2002) apontam que é necessário avançar em busca de estudos que associem conhecimento das ciências médicas e sociais e da psicologia, possibilitando compreender como essas doenças podem afetar a rotina diária dos indivíduos, tornando os serviços de saúde mais eficazes.

Diante do exposto, no presente estudo, foi utilizado, juntamente ao índice CPO-D, o indicador sociodental Perfil do Impacto da Saúde Bucal, que é uma medida de percepção subjetiva sob a forma de questionário. Esse instrumento, em seu formato original, é composto por 49 questões (Slade & Spencer, 1994) e já foi traduzido, adaptado transculturalmente e validado para populações de adultos e idosos em diversas línguas, inclusive para o português, tanto em populações urbanas como em populações rurais (Oliveira & Nadanovsky, 2005; Cohen-Carneiro et al., 2010). No formato reduzido (OHIP-14), esse instrumento foi

considerado válido para aplicação em pesquisas relacionadas à qualidade de vida e à saúde bucal da população (Araújo, Silva, Silva & Sousa, 2008).

Para Slade et al. (1998) e Gomes e Abegg (2007), o OHIP-14 tem sido aplicado com sucesso em adultos por ser uma medida de percepção subjetiva e inespecífica, válida e precisa, apresentando associações fortes com vários indicadores objetivos de saúde, medindo aspectos psicológicos e sociais dos indivíduos em diferentes estágios e revelando uma quantidade substancial de impactos orais. Suas informações complementam as dos indicadores tradicionais, fornecendo um perfil do “impacto da doença” nas populações.

O perfil do impacto sobre a saúde bucal, pela análise das respostas ao OHIP-14, foi destaque neste estudo, no qual, para 12 das 14 perguntas respondidas, a maioria das respostas foi “Não”, corroborando os resultados de Silva et al. (2004) e Silva et al. (2010). Para esses autores, isso se deve ao fato de as pessoas terem precária percepção de seus problemas bucais como se eles fossem inevitáveis. No entanto, embora os problemas bucais não tenham sido percebidos em toda sua dimensão, a doença esteve presente na maioria da amostra estudada (59,7%, dentes cariados; e 97,3%, dentes perdidos). Esse fato merece ênfase, pois, segundo Barrêto, Oliveira, Paiva e Pordeus (2004), as atitudes relacionadas à saúde são condicionadas à forma como o indivíduo percebe a própria condição bucal, sendo necessária a aplicação de práticas de saúde voltadas à autopercepção e ao autocuidado.

Alguns fatores influenciam na percepção do impacto causado pelas condições clínicas bucais. Muitas doenças bucais, por serem assintomáticas, com frequência são desconhecidas pelos indivíduos, o que interfere na sua percepção de impacto, pois os mesmos tendem a perceber mais os problemas agudos do que os crônicos (Locker & Jokovic, 1996). Isso ocorre porque, segundo Leao e Sheiham (1995), muitas vezes os problemas agudos causam mais dor e desconforto e interferem mais na realização das atividades diárias do que os problemas crônicos de saúde bucal.

Das 14 questões aplicadas do instrumento, as que apresentaram o maior percentual de resposta “Sempre” foram “Sentir-se envergonhado” e “Sentir incômodo para comer”. A primeira, que se refere à experiência do indivíduo de sentir vergonha por causa de problemas com seus dentes ou sua boca, dimensão “limitação psicológica”, corrobora os achados de Vargas e Paixão (2005), Gomes e Abegg (2007) e Silva et al. (2010), que abordaram a dificuldade de aceitação e o sentimento de humilhação que envolve um indivíduo desdentado. A segunda, que se refere à dimensão “dor física”, demonstra que a dificuldade em obter uma adequada mastigação dos alimentos é um fator que interfere na qualidade de vida de pacientes desdentados, levando a uma pior condição de saúde geral (Oliveira & Marques, 2004). Em contraste, Gomes, Frigerio e Fidelix (2006) afirmam que não há uma relação direta entre a ausência de dentes e uma pior condição de saúde geral, e Ferreira et al. (2006)

apontam que a extração dos dentes representa, muitas vezes, uma solução definitiva para a questão da dor.

Ao se realizar a associação dos domínios do OHIP-14 com a variável perda dentária de 13 ou mais dentes, esta demonstrou ser forte indicadora de alto impacto. No presente estudo, as perdas dentárias produziram impactos funcionais, físicos, psicológicos e sociais no desempenho diário de trabalhadores rurais adultos, havendo variação na intensidade do impacto de acordo com a quantidade de perda dentária medida pelo CPO-D. Entre os indivíduos que apresentaram maior número de dentes perdidos (13 perdas ou mais), a maioria manifestou interferência da saúde bucal na sua vida diária, com repercussão direta nas dimensões avaliadas pelo indicador OHIP-14. Tal resultado é consistente com o estudo de Leao e Sheiham (1995), que verificaram que, quanto pior a condição clínica bucal, maior o seu impacto odontológico. Os estudos de Srisilapanan e Sheiham (2001) e Slade et al. (1996), sobre o impacto odontológico relacionado ao CPO-D e perda dentária, também verificaram uma associação significativa entre as piores condições clínicas e os mais altos níveis de impacto odontológico.

Assim, embora a perda dentária possa ser considerada uma saída para o fracasso de um tratamento conservador anteriormente realizado (Mendonça, 2001) ou para alívio definitivo da dor (Ferreira et al., 2006), ela pode ser também referenciada como um forte preditor de impacto que, além de causar danos funcionais, é capaz de desequilibrar a organização psíquica e social dos indivíduos (Wolf, 1998). Embora os instrumentos utilizados nesta pesquisa limitem-se apenas a reproduzir os números coletados nas entrevistas, deixando de analisar o grupo diante de sua particularidade sociocultural, os autores acreditam que, pelo seu caráter subjetivo, puderam expor, embora parcialmente, as relações existentes entre a perda dentária e o aspecto biopsicossocial que permeia essa temática.

Vale ressaltar algumas limitações relacionadas a este estudo. Alguns autores apontam que o OHIP-14 tem a desvantagem de medir apenas os impactos negativos da relação entre saúde bucal e qualidade de vida (McGrath & Bedi, 2002) e que a composição do questionário pode ser prejudicada por uma compreensão diferente das questões pelas variações decorrentes de diferenças socioeconômicas e culturais (Bianco et al., 2010). Também o construto da análise, no que se refere à categorização do OHIP-14, que considera como melhor situação a resposta “ocasionalmente” do mesmo modo que “nunca” e “quase nunca”, pode ter comprometido os resultados apontados nesta pesquisa. Além disso, por se tratar de um estudo transversal, devido à dificuldade de estabelecer a relação temporal entre o fator de exposição e o desfecho, uma vez que os dados são coletados em uma única oportunidade, resultando numa avaliação simultânea dos fatores em estudo e dos efeitos, os resultados devem ser vistos com precaução.

Conclusão

Os resultados do presente estudo indicam que, num contexto de alta prevalência de perda dentária, houve acentuada percepção de impactos biopsicossociais pelos trabalhadores rurais adultos participantes da amostra. As perdas dentárias estiveram significativamente associadas a todos os domínios do OHIP-14, nos quais os impactos biopsicossociais percebidos e relatados foram de natureza funcional, física, psicológica, social e de incapacidade. Os sentimentos relatados não são decorrentes apenas dos problemas estéticos ou funcionais que a perda dentária acarreta, mas também do importante significado psicológico que os dentes e a boca têm na formação do psiquismo humano. Assim, a perda dentária pode limitar os indivíduos na escolha de alimentos, afetando sua saúde de um modo geral e, também, isolá-los da vida social, repercutindo de maneira negativa no desempenho das suas atividades diárias e qualidade de vida.

O estudo reconhece ser necessária a implementação de uma nova forma de avaliação que considere, além dos aspectos clínicos, a autopercepção da saúde bucal, bem como a mensuração dos impactos odontológicos que causam prejuízo ao desempenho diário e à qualidade de vida dos indivíduos. Nesse sentido, as universidades podem desempenhar um papel importante na medida em que ajustem seus currículos e voltem parte de suas pesquisas para o estudo e compreensão dessa realidade, incluindo o ambiente rural como objeto de estudo e delineando políticas públicas, a fim de minimizar as diferenças entre os que têm acesso ou não aos serviços básicos de moradia, educação, saúde e justiça, livrando os do meio rural da dependência econômica e cultural em que vivem.

Além das necessidades apontadas, os pesquisadores propõem a realização de estudos sobre a avaliação do impacto psicológico de políticas públicas, os quais poderiam ser ferramentas úteis para o resgate dessa população marginalizada, ajudando a recuperar sua condição de cidadania, já que boa parte da miséria urbana tem origem no ambiente rural.

Referências

- Alves, N. C. & Gonçalves, H. H. S. B. (2003). Avaliação das causas da perda dentária, dificuldades e expectativas dos pacientes em relação à prótese total. *Jornal Brasileiro de Clínica Odontológica Integrada*, 7(37), 50-54.
- Araújo, P. F., Silva, E. F. A., Silva, D. D., & Sousa, M. L. R. (2008). Quality of life of adults and elderly individuals who search the Piracicaba dentistry school service for total dental prostheses. *Revista de Odontologia da UNESP*, 37(2), 109-116. Recuperado em 30 setembro, 2013, de <http://www.revodontolunesp.com.br/files/v37n2/v37n2a03.pdf>

- Assunção, A. A. (2003). Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4), 1005-1018. doi:10.1590/S1413-81232003000400022
- Barbato, P. R. & Peres, M. A. (2009). Perdas dentárias em adolescentes brasileiros e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 13-25. doi:10.1590/S0034-89102009000100003
- Barbotin, E. (1977). *El lenguaje del cuerpo: Volume 2*. Pamplona: Editora Eunsa.
- Barrêto, E. P. R., Oliveira, C. S., Paiva, S. M., & Pordeus, I. A. (2004). Qualidade de vida infantil: influência dos hábitos de higiene bucal e do acesso aos serviços odontológicos. *Revista Ibero-americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*, 7(39), 453-460.
- Bianco, V. C., Lopes, E. S., Borgato, M. H., Moura e Silva, P., & Marta, S. N. (2010). O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(4), 2165-2172. doi:10.1590/S1413-81232010000400030
- Bicalho, P. G., Hallal, P. C., Gazzinelli, A., Knuth, A. G., & Velásquez-Meléndez, G. (2010). Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 44(5), 884-893. Recuperado em 30 setembro, 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n5/1829.pdf>
- Bortoli, D., Locatelli, F. A., Fadel, C. B., & Baldani, M. H. (2003). Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde*, 9(3), 55-65. Recuperado em 30 setembro, 2013, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/370/379>
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 30 setembro, 2013, de http://dab.saude.gov.br/cns/sbbrasil/arquivos/proje_to_sb2010_relatorio_final.pdf
- Cohen-Carneiro, F., Rebelo, M. A., Souza-Santos, R., Ambrosano, G. M., Salino, A. V., & Pontes, D. G. (2010). Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(6), 1122-1130. doi:10.1590/S0102-311X2010000600006
- Davis, D. M., Fiske, J., Scott, B., & Radford, R. D. (2000). The emotional effects of tooth loss: a preliminary quantitative study. *British Dental Journal*, 188(9), 503-506. doi:10.1038/sj.bdj.4800522
- Dias, T. F. & Souza, W. J. (2008). Da crise do capital ao renascimento do canavial pela Economia Solidária: O caso da Usina Catende (Pernambuco Brasil). In J. O. Silva & M. A. Pedlowski (Eds.). *Atores Sociais, Participação e Ambiente* (pp. 205-221). Porto Alegre: Dacasa Editora.
- Dini, E. L. (1995). Prosthesis wearing, plaque index and periodontal conditions. *Revista de Odontologia da UNESP*, 24(1), 161-167. Recuperado em 30 setembro, 2013, de <http://www.revodontolunesp.com.br/files/v24n1/v24n1a16.pdf>
- Ferreira, A. A. A., Piuvezam, G., Werner, C. W. A., & Alves, M. S. C. F. (2006). A dor e a perda dentária: Representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 211-218. doi:10.1590/S1413-81232006000100030
- Gift, H. C. & Redford, M. (1992). Oral health and the quality of life. *Clinics in Geriatric Medicine*, 8(3), 673-683.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan.
- Gomes, A. S. & Abegg, C. (2007). O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(7), 1707-1714. doi:10.1590/S0102-311X2007000700023
- Gomes, V. N., Frigerio, M. L., & Fidelix, M. (2006). Bone mass index analysis in elderly people before and after change prosthesis. *Gerodontology*, 23(3), 187-191. doi:10.1111/j.1741-2358.2006.00105.x
- Hiramatsu, D. A., Tomita, N. E., & Franco, L. J. (2007). Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(4), 1051-1056. doi:10.1590/S1413-81232007000400026
- Hujoel, P. P. & DeRouen, T.A. (1995). A survey of endpoint characteristics in periodontal clinical trials published 1988-1992, and implications for future studies. *Journal of Clinical Periodontology*, 22(5), 397-407.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2010). *Censo Demográfico 2010*. Recuperado em 18 julho, 2013, de <http://censo2010.ibge.gov.br/pt/resultados>
- Lacerda, J. T., Castilho, E. A., Calvo, M. C., & Freitas, S. F. (2008). Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(8), 1846-1858. doi:10.1590/S0102-311X2008000800013
- Laurell, A. C. (1983). A Saúde-Doença como Processo Social. In E. D. Nunes (Ed.). *Medicina social: Aspectos históricos e teóricos* (pp. 135-158). São Paulo: Global Editora.
- Leao, A. & Sheiham, A. (1995). Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *Journal of Dental Research*, 74(7), 1408-1413. doi:10.1177/00220345950740071301
- Locker, D. & Jokovic, A. (1996). Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 24(6), 398-402. doi:10.1111/j.1600-0528.1996.tb00887.x
- Locker, D., Matear, D., Stephens, M., Lawrence, H., & Payne, B. (2001). Comparison of the GOHAI and OHIP-14 as measures of the oral health-related quality of life of the elderly. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 29(5), 373-381. doi:10.1111/j.1600-0528.2001.290507.x
- McGrath, C. & Bedi, R. (2002). Measuring the impact of oral health on life quality in two national surveys – Functionalist versus hermeneutic approaches. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 30(4), 254-259. doi:10.1034/j.1600-0528.2002.300403.x
- Medina-Walpole, A., Barker, W. H., Katz, P. R., Karuza, J., Williams, T. F., & Hall, W. J. (2002). The current state of geriatric medicine: A national survey of fellowship-trained geriatricians, 1990 to 1998. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(5), 949-955.
- Mello, P. B. M. (2006). *Odontologia do trabalho: Uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Rubio.
- Mendonça, T. C. (2001). Mutilação dentária: Concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6), 1545-1547. doi:10.1590/S0102-311X2001000600040
- Narvai, P. C. (2006). Saúde bucal coletiva: Caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Revista de Saúde Pública*, 40, n. spe, 141-147. doi:10.1590/S0034-89102006000400019
- Oliveira, A. U. & Marques, M. I. M. (2004). *O campo no século XXI: Território de vida, de luta e de construção da justiça social*. São Paulo: Editora Casa Amarela/Paz e Terra.
- Oliveira, B. H. & Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(4), 307-314. doi:10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x
- Oliveira, C. B., Silva, F. R., & Santos, P. (2010). Análise do projeto Catende Harmonia após decreto de falência da Usina Catende – PE (Artigo apresentado no XVI Encontro Nacional dos Geógrafos). Porto Alegre: Brasil.
- Piuevzam, G., Ferreira, A. A. A., & Alves, M. S. C. F. (2006). Enfrentando as perdas dentárias na terceira idade: Um estudo de representações sociais. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 14(4), 597-614. Recuperado em 30 de setembro, 2013, de http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2006_4/artigos/CSC_NESC_2006-4_Grasiela.pdf
- Rodrigues, J. C. (1979). *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Editora Achiamé.
- Saliba, N. A., Moimaz, S. A., Saliba, O., & Tiano, A. V. (2010). Perda dentária em uma população rural e as metas estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl. 1), 1857-1864. doi:10.1590/S1413-81232010000700099
- Silva, D. D., Sousa, Mda. L., & Wada, R. S. (2004). Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 626-631. doi:10.1590/S0102-311X2004000200033
- Silva, M. E., Villaça, E. L., Magalhães, C. S., & Ferreira, E. F. (2010). Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 841-850. doi:10.1590/S1413-81232010000300027
- Slade, G. D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-290. doi:10.1111/j.1600-0528.1997.tb00941.x
- Slade, G. D. & Spencer, A. J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health*, 11(1), 3-11.
- Slade, G. D., Spencer, A. J., Locker, D., Hunt, R. J., Strauss, R. P., & Beck, J. D. (1996). Variations in the social impact of oral conditions among older

adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *Journal of Dental Research*, 75(7), 1439-1450. doi:10.1177/00220345960750070301

Slade, G. D., Strauss, R. P., Atchison, K. A., Kressin, N. R., Locker, D., & Reisine, S. T. (1998). Conference summary: Assessing oral health outcomes – measuring health status and quality of life. *Community Dental Health*, 15(1), 3-7.

Srisilapanan, P. & Sheiham, A. (2001). The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*, 18(2), 102-108. doi:10.1111/j.1741-2358.2001.00102.x

Vargas, A. M. D. & Paixão, H. H. (2005). Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 1015-1024. doi:10.1590/S1413-81232005000400024

Wolf, S. M. R. (1998). O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 52(4), 307-316.

World Health Organization (WHO). (1997). *Oral Health Surveys: basic methods* (4a ed.). Geneva: WHO.

Recebido: 03/11/2011
Revisado: 12/08/2013
Aprovado: 19/09/2013

Quadro 1. Perguntas feitas para a obtenção do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14)

Dimensão	Questão
Limitação funcional	Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese? Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?
Dor física	Você sentiu dores fracas, mas constantes em seus dentes, sua boca ou prótese? Você tem sentido incômodo ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?
Desconforto psicológico	Você tem ficado pouco à vontade por causa dos seus dentes, sua boca ou prótese? Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?
Limitação física	Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese? Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?
Limitação psicológica	Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese? Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?
Limitação social	Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese? Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?
Incapacidade	Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese? Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?

Tabela 1. Média e mediana do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) na amostra de trabalhadores rurais (n = 186) lotados na Usina Catende, Pernambuco, Brasil – 2010

CPO-D	Estatística			
	Média	Mediana	Desvio-padrão	% média do CPO-D
Cariados – C	3,87	2,00	4,55	19,16
Perdidos – P	13,59	11,00	9,86	67,28
Obturados – O	2,74	0,00	4,24	13,56
CPO-D	20,20	20,00	6,78	

CPO-D = índice de dentes cariados, perdidos e restaurados.

Na Tabela 2, são descritos os dados relativos às prevalências de dentes cariados, perdidos e obturados da amostra total (n = 186).

Tabela 2. Prevalência de indivíduos com dentes cariados, perdidos, obturados e com experiência de cárie (CPO-D > 1) na amostra de trabalhadores rurais (n = 186) lotados na Usina Catende, Pernambuco, Brasil – 2010.

CPO-D e elementos	n=186	100%
Cariados		
Sim	111	59,7
Não	75	40,3
TOTAL	186	100,0
Perdidos		
Sim	186	10,0
Não	-	-
TOTAL	186	100,0
Obturados		
Sim	78	41,9
Não	108	58,1
TOTAL	186	100,0
Experiência de cárie		
Sim	186	100,0
Não	-	-
TOTAL	186	100,0

CPO-D = índice de dentes cariados, perdidos e restaurados.

Tabela 3. Respostas às questões do questionário OHIP-14 relativas ao perfil do impacto da saúde bucal na amostra de trabalhadores rurais (n = 186) lotados na Usina Catende, Pernambuco, Brasil – 2010

OHIP-14	Resposta									
	Não (0)		Quase nunca (1)		Ocasionalmente (2)		Quase sempre (3)		Sempre (4)	
	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	104	55,9	30	16,1	20	10,8	12	6,5	20	10,8
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	101	54,3	36	19,4	18	9,7	11	5,9	20	10,8
3. Você sentiu dores fracas, mas constantes em seus dentes, sua boca ou prótese?	103	55,4	28	15,1	24	12,9	14	7,5	17	9,1
4. Você tem sentido incômodo ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	94	50,5	32	17,2	19	10,2	17	9,1	24	12,9
5. Você tem ficado pouco à vontade por causa dos seus dentes, sua boca ou prótese?	104	55,9	32	17,2	19	10,2	10	5,4	21	11,3
6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	105	56,5	35	18,8	19	10,2	10	5,4	17	9,1
7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	106	57,0	31	16,7	19	10,2	12	6,5	18	9,7

8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	104	55,9	32	17,2	20	10,8	12	6,5	18	9,7
9. Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	107	57,5	34	18,3	16	8,6	10	5,4	19	10,2
10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	97	52,2	24	12,9	18	9,7	14	7,5	33	17,7
11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	108	58,1	36	19,4	11	5,9	12	6,5	19	10,2
12. Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	121	65,1	31	16,7	8	4,3	8	4,3	18	9,7
13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	110	59,1	31	16,7	14	7,5	9	4,8	22	11,8
14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	123	66,1	31	16,7	7	3,8	8	4,3	17	9,1

OHIP-14 = *Oral Health Impact Profile*, na sua versão reduzida contendo sete domínios e 14 perguntas.

^a O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 186 pesquisados.

Tabela 4. Respostas às questões do questionário OHIP-14 relativas ao perfil do impacto da saúde bucal, agrupadas em duas categorias (Categoria 1 – pior situação; Categoria 2 – melhor situação), na amostra de trabalhadores rurais (n = 186) lotados na Usina Catende, Pernambuco, Brasil – 2010

	Categoria 1	Categoria 2
--	-------------	-------------

OHIP-14	Quase sempre/ Sempre		Não/ Quase nunca/ Ocasionalmente	
	n	% ^a	n	% ^a
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	32	17,2	154	82,8
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	31	16,7	155	83,3
3. Você sentiu dores fracas, mas constantes em seus dentes, sua boca ou prótese?	31	16,7	155	83,3
4. Você tem sentido incômodo ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	41	22,0	145	78,0
5. Você tem ficado pouco à vontade por causa dos seus dentes, sua boca ou prótese?	31	16,7	155	83,3
6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	27	14,5	159	85,5
7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	30	16,1	156	83,9
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	30	16,1	156	83,9
9. Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	29	15,6	157	84,4
10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	47	32,7	139	67,3
11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	31	16,7	155	83,3
12. Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	26	14,0	160	86,0
13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	31	16,7	155	83,3
14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou prótese?	25	13,4	161	86,6

OHIP-14 = *Oral Health Impact Profile*, na sua versão reduzida contendo sete domínios e 14 perguntas.

^a O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 186 pesquisados.

Tabela 5. Frequência simples das respostas de maior e menor impacto para os sete domínios do questionário OHIP-14 na amostra de trabalhadores rurais (n = 186) lotados na Usina Catende, Pernambuco, Brasil – 2010.

Domínios do OHIP-14	Categoria 1 (pior situação)	Categoria 2 (melhor situação)
	Quase sempre/Sempre	Não/Quase nunca/Ocasionalmente

	n	% ^a	n	% ^a
Limitação funcional	40	21,5	146	78,5
Dor física	43	23,1	143	76,9
Desconforto psicológico	33	17,7	153	82,3
Limitação física	35	18,8	151	81,2
Limitação psicológica	51	27,4	135	72,6
Limitação social	32	17,2	154	82,8
Incapacidade	33	17,7	153	82,3

OHIP-14 = *Oral Health Impact Profile*, na sua versão reduzida contendo sete domínios e 14 perguntas.

^a O cálculo dos percentuais foi obtido com base no número total de 186 pesquisados.

Tabela 6. Associação entre os domínios do questionário OHIP-14 e o componente P (dente perdido), subdividido em duas categorias, na amostra de trabalhadores rurais (n = 186) lotados na Usina Catende, Pernambuco, Brasil – 2010

Domínios do OHIP-14	Número de dentes perdidos				Grupo total		Valor de p*	RP (IC95%)
	13 ou mais		0 a 12					
	n	%	n	%	N	%		
TOTAL	86	100,0	153	100,0	186	100,0		
Limitação funcional								
Pior situação	38	44,2	5	5,0	43	23,1	<0,001	8,84 (3,64–21,45)
Melhor situação	48	55,8	95	95,5	143	76,9		1,00
Dor física								
Pior situação	34	39,5	6	6,0	40	21,5	<0,001	6,59 (2,91–14,94)
Melhor situação	52	60,5	94	94,0	146	78,5		1,00
Desconforto psicológico								
Pior situação	29	33,7	4	4,0	33	17,7	<0,001	8,43 (3,01–23,03)
Melhor situação	57	66,3	96	96,0	153	82,3		1,00
Limitação física								
Pior situação	33	38,4	2	2,0	35	18,8	<0,001	19,19 (4,74–77,64)
Melhor situação	53	61,6	98	98,0	151	81,2		1,00
Limitação psicológica								

IC95% = intervalo de confiança de 95%; OHIP-14 = *Oral Health Impact Profile*, na sua versão reduzida contendo sete domínios e 14 perguntas; RP = razão de prevalência.

* Teste qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher. Associação significativa ao nível de 5,0%.