

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BRUNA SCARLOT AVANCINI

**IMPACTO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO NA QUALIDADE DE VIDA**

VITÓRIA

2022

BRUNA SCARLOT AVANCINI

**IMPACTO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO NA QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo – UFES como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

VITÓRIA

2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

A946i Avancini, Bruna Scarlot, 1989-  
Impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida /  
Bruna Scarlot Avancini. - 2022.  
110 f. : il.

Orientadora: Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.  
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade  
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde Bucal. 2. Qualidade de vida. 3. Endodontia. I.  
Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros. II. Universidade  
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III.  
Título.

CDU: 614

---

BRUNA SCARLOT AVANCINI

**IMPACTO DO TRATAMENTO ENDODÔNTICO NA QUALIDADE DE VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Epidemiologia de agravos e doenças não transmissíveis.

COMISSÃO EXAMINADORA

---

Dra. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto – Orientadora

---

Dra. Elizabete Regina Araújo de Oliveira - Examinador/ Interno

---

Dra. Maria Gabriela Haye Biazevic - Examinador/ Externo

---

Dra. Luciane Bresciani Salaroli - Suplente Interno

---

Dra. Ludmilla Barcellos Awad - Suplente Externo

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus e a toda espiritualidade amiga por vivenciar a experiência deste curso, que me permitiu amadurecer tanto intelectual quanto profissionalmente, e por ter passado ele em por um período de pandemia estando com saúde, onde tantas pessoas perderam a vida;

À minha mãe, pois tudo que sou foi sonhado, planejado, moldado e construído por ela;

Às amigadas especiais que o mestrado me proporcionou: Camila e Welen, pessoas incríveis que tive o prazer de conhecer nessa trajetória;

Ao meu noivo, Héglío, meu companheiro de vida, por ser minha inspiração como pessoa e como profissional;

À minha orientadora, professora Maria Helena Miotto, por todos os preciosos ensinamentos e por todo acolhimento e incentivo;

À equipe de funcionários e professores da Associação Brasileira de Odontologia (ABO-ES).

Nossa trajetória começou anos atrás, quando ingressei na pós-graduação em endodontia.

Minha sincera gratidão a todo o apoio e parceria que me ofereceram desde sempre.

“O conhecimento emerge apenas através da invenção e da reinvenção, através da inquietante, impaciente, contínua e esperançosa investigação que os seres humanos buscam no mundo, com o mundo e uns com os outros.”

(Paulo Freire)

## RESUMO

A dor de origem dental, provocada pelas doenças da polpa e do periápice, pode ocasionar afastamento de atividades sociais, escolares ou trabalhistas, causando sofrimento físico e psicológico, além de prejuízos financeiros, tendo assim um impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos. Frente a isto, o tratamento endodôntico mostra-se como uma opção terapêutica eficaz, de caráter conservador e capaz de devolver a função ao elemento dental. O objetivo do presente estudo foi analisar se a realização do tratamento endodôntico é capaz de promover melhoria na qualidade de vida. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo de intervenção não-controlada do tipo “antes e depois”, que analisou o impacto na qualidade de vida e fatores socioeconômicos associados, através da aplicação do questionário OHIP-14 antes e depois da realização do tratamento. Foi analisada uma amostra inicial composta por 312 participantes que procuraram atendimento na clínica de endodontia da ABO-ES, e uma amostra final composta por 148 participantes que finalizaram o tratamento endodôntico. A associação entre variáveis foi verificada pelo teste exato de Fisher, para avaliar a força da associação entre as variáveis, foi calculada a razão de chances (OR), para analisar o efeito das dimensões combinadas do instrumento OHIP-14, foi utilizado o teste de Mantel-Haenszel. A comparação do impacto no segundo momento em relação ao primeiro foi realizada através do teste não-paramétrico de Wilcoxon. Na amostra inicial, 87,8% dos indivíduos declararam impacto, sendo os domínios mais relatados: desconforto psicológico (76%) e dor física (67,3%). O perfil sociodemográfico dos participantes da primeira amostra foi de maioria feminina (63,1%), com idade de até 43 anos (51,6%), parda (45,5%), casada ou que vive com companheiro(a) (53,2%), residente no município de Serra (51,3%), que estudou por 13 anos ou mais (78,9%), pertencente às classes C/D/E (66%) e que utilizou o Sistema Único de Saúde (SUS) para ter acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses ou que não teve acesso (53,2%). Predileção de impacto esteve associada a indivíduos do sexo feminino, não-brancos, que vivem sem companheiro(a), que estudaram por 13 anos ou mais, pertencentes às classes C/D/E e que acessam serviços de saúde bucal através do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que não têm acesso. Já na amostra final, o perfil demográfico da população analisada foi de maioria feminina (59,5%), com idade de até 43 anos (53%), parda (45,3%), casada ou que vive com companheiro(a) (54,1%), residente no município de Serra (51,3%), que declarou ter estudado por 13 anos ou mais (83%), ser pertencente às classes C/D/E (62,9%) e ter utilizado serviços privados para ter acesso a serviços de saúde bucal nos

últimos 12 meses anteriores à pesquisa (54,1%). O impacto na qualidade de vida após a realização de tratamento endodôntico foi declarado por apenas 10 pessoas (6,8%), sendo que os domínios com maior impacto relatado após o tratamento foram desconforto psicológico (3,4%), dor física (3,4%) e incapacidade psicológica (3,4%). Foi possível observar a diminuição da frequência de impacto em todos os domínios analisados pelo OHIP-14, e também uma diminuição na frequência geral de 92,3% no período de um mês. Os achados deste estudo comprovam a capacidade do tratamento endodôntico em melhorar a qualidade de vida e podem orientar na criação de políticas públicas de saúde que visem aumentar o acesso à essa terapia de forma universal.

**PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, tratamento do canal radicular, saúde bucal.**



## ABSTRACT

Dental pain, caused by pulp and periapical diseases, can cause withdrawal from social, school or work activities, causing physical and psychological suffering, in addition to financial losses, thus having a negative impact on well-being and quality of life. individuals' lives. In view of this, endodontic treatment is shown to be an effective therapeutic option, of a conservative nature and capable of restoring function to the dental element. The aim of the present study was to analyze whether endodontic treatment is capable of promoting an improvement in quality of life. This is a prospective longitudinal study of uncontrolled intervention of the "before and after" type, which analyzed the impact on quality of life and associated socioeconomic factors, through the application of the OHIP-14 questionnaire before and after treatment. An initial sample composed of 312 participants who sought care at the endodontic clinic of ABO-ES was analyzed, and a final sample composed of 148 participants who completed endodontic treatment. The association between variables was verified by Fisher's exact test, to assess the strength of the association between the variables, the odds ratio (OR) was calculated, to analyze the effect of the combined dimensions of the OHIP-14 instrument, the test of Mantel-Haenszel. The comparison of the impact in the second moment in relation to the first was performed using the non-parametric Wilcoxon test. In the initial sample, 87.8% of the individuals declared impact, with the most reported domains being: psychological discomfort (76%) and physical pain (67.3%). The sociodemographic profile of the participants in the first sample was mostly female (63.1%), aged up to 43 years (51.6%), brown (45.5%), married or living with a partner (53.2%), residing in the municipality of Serra (51.3%), who studied for 13 years or more (78.9%), belonging to classes C/D/E (66%) and who used the Single System (SUS) to have access to oral health services in the last 12 months or who did not have access (53.2%). Impact predilection was associated with female individuals, non-white, living without a partner, who studied for 13 years or more, belonging to classes C/D/E and who access oral health services through the Unified System (SUS) or who do not have access. In the final sample, the demographic profile of the analyzed population was mostly female (59.5%), aged up to 43 years (53%), mixed race (45.3%), married or living with a partner. (54.1%), residing in the municipality of Serra (51.3%), who declared having studied for 13 years or more (83%), belonging to classes C/D/E (62.9%) and having used private services to access oral health services in the last 12 months prior to the survey (54.1%). The impact on quality of life after endodontic treatment

was reported by only 10 people (6.8%), and the domains with the greatest impact reported after treatment were psychological discomfort (3.4%), physical pain (3.4%) and psychological disability (3.4%). It was possible to observe a decrease in the impact frequency in all domains analyzed by the OHIP-14, and also a decrease in the general frequency of 92.3% in a period of one month. The findings of this study prove the ability of endodontic treatment to improve quality of life and can guide the creation of public health policies aimed at increasing universal access to this therapy.

**KEYWORDS: Quality of life, root canal treatment, oral health.**

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>ABEP</b>	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
<b>ABO-ES</b>	Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>OHIP</b>	Oral Health Impact Profile
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PNSB</b>	Política Nacional de Saúde Bucal
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UFES</b>	Universidade Federal do Espírito Santo

## LISTA DE TABELAS

### **ARTIGO 1 – IMPACTO PSICOSSOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADO À NECESSIDADE DE TRATAMENTO ENDODÔNTICO**

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes de endodontia da ABO-ES, 2022. ....	48
Tabela 2 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022. ....	50
Tabela 3 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico, segundo o sexo, 2022. ....	51
Tabela 4 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a faixa etária, 2022. ....	52
Tabela 5 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a raça/cor, 2022. ....	53
Tabela 6 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo o estado civil, 2022. ....	55
Tabela 7 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a escolaridade, 2022. ....	56
Tabela 8 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a condição socioeconômica, 2022. ....	58
Tabela 9 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo tipo de acesso a serviços odontológicos, 2022. ....	59

## **ARTIGO 2 – MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO ENDODÔNTICO**

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes de endodontia da ABO-ES, 2022. ....	77
Tabela 2 - Impacto na qualidade de vida antes da realização de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022.....	79
Tabela 3- Impacto na qualidade de vida após a realização de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022.....	80
Tabela 4 - Impacto na qualidade de vida antes e após a realização de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022.....	81

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA/REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>17</b>
2.1	QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL.....	17
2.2	O INDICADOR OHIP COMO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL .....	20
2.3	A DOR DENTÁRIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA .....	24
2.4	O TRATAMENTO ENDODÔNTICO COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA CONSERVADORA E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA .....	27
2.5	O TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL .....	31
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>35</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	35
3.2	OBJETIVO DO ARTIGO 1 .....	35
3.3	OBJETIVO DO ARTIGO 2 .....	35
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>	<b>36</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO .....	36
<b>4.1.1</b>	<b>Artigo 1.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1.2</b>	<b>Artigo 2.....</b>	<b>36</b>
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	36
4.3	POPULAÇÃO .....	37
<b>4.3.1</b>	<b>Tamanho da Amostra .....</b>	<b>37</b>
4.3.1.1	Artigo 1 .....	37
4.3.1.2	Artigo 2 .....	37
<b>4.3.2</b>	<b>CrITÉrios de Inclusão.....</b>	<b>38</b>
<b>4.3.3</b>	<b>CrITÉrios de Exclusão.....</b>	<b>38</b>
4.4	COLETA DE DADOS.....	38
4.5	VARIÁVEIS DEPENDENTES .....	39
<b>4.5.1</b>	<b>Artigo 1.....</b>	<b>39</b>

<b>4.5.2</b>	<b>Artigo 2</b> .....	<b>39</b>
4.6	VARIÁVEIS INDEPENDENTES .....	40
<b>4.6.1</b>	<b>Artigos 1 e 2</b> .....	<b>40</b>
4.7	ANÁLISE DE DADOS .....	41
4.8	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>42</b>
5.1	PROPOSTA DE ARTIGO 1.....	42
<b>5.1.1</b>	<b>Resumo</b> .....	<b>42</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Abstract</b> .....	<b>43</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Introdução</b> .....	<b>44</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Material e Métodos</b> .....	<b>46</b>
<b>5.1.5</b>	<b>Resultados</b> .....	<b>48</b>
<b>5.1.6</b>	<b>Discussão</b> .....	<b>61</b>
<b>5.1.7</b>	<b>Conclusão</b> .....	<b>66</b>
<b>5.1.8</b>	<b>Referências</b> .....	<b>67</b>
5.2	PROPOSTA DE ARTIGO 2.....	71
<b>5.2.4</b>	<b>Resumo</b> .....	<b>71</b>
<b>5.2.5</b>	<b>Abstract</b> .....	<b>72</b>
<b>5.2.6</b>	<b>Introdução</b> .....	<b>73</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Material e Métodos</b> .....	<b>75</b>
<b>5.2.5</b>	<b>Resultados</b> .....	<b>77</b>
<b>5.2.6</b>	<b>Discussão</b> .....	<b>82</b>
<b>5.2.7</b>	<b>Conclusão</b> .....	<b>86</b>
<b>5.2.8</b>	<b>Referências</b> .....	<b>87</b>
5.3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
	<b>REFERÊNCIAS DO ESTUDO</b> .....	<b>92</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>100</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA</b>	<b>104</b>
	<b>ANEXO A – PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL (OHIP-14)</b> .....	<b>107</b>
	<b>ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b>	<b>108</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dor de dente é considerada um problema de saúde pública e um preditor para atendimento odontológico com forte associação com a qualidade de vida (KUHNE et al., 2009). Devido a dor, há o comprometimento das atividades diárias, tais como: diminuição das horas de sono, não realização de atividades de lazer, restrições alimentares, desordens psicológicas relacionadas com a diminuição da autoestima e perda de dias de aprendizagem na escola e/ou no trabalho (SHEPHERD; NADANOVSKY; SHEIHAM 1999; GOÉS et al., 2007). Assim, a dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano e acarreta, por conseguinte, um dramático efeito para a sociedade devido ao elevado custo do tratamento e ao custo das horas perdidas no processo produtivo (MACFARLANE et al., 2002).

As odontalgias são causadas principalmente por cáries, restaurações profundas ou defeituosas, além de traumas (HARGREAVES; COHEN; BERMAN, 2011). Diversos outros fatores têm sido associados à ocorrência da dor dentária, dentre eles, fatores socioeconômicos, demográficos, psicológicos, étnicos, culturais e padrões de acesso/uso dos serviços odontológicos (NOMURA; BASTOS; PERES, 2004). Devido ao fracasso em manejar os determinantes sociais para incorporar saúde bucal dentro da promoção de saúde geral, milhões de pessoas sofrem de dor de dente, têm uma qualidade de vida ruim e alta prevalência de dentes perdidos (SHEIHAM, 2005).

Aproximadamente 85% de todas as urgências odontológicas ocorrem em consequência de uma patologia pulpar ou periapical, que exige um tratamento endodôntico ou a extração do dente para o alívio dos sintomas (HARGREAVES; COHEN; BERMAN, 2011). Neste cenário, o tratamento endodôntico mostra-se como uma alternativa terapêutica altamente eficaz na eliminação da dor, com uma taxa de sucesso variando entre 70% e 95% (WEIGER; AXMANN-KRCMAR; LM, 2007) e de valioso caráter conservador, promovendo a preservação da dentição, devido à alta taxa de retenção dentária (86,25%) após um período de acompanhamento de 20 anos (MARESCHI; TASCHIERI; CORBELLA, 2020).

Apesar dos objetivos clínicos primários de eliminação da dor e infecção, o objetivo a longo prazo do tratamento endodôntico é a preservação de uma dentição natural, incluindo a



função e a saúde bucal. Consequentemente, a saúde endodôntica pode ser definida como a ausência de quaisquer sintomas, mantendo todas as funções dentais (GLICK et al., 2016). A avaliação do sucesso do tratamento endodôntico é baseada, principalmente, no exame radiográfico pós-tratamento e na remissão ou ausência de sintomatologia clínica. Critérios clínicos e radiográficos referentes ao sucesso do tratamento são bem conhecidos e amplamente utilizados pelos profissionais, em contrapartida, pouco se sabe sobre a perspectiva dos pacientes sobre a doença perirradicular, seu tratamento e o impacto deste na sua qualidade de vida (DUGAS et al., 2002).

Apesar do reconhecimento da importância dos aspectos sociais, econômicos e psicológicos na determinação da doença, a Odontologia continua empregando, quase que exclusivamente, índices biológicos na avaliação e determinação das necessidades de tratamento e elaboração de programas de saúde bucal (GOMES; ABEGG, 2007). Uma das limitações desses índices biológicos é o fato de não considerarem a percepção subjetiva do indivíduo em relação à saúde bucal e não avaliarem a maneira como a saúde bucal afeta sua vida diária (PRADO et al., 2015). Nesse sentido, o uso de indicadores sociodontais, baseados na autopercepção dos indivíduos, oferece vantagens importantes para o planejamento e a provisão dos serviços odontológicos, com a mudança da ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (BENNADI; REDDY, 2013).

Na prática clínica, a percepção do paciente sobre a sua saúde bucal e o conhecimento dos fatores que motivam estas percepções são de grande importância. Estas informações podem auxiliar na elaboração do planejamento e tratamento necessário para melhorar a saúde bucal do indivíduo, possibilitando, também, uma melhor qualidade de vida (BÖNECKER; ABANTO, 2014). Compreender os fatores que afetam a percepção sobre a saúde bucal e qualidade de vida, pode mudar a Odontologia e desenvolver estratégias que ajudem a superar obstáculos no acesso aos serviços odontológicos. Do ponto de vista epidemiológico, a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal pode auxiliar na elaboração e/ou modificação de políticas de saúde pública, destinando os recursos humanos, técnicos e econômicos levando em conta a percepção da própria população (BÖNECKER; ABANTO, 2014).

Um dos instrumentos mais utilizados para este propósito é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP), criado por Slade e Spencer em 1994, que

apresenta boas qualidades psicométricas e permite medir a autopercepção das consequências inerentes às condições orais. O OHIP em sua versão original, é um questionário formado por 49 perguntas que avaliam a autopercepção do indivíduo sobre os impactos da saúde bucal em sua qualidade de vida. O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência (SLADE; SPENCER, 1994). As respostas são dadas de acordo com uma escala codificada como: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído, pior é a autopercepção do impacto (SLADE; SPENCER, 1994). Em 1997, foi desenvolvida uma versão abreviada, com 14 itens, mantendo as sete dimensões existentes. As 14 questões foram efetivas para revelar as mesmas associações com fatores clínicos e sociodemográficos observados na utilização do instrumento original (SLADE, 1997).

Atualmente o OHIP-14 é um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar o impacto biopsicossocial da doença bucal, com pelo menos 7 versões linguísticas e culturais, apresentando como principais vantagens: diversos domínios, instrumento breve, de rápida administração e cotação, apresenta valores de corte, permitindo avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos numa única administração. Acrescenta-se ainda que os itens resultam do contributo de pacientes, e não somente de investigadores, aumentando a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas como importantes pelos pacientes (SLADE, 1997).

Estudos demonstraram que a realização do tratamento endodôntico tem impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo nas áreas da dor física, do desconforto psicológico e da incapacidade psicológica. (DUGAS et al., 2002; HAMASHA; HATIWSH, 2013; LIU; MCGRATH; CHEUNG 2014; DINIZ-DE-FIGUEIREDO et al. 2020; HE et al., 2017). Considerando a necessidade de evidenciar a importância da formulação de estratégias que visem o acesso universal à terapia endodôntica a fim de promover melhoria na qualidade de vida da população, faz-se necessário a realização de mais estudos sobre a relação entre qualidade de vida e tratamento endodôntico. Assim, o objetivo deste trabalho foi analisar o impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA/REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 QUALIDADE DE VIDA, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

A compreensão sobre qualidade de vida lida com inúmeros campos do conhecimento humano: biológico, social, político, econômico, médico, entre outros, numa constante interrelação. Por ser uma área de pesquisa recente, encontra-se em processo de afirmação de fronteiras e conceitos (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Apesar da multiplicidade de conceitos, é possível estabelecer elementos para pensar na qualidade de vida enquanto fruto de indicadores ou esferas objetivas (sociais) e subjetivas, a partir da percepção que os sujeitos constroem em seu meio (BARBOSA, 1998). A esfera objetiva de percepção da qualidade de vida lida com a garantia e satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Essa perspectiva lida com as possibilidades de consumo e utilização de bens materiais concretos e por isso, independe da interpretação do sujeito perante sua própria vida. Tal análise, se feita isoladamente, pode levar a uma generalização dos grupos em questão, pois suas particularidades históricas e culturais não são consideradas. Assim, os instrumentos indicadores de caráter objetivo, desconsideram a multiculturalidade da sociedade contemporânea, e podem acabar adotando referenciais hegemônicos como parâmetros avaliativos (GONÇALVES; VILARTA, 2004).

Cada sociedade estabelece culturalmente seu padrão de vida e isso direciona as formas de expectativa e níveis de satisfação dos indivíduos que a compõem (MINAYO; HARTZ;

BUSS, 2000). Essa percepção exerce influência sobre o que é e o que não é uma boa qualidade de vida. O grau de satisfação dos sujeitos com suas realizações pessoais, assim como os bens materiais obtidos, varia de acordo com o padrão de sua sociedade, e, de forma mais profunda, com seus valores pessoais. Assim, a análise da qualidade de vida sob o aspecto subjetivo considera variáveis históricas, sociais, culturais e de interpretação individual sobre as condições de bens materiais e de serviços do sujeito, considerando, inclusive, questões imensuráveis como prazer, felicidade, angústia e tristeza (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

De acordo com o estabelecido pela Organização Mundial da Saúde em 1958, a ênfase do conceito de saúde deslocou-se da ausência de doenças e enfermidades para “um estado completo de bem-estar físico, mental e social” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1960). A ampla dimensão da saúde e sua relação com diversos aspectos positivos e negativos da vida permitem distintas formas de avaliação, levando indivíduos com a mesma morbidade a manifestarem diferentes níveis de saúde e de bem-estar físico e emocional. Baseado nessas questões e na multidimensionalidade da qualidade de vida, surgiu o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde (GUYATT; FEENY; PATRICK, 1993).

A qualidade de vida relacionada à saúde refere-se à percepção do indivíduo sobre a condição de sua vida diante da enfermidade e as consequências e os tratamentos referentes a ela, ou seja, como a doença afeta sua condição de vida útil. A medição dessa percepção é bastante subjetiva, por causa da dificuldade que o indivíduo tem de relacionar sua disfunção às múltiplas dimensões de sua vida (QUEIROZ; PACE; SANTOS, 2009). No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor é possível identificar interesse crescente pela avaliação da qualidade de vida. Assim, informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995).

A saúde bucal é parte integrante da saúde geral e essencial para o bem-estar dos indivíduos. Implica estar livre de dores, doenças e distúrbios que afetem o complexo craniofacial, e sendo assim, a saúde bucal é um fator determinante para a qualidade de vida (PETERSEN, 2003). Devido ao fato de o complexo craniofacial ser responsável no nível biológico básico pela proteção contra infecções sistêmicas, mastigação e deglutição e, no

nível mais social e psicológico, pela autoestima, autoexpressão, comunicação e estética facial, podemos considerar que a saúde bucal afeta as pessoas física e psicologicamente e influencia na forma como elas crescem, aproveitam a vida, parecem, falam, mastigam, saboreiam os alimentos e se socializam, bem como em seus sentimentos de bem-estar social (LOCKER, 1997).

As doenças bucais são importantes problemas de saúde pública. Seu impacto é considerável, e não apenas de ordem física, mas também econômica, social e psicológica, ocasionando dor e sofrimento, comprometimento funcional e redução da qualidade de vida (PETERSEN, 2003). Nesse cenário, surge o conceito de qualidade de vida relacionada à saúde bucal, que refere-se ao impacto que as condições bucais têm nas atividades diárias, bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos. Tal conceito remete a avaliação da saúde bucal por meio de métodos que incluem ambos os aspectos, clínicos objetivos e subjetivos, em relação ao impacto das condições de saúde/doença nas atividades físicas e psicossociais. Em função desses aspectos, os instrumentos de mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde bucal devem considerar a perspectiva das pessoas e das populações e não se restringir apenas à perspectiva de profissionais de saúde e pesquisadores. (BÖNECKER; ABANTO, 2014).

Na prática clínica, a percepção do paciente sobre a sua saúde bucal e o conhecimento dos fatores que motivam estas percepções são de grande importância. Estas informações podem auxiliar na elaboração do planejamento e tratamento necessário para melhorar a saúde bucal do indivíduo, possibilitando, também, uma melhor qualidade de vida (BÖNECKER; ABANTO, 2014). Compreender os fatores que afetam a percepção sobre a saúde bucal e qualidade de vida pode mudar a Odontologia e desenvolver estratégias que ajudem a superar obstáculos no acesso aos serviços odontológicos. Do ponto de vista epidemiológico, a avaliação da qualidade de vida pode auxiliar na elaboração e/ou modificação de políticas de saúde pública, destinando os recursos humanos, técnicos e econômicos levando em conta a percepção da própria população (BÖNECKER; ABANTO, 2014).

## 2.2 O INDICADOR OHIP COMO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL

Apesar de reconhecer a importância de aspectos sociais e psicológicos na determinação do processo saúde/doença, a Odontologia continua empregando predominantemente índices biológicos na avaliação e determinação das necessidades de tratamento e apreciação de programas de saúde bucal. No entanto, tais índices não consideram a percepção subjetiva do indivíduo e não avaliam a maneira como a saúde bucal afeta a vida diária (GOMES, 2007). A autopercepção da condição de saúde bucal não substitui o exame clínico do paciente, mas permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição de saúde bucal do indivíduo (BIAZEVIC; ARAUJO; MICHEL-CROSATO, 2002). Enquanto o cirurgião-dentista avalia a condição de saúde com base na ausência ou na presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e aos problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença (PINTO, 2000).

Nesse sentido, o uso de indicadores sociodentais, baseados na autopercepção do paciente, oferece vantagens importantes para avaliar o impacto das condições bucais no bem-estar (SLADE; SPENCER, 1994), os resultados de tratamentos clínicos (LOCKER, 2004) e o planejamento e a provisão dos serviços odontológicos (SHEIHAM, 2000), com a mudança da ênfase de aspectos puramente biológicos para aspectos psicológicos e sociais (BENNADI; REDDY, 2013).

Um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP), criado por Slade e Spencer em 1994, que apresenta boas qualidades psicométricas e permite medir a autopercepção das consequências inerentes às condições orais (SLADE; SPENCER, 1994). O modelo conceitual em que os autores se basearam para identificar os domínios conceituais do instrumento foi o modelo teórico de saúde bucal de Locker (1988), que foi elaborado com base na Classificação Internacional de Danos, Limitações e Incapacidades da Organização Mundial da Saúde. O modelo conecta de forma linear os conceitos de doença, deficiência, limitação funcional, incapacidade e desvantagem social, permitindo que a análise do impacto dos problemas bucais sobre a vida das pessoas seja realizada de forma progressiva, do nível biológico para o comportamental e deste para o social.

O OHIP em sua versão original, é um questionário formado por 49 perguntas que avaliam a autopercepção do indivíduo sobre os impactos da saúde bucal em sua qualidade de vida. O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. A dimensão limitação funcional inclui perguntas sobre dificuldade para falar e piora no sabor dos alimentos; na dimensão dor física, pergunta-se sobre a sensação de dor e incômodo para comer; em desconforto psicológico, as perguntas referem-se à preocupação e ao estresse pela condição bucal. O prejuízo na alimentação e a necessidade de ter que parar de se alimentar são os quesitos da dimensão incapacidade física, enquanto que na incapacidade psicológica as perguntas referem-se à dificuldade para relaxar e ao sentimento de vergonha em função da condição bucal. A dimensão incapacidade social inclui perguntas sobre irritação com terceiros e dificuldade de realizar atividades da rotina diária por causa da condição bucal; e as perguntas que compõem a dimensão deficiência busca saber se há a percepção de que a vida tenha piorado e se a pessoa se sentiu totalmente incapaz de desenvolver suas atividades rotineiras. As respostas são dadas de acordo com uma escala Lickert codificada como: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído, pior é a autopercepção do impacto (SLADE; SPENCER, 1994).

Em 1997, foi desenvolvida uma versão abreviada do OHIP, com 14 itens, mantendo as sete dimensões existentes. As 14 questões foram efetivas para revelar as mesmas associações com fatores clínicos e sociodemográficos observados na utilização do instrumento original (SLADE, 1997). Para que o instrumento pudesse ser aplicado no Brasil, o OHIP-14 teve sua validação realizada em 2005. Foi realizado um estudo transversal a fim de analisar o impacto da dor de dente na qualidade de vida de gestantes com uma amostra que incluiu 504 participantes. Os autores concluíram que a versão brasileira do OHIP-14 possui boas propriedades psicométricas similares às do instrumento original (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). Atualmente o OHIP-14 é um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar o impacto biopsicossocial da doença bucal, com pelo menos 7 versões linguísticas e culturais, apresentando como principais vantagens: diversos domínios, instrumento breve, de rápida administração e cotação, apresenta valores de corte, permitindo avaliar a gravidade, extensão e prevalência dos impactos negativos numa única administração. Acrescenta-se ainda que os itens resultam do contributo de pacientes, e não somente de

investigadores, aumentando a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas como importantes pelos pacientes (SLADE, 1997).

Diferentes métodos já foram propostos para analisar as respostas obtidas pelo questionário. No método da adição, os escores numéricos de todas as respostas são somados, independentemente da frequência de cada tipo de escore (ou seja, não importa o número de respostas com escore baixo, que indica pouco impacto, ou alto, que indica grande impacto). Quanto mais alto for o valor resultante da soma, pior é o impacto da condição autorrelatada (ALLEN; LOCKER, 1997). Esse procedimento permite uma avaliação em termos de severidade (SLADE et al., 2005). No método da simples contagem, é computado, para cada respondente, o número de vezes em que aparecem os códigos 3 ou 4 ("frequentemente" e "sempre", respectivamente) (ALLEN; LOCKER, 1997). Isso reflete o número dos impactos funcionais e psicossociais mais graves, experimentados em um período regular. A simples contagem é indicada quando se deseja definir a extensão do problema. A fim de verificar se os impactos são crônicos ou apenas transitórios, a análise pode focar o que se denomina de "casos", ou seja, os itens classificados como "frequentemente" ou "sempre" por determinados grupos (SLADE et al., 2005). Há ainda o método da atribuição de pesos, no qual os códigos das respostas são multiplicados pelos pesos das mesmas e a seguir são somados, gerando um valor ponderado. Contudo, há sugestão, na literatura, de que o uso de valores não ponderados não compromete o desempenho do OHIP (ALLEN; LOCKER, 1997).

De modo geral, os estudos que usaram o instrumento OHIP afirmam que fatores como perda dental, edentulismo, distribuição dos dentes nas arcadas dentais, problemas mastigatórios e próteses mal adaptadas impactam negativamente na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (BIAZEVIC et al., 2004; SILVA et al., 2007; GAGLIARDI; SLADE; SANDERS, 2008; MARIÑO et al., 2008). Em relação às variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, a melhor autopercepção de saúde bucal se associa às situações econômicas e de escolaridade mais favoráveis. Também há maior procura por serviços odontológicos privados para intervenções preventivas e o uso regular de procedimentos de higiene bucal por parte daqueles com melhor autopercepção de saúde bucal (MESQUITA; VIEIRA, 2009).

Ng e Leung (2006) associaram o impacto periodontal e sua relação com a qualidade de vida utilizando o OHIP-14 e encontraram associações significativas entre perda de inserção



periodontal em cinco (entre sete) dos domínios conceituais do questionário (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico e incapacidade física e psicológica). Além disso, experiências de alterações na gengiva, como edemas, dor ou retração, mobilidade dentária, halitose e dor de dente também foram associadas ao aumento do impacto negativo na qualidade de vida. Já Choi et al. (2015) associaram maloclusão e qualidade de vida em 429 adultos jovens coreanos sem tratamento ortodôntico, o controle de fatores sociodemográficos e doenças orais comuns, utilizando o OHIP-14 e verificaram que a maloclusão é um fator associado à baixa qualidade de vida causada pela função oral limitada, dor e incapacidade social.

Em um estudo realizado por Chapelin, Barcellos e Miotto (2008), foi avaliado o efeito do tratamento odontológico municipal na redução do impacto produzido por problemas bucais na qualidade de vida dos usuários, utilizando o instrumento OHIP-14 em um grupo de 100 indivíduos. A efetividade do tratamento odontológico foi observada com a redução do impacto em indivíduos que tiveram tratamento odontológico concluído, melhorando a qualidade de vida dos usuários.

Assim, considera-se que o instrumento OHIP-14 consiste num importante auxiliar na exploração das necessidades em saúde oral e na elaboração de estratégias que permitam reduzir o desenvolvimento de doenças e promover a saúde oral com impacto positivo na qualidade de vida (GABARDO; MOYSES; MOYSES, 2013).

### 2.3 A DOR DENTÁRIA E SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

A dor é definida, segundo a Associação Internacional de estudo da dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual potencial ou real (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 2011). A prevalência das condições dolorosas é alta e crescente. A maior longevidade dos indivíduos decorrente de novos hábitos de vida e do prolongamento da sobrevivência das pessoas são alguns dos aspectos apontados como responsáveis pelo aumento dos registros de dor (TEIXEIRA, 2003).

As odontalgias são causadas principalmente por cáries, restaurações profundas ou defeituosas, além de traumas (HARGREAVES; COHEN; BERMAN, 2011). A polpa dental, diante de um fator agressor, apresenta reações inflamatórias ou degenerativas. Estas dependem do tipo, da frequência e da intensidade do agente irritante, assim como da resposta imune do indivíduo. De acordo com a intensidade do agente agressor e com a resposta imune, alterações inflamatórias poderão acometer o tecido pulpar e provocar dor intensa. Quando não tratado, o quadro poderá evoluir para a necrose, que consiste na completa cessação dos processos metabólicos do tecido pulpar e, caso a polpa necrosada não seja removida, os produtos tóxicos bacterianos e da decomposição tecidual vão agredir os tecidos periapicais. Se as células de defesa não conseguem combater a contaminação bacteriana do canal radicular, há exacerbação do quadro e o processo infeccioso torna-se agudo, purulento ou exsudativo, denominado de abscesso dentoalveolar. Esse quadro clínico também demanda tratamento de urgência por conta da presença de dor intensa (LEONARDI et al., 2011).

Diversos outros fatores têm sido associados à ocorrência da dor dentária. Dentre eles fatores socioeconômicos, demográficos, fatores psicológicos, étnicos, culturais e padrões de acesso/uso dos serviços odontológicos. Indivíduos com piores condições socioeconômicas apresentam piores condições de vida e, possivelmente, apresentam maior número de agravos à saúde bucal, dentre eles, a dor de dente (NOMURA; BASTOS; PERES, 2004). O Brasil é frequentemente referido como um país detentor de altos índices de prevalência de doenças bucais, em particular a cárie dentária e a doença periodontal. Trata-se de um país com um quadro de morbi-mortalidade típico de países com grandes desigualdades sociais e, portanto,

com alta concentração de renda, em conjunto com uma atuação inexpressiva do Estado no combate a essas desigualdades (RONCALLI, 2011).

A prevalência de dor de dente na população adulta brasileira em 2003 era de 34,8% (BRASIL, 2004). Já dados do inquérito SB Brasil 2010 mostram que 27,0% dos adultos de 35 a 44 anos referiram ter sofrido de dor de dente nos seis meses anteriores à pesquisa (BRASIL, 2011). Em um estudo realizado por Miotto, Barcellos e Lopes em 2013, com adultos trabalhadores no município de Linhares (ES), a prevalência de dor dentária entre os participantes foi de 46,7%. Resultado semelhante ao de outro estudo realizado com adultos trabalhadores no município de Venda Nova do Imigrante (ES), onde a prevalência de dor dentária entre os participantes foi de 42,4%. Constatou-se que a dor foi suficientemente importante para afastar do trabalho 10% dos participantes da pesquisa nos últimos seis meses e que 23,6% faltaram ao trabalho devido a dor de dente. Também, 50% dos participantes deste estudo relataram trabalhar com dor dentária, podendo ter perda da concentração no trabalho e outras consequências, desde diminuição na produtividade até a ocorrência de acidentes ocupacionais (MIOTTO; SILOTTI; BARCELLOS, 2012).

De acordo com Guerra et al. (2014), a dor é o motivo principal que leva os adultos à procura de atendimento odontológico, e usualmente esses indivíduos usam de forma esporádica tal serviço, apenas quando apresentam sintomatologia. Em um estudo realizado com adultos no estado de São Paulo, os indivíduos com histórico de dor de dente possuíam 1,6 mais chances de procurarem o serviço público quando comparados com os indivíduos que não possuíam histórico de dor de dente (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2020). Miotto, Silotti e Barcellos (2012) relataram que 55,6% dos indivíduos que procuraram atendimento odontológico por dor dentária, optaram pelo serviço público e 44,4% procuraram atendimento particular.

A dor de dente é considerada um problema de saúde pública e um preditor para atendimento odontológico com forte associação com a qualidade de vida (KUHNNEN et al., 2009). Devido ao fracasso em manejar os determinantes sociais para incorporar saúde bucal dentro da promoção de saúde geral, milhões de pessoas sofrem dor de dente, têm uma qualidade de vida ruim e alta prevalência de dentes perdidos (SHEIHAM, 2005). Também em decorrência de agravos bucais, há o comprometimento das atividades diárias, tais como: diminuição das horas de sono, não realização de atividades de lazer, restrições alimentares,

desordens psicológicas relacionadas com a diminuição da autoestima e perda de dias e de aprendizagem na escola e/ou no trabalho. Essas implicações podem estar diretamente associadas à presença de dor de dente (SHEPHERD; NADANOVSKY; SHEIHAM, 1999; GOES et al., 2007). Em um estudo realizado por Queiroz et al. (2019), houve associação estatisticamente significativa entre dor de dente e pior qualidade de vida em cinco dos sete domínios do OHIP-14: desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência.

Assim, a dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano. Acarreta, por conseguinte, um dramático efeito para a sociedade no elevado custo do tratamento e no custo das horas perdidas no processo produtivo (MACFARLANE et al., 2002).

## 2.4 O TRATAMENTO ENDODÔNTICO COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA CONSERVADORA E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

A terapia endodôntica refere-se ao diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e lesões da polpa e condições perirradiculares associadas (AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS, 2020). As áreas de intervenção da endodontia são vastas e incluem a terapia pulpar vital, procedimentos endodônticos regenerativos, tratamento endodôntico convencional, retratamento endodôntico e cirurgia paraendodôntica. O seu objetivo principal é a preservação da dentição natural funcional (CONRAD et al., 2020).

Aproximadamente 85% de todas as urgências odontológicas ocorrem em consequência de uma patologia pulpar ou periapical, que exige um tratamento endodôntico ou a extração do dente para o alívio dos sintomas (HARGREAVES; COHEN; BERMAN, 2011). Neste cenário, o tratamento endodôntico mostra-se como uma alternativa terapêutica altamente eficaz na eliminação de dor, com uma taxa de sucesso variando entre 70% e 95% (WEIGER; AXMANN-KRCMAR; LM, 2007). A chance de dentes sem periodontite apical permanecerem livres da doença após o tratamento inicial ou retratamento é 92% a 98%. Já a chance de sucesso em dentes com periodontite após o tratamento inicial ou retratamento é de 74% a 86% (FRIEDMAN; MOR, 2004).

O tratamento endodôntico também possui valioso caráter conservador, promovendo a preservação da dentição, devido à alta taxa de retenção dentária a longo prazo. Chen et al. (2007), em Taiwan, analisaram 1.557.547 dentes submetidos a endodontia e relataram uma taxa de retenção de 92,9% 5 anos após a realização do tratamento. Um estudo conduzido por Salehrabi e Rotstein, em 2004 numa população dos EUA utilizando um banco de dados de cerca de 1.462.936 dentes tratados endodonticamente, indicou uma taxa de retenção dental de 97% após oito anos (SALEHRABI; ROTSTEIN, 2004). Já Mareschi, Taschieri e Corbella (2020), na Itália, realizaram um estudo retrospectivo analisando 2.679 dentes tratados endodonticamente, relataram que a taxa de retenção dentária foi muito alta (86,25%) mesmo após um período de acompanhamento de 20 anos.

Diante disto, atualmente, no Brasil, a extração dental caracteriza-se como opção terapêutica mutiladora que reproduz as desigualdades sociais existentes, sendo ainda uma

prática contemporânea e cotidiana para o alívio da dor em populações de baixo nível socioeconômico (VARGAS; PAIXÃO, 2005). Por consequência, a mutilação dentária, resultado da perda dos dentes, acaba por impor às pessoas mudanças físicas, biológicas e emocionais (FERREIRA et al., 2006) com impacto negativo sobre sua qualidade de vida (VARGAS; PAIXÃO, 2005).

No estudo de Gatten et al. (2011) foi relatado de forma unânime pelos participantes que a manutenção do elemento dentário contribuindo para um sorriso saudável é importante e demonstra colaborar para a saúde em geral. Em uma pesquisa realizada por Sousa, Veloso e Queiroga com pacientes atendidos em uma unidade de saúde do município de João Pessoa, 62% dos entrevistados optariam pela realização do tratamento endodôntico, para permanecerem com o elemento dentário sadio e presente na cavidade oral ao invés de realizarem a exodontia (SOUZA; VELOSO; QUEIROGA, 2012). Já em um estudo realizado no estado de São Paulo, 6,1% dos adultos que procuraram o dentista necessitavam de tratamento endodôntico. Entre os adultos que buscaram o atendimento no serviço público, 53,3% necessitavam de tratamento endodôntico, assim também constatou-se uma associação entre a necessidade de tratamento endodôntico e o uso de serviço odontológico público por adultos (FONSECA; FONSECA; MENEGHIM, 2020).

Novas técnicas têm sido desenvolvidas dentro da endodontia com a finalidade de agilizar e facilitar o tratamento, assim, para a execução de todas as etapas, a terapia pode ser realizada em uma ou múltiplas sessões, dependendo da complexidade do caso. Moreira et al. (2017) em sua revisão sistemática destacam que os resultados da sessão única são semelhantes aos resultados alcançados com o tratamento tradicional de múltiplas sessões, em relação a taxa de cura, independente da condição pré-existente da polpa.

O desfecho favorável dos dentes tratados endodonticamente acontece quando o elemento volta a fazer parte da oclusão, tendo a sua função mastigatória restabelecida. Para que isso ocorra é necessário que a reconstrução coronária seja realizada em um menor tempo possível, para que se consiga preservar os elementos dentais. Torabinejad e Kettering (1990) relataram que os dentes tratados endodonticamente que recebiam uma adequada restauração tinham maior taxa de sucesso no resultado final do tratamento, quando comparados aos dentes com restaurações deficientes.

Apesar dos objetivos clínicos primários de eliminar a dor e a infecção, o objetivo a longo prazo do tratamento endodôntico é a preservação de uma dentição natural, incluindo a função e a saúde bucal. Conseqüentemente, a saúde endodôntica pode ser definida como a ausência de quaisquer sintomas, mantendo todas as funções dentais (GLICK et al., 2016). A avaliação do sucesso do tratamento é baseada, principalmente, no exame radiográfico pós-tratamento e na remissão ou ausência de sintomatologia clínica. Critérios clínicos e radiográficos referentes ao sucesso do tratamento são bem conhecidos e amplamente utilizados pelos profissionais, em contrapartida, pouco se sabe sobre a perspectiva dos pacientes sobre a doença perirradicular, seu tratamento e o impacto deste na sua qualidade de vida (DUGAS et al., 2002).

Estudos demonstraram que a realização do tratamento endodôntico tem impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo nas áreas da dor física, do desconforto psicológico e da incapacidade psicológica. (DUGAS et al., 2002; HAMASHA; HATIWSH, 2013; LIU; MCGRATH; CHEUNG 2014; DINIZ-DE-FIGUEIREDO et al. 2020; HE et al., 2017). Recente revisão sistemática foi conduzida no sentido de determinar a qualidade de vida antes e após o tratamento endodôntico (NEELAKANTAN, 2019). A busca inicial resultou em 415 artigos, evidenciando o interesse crescente a respeito do tema endodontia e qualidade de vida. Os resultados da revisão sistemática trazem suporte a evidência de que há uma melhora substancial na qualidade de vida após a terapia endodôntica.

Liu, McGrath e Cheung (2014), realizaram um estudo na China analisando 279 pacientes, onde houve uma comparação dos índices obtidos pelo instrumento OHIP-14 antes do tratamento, um mês depois da realização do tratamento e 6 meses após o término. Foi constatado que todos os sete domínios do OHIP-14 apresentaram melhora significativa nas pontuações após o tratamento e que a pontuação melhorou 40% em um mês e 50% em seis meses. Diniz-de-Figueiredo et al. (2020), conduziram um estudo com 120 participantes que avaliou o impacto de dois protocolos de tratamento endodôntico na qualidade de vida. Foi aplicado o questionário OHIP-14 antes do tratamento, 6 meses depois e 12 meses após a finalização. Os dentes foram preparados com limas manuais e obturados com a técnica de compactação lateral ou foram instrumentados com uma única lima em movimento rotatório e obturados com uma técnica de cone único. Como resultado, ambos os protocolos aumentaram significativamente a qualidade de vida dos pacientes, independentemente do tempo de acompanhamento.

Outros autores, como Dugas et al. (2002) na Austrália, realizaram uma seleção de 17 questões do questionário OHIP-49 para avaliar o impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida. Em um estudo com 119 pacientes com idades entre 25 e 40 anos, constatou-se que os participantes relataram fatores pré-operatórios como dor e distúrbios do sono impactando a qualidade de vida, que melhoraram após a realização do tratamento endodôntico. Hamasha e Hatwish (2013), na Jordânia, também utilizaram o questionário OHIP-17 validado por Dugas et al. para avaliar o impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida em 340 adultos com idades entre 18-60 anos, aplicando o questionário antes da realização do tratamento e duas semanas após. Foi constatado que mais de 90% dos participantes relataram melhora na dor, problemas com a alimentação e dificuldades para dormir e relaxar após a realização do tratamento endodôntico.

Um estudo conduzido por He et al. (2017) realizou retratamento endodôntico em 63 pacientes aplicando o instrumento OHIP-17 para mensuração da qualidade de vida antes do tratamento e durante o acompanhamento pós-operatório que ocorreu em 6, 12 e 24 meses. Este estudo mostrou que os valores relativos à qualidade de vida melhoraram significativamente ao longo do tempo, sendo que a maior melhoria ocorreu uma semana após a finalização do tratamento. Leong e Yap (2020) também mencionam que apesar da escassez de estudos clínicos bem desenhados, os estudos atuais mostraram que o tratamento endodôntico melhorou a qualidade de vida dos pacientes.



## 2.5 O TRATAMENTO ENDODÔNTICO NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Historicamente, a prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil caracterizou-se por ações de baixa complexidade, de caráter curativo e mutilador e com acesso restrito. Tal fato caracterizava a Odontologia como uma das áreas da saúde com maior exclusão social (PUCCA JUNIOR et al., 2009). Mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante como princípio a integralidade da assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990); a assistência odontológica pública no Brasil, continuou restrita quase que completamente aos serviços básicos e ainda assim, com grande demanda reprimida (BRASIL, 2004).

No ano de 2004, os serviços odontológicos especializados correspondiam a aproximadamente 3,5% do total de procedimentos clínicos odontológicos. A baixa capacidade de oferta dos serviços de atenção secundária e terciária comprometia o estabelecimento de adequados sistemas de referência e contrarreferência em saúde bucal na quase totalidade dos sistemas loco-regionais de saúde (BRASIL, 2004). Visando uma mudança nesse cenário, no mesmo ano, houve a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), o Brasil Sorridente, que estabelecia uma reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis e que tinha, entre outros objetivos, a intenção de viabilizar a oferta de serviços especializados por meio do estabelecimento e/ou melhoria de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (BRASIL, 2004). Essa formulação constituiu-se em relevante iniciativa, na medida em que, pela primeira vez, se caracteriza uma política com vista à integralidade da atenção no âmbito odontológico (SOUZA; CHAVES, 2011).

Os CEOs constituem-se em unidades de referência para as equipes de saúde bucal da atenção básica e devem ofertar, de acordo com a realidade epidemiológica de cada região e município, procedimentos clínicos odontológicos complementares aos realizados na atenção básica (BRASIL, 2004). A Portaria nº 599 de 2006, estabelece os critérios, normas e requisitos para o credenciamento dos CEOS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e define como especialidades mínimas a serem ofertadas: diagnóstico bucal,

com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (BRASIL, 2006).

Os dados do processo de implementação da PNSB mostram que até o ano de 2017, foram implantados 1100 CEOs no Brasil (CHAVES et al., 2018), entretanto, estudos indicam para uma subutilização dos serviços das especialidades (CHAVES et al., 2011; LINO et al., 2014; RIOS; COLUSSI, 2019) e baixo cumprimento das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (CORTELLAZZI et al., 2014; RIOS; COLUSSI, 2019). As deficiências de organização da rede de atenção primária e a ausência de efetividade no sistema de referência e contrarreferência para o atendimento odontológico (CHAVES et al., 2011; MACHADO; SILVA; FERREIRA, 2015) são citadas como desafios enfrentados na efetivação da atenção secundária. A distribuição dos CEOs no Brasil em 2014 também demonstrava vazios assistenciais, especialmente nas regiões Norte e Centro-oeste. Nesse sentido, o acesso aos serviços especializados seria dificultado por barreiras geográficas e dificuldades de locomoção, além da maior vulnerabilidade social característica de determinadas regiões (FIGUEREDO et al., 2016).

Dentre as especialidades ofertadas pelos CEOs de todo o país, a de maior demanda é a endodontia (SALIBA et al., 2013; COSTA et al., 2018), sua taxa de utilização chegar a ser de até 512,4% maior do que as demais especialidades (CHAVES et al., 2011). Evidências apontam para a existência de uma grande demanda reprimida em relação à especialidade de endodontia no SUS (LINO et al., 2014) e dificuldade de acesso ao tratamento por parte dos pacientes (SANTANA et al., 2008).

Magalhães et al., em 2019 constataram um período de espera médio de cinco meses para a realização do tratamento endodôntico no CEO de Belo Horizonte, MG. Neste sentido, as longas filas e a demora no atendimento acabam contribuindo para um elevado número de absenteísmo e abandonos de tratamento pelos usuários (CHAVES et al., 2011; SALIBA et al., 2013). Também, devido ao fato de o tratamento endodôntico por vezes exigir mais de uma consulta, os pacientes iniciam o tratamento apenas para aliviar a dor e, após isso, não retornam (SALIBA et al., 2013). O longo período de espera pela realização do tratamento pode gerar consequências negativas, como a sobrecarga da atenção básica devido a busca constante do paciente por serviços de urgência com intuito de alívio da dor (SOUZA;

CHAVES, 2011). Há também a possibilidade de ocorrer fratura do elemento dental e/ou desistência do paciente pelo tratamento. Estes dois últimos fatores podem resultar na exodontia do elemento dentário (MAGALHÃES et al., 2019). Além disso, o descrédito quanto aos tratamentos conservadores reforça a banalização das exodontias e a consequente rejeição ao tratamento endodôntico (FREITAS et al., 2016).

Existe uma tendência decrescente na proporção de CEOs que atingiram metas relacionadas à endodontia nos últimos anos. (ANDRADE; PINTO; ANTUNES, 2020). Tal achado pode ter sido influenciado pela expansão do número de estabelecimentos e por restrições orçamentárias para o seu financiamento. Entre 2003 e 2011, houve expressiva implantação de novas unidades de atenção secundária, com ênfase no financiamento para a ampliação de recursos humanos e infraestrutura. No entanto, esse processo foi reduzido de 2011 a 2014 (CHAVES et al., 2017), sendo seguido por um período de crises políticas e financeiras (CHAVES et al., 2018) cujos impactos vêm sendo percebidos em todo o país. Estima-se que em 2014, 30,5% dos CEOs do Brasil paralisaram os serviços em algum momento por falta de instrumentais ou insumos (RIOS; COLUSSI, 2019) e que, nesse mesmo ano, apenas 22% dos CEOs cumpriram metas estabelecidas para endodontia (RIOS; COLUSSI, 2019). De acordo com Chaves (2018), o número de procedimentos endodônticos realizados reduziu 14,6% no ano de 2017 em relação a 2015 a nível nacional. Devido ao fato de procedimentos endodônticos terem custo elevado e dependerem de insumos específicos, suas tendências de desempenho podem ter sido impactadas pelas dificuldades financeiras experimentadas a partir de 2014.

Saliba et al. (2013) citam que a porcentagem de tratamentos endodônticos concluídos em São Paulo, em 2010, foi de 69,58%, porém 10,68% do total ainda estava com o tratamento em andamento. Em Porto Alegre, entre os anos de 2012 e 2013 foi de 65,8%. O expressivo número de tratamentos não concluídos pode ter como causas: o alto índice de necessidade de adequação do dente, abandono do tratamento por parte dos pacientes, impossibilidade de tratamento do elemento, e ainda dentes encaminhados que não necessitavam de tratamento endodôntico (DÖRR; GRECCA; GIORDANI, 2016).

A integralidade dos serviços ofertados no âmbito da Odontologia ainda é um desafio para o SUS. Dentes que poderiam ser recuperados continuam sendo extraídos em função da estreita oferta de procedimentos ofertados pela atenção secundária (VARGAS; PAIXÃO,

2005). No caso dos dentes tratados endodonticamente, é de fundamental importância o retorno do paciente para a atenção básica para continuação do seu tratamento e/ ou manutenção da sua saúde bucal. Sendo assim, é necessário um planejamento conjunto do tratamento odontológico entre a atenção básica e secundária e, dentro desta última, entre as especialidades, visando garantir a integralidade do cuidado, além de um adequado processo de referência e contrarreferência para garantir a eficiência e eficácia do serviço (MAGALHÃES et al., 2019).

Destaca-se também a importância de avaliar as informações relativas ao acesso e demanda reprimida, bem como o percentual de faltas, abandono de tratamento pelos pacientes e resolutividade na especialidade de endodontia, pois estes dados podem refletir a qualidade da atenção básica na efetivação da integralidade, além do seu papel de coordenação do cuidado e acompanhamento longitudinal através da rede de serviços (BULGARELI et al., 2013). Deve-se dar continuidade ao monitoramento e avaliação dos indicadores do serviço e, especialmente, investigar as causas de suas deficiências, avaliando e propondo ações para a reversão desse quadro. Além disso, a avaliação sobre o uso dos cuidados odontológicos também é necessária, pois a utilização dos serviços pode refletir desigualdades regionais na oferta e acesso a estes serviços (ANDRADE; PINTO; ANTUNES, 2020). Reforça-se assim, a necessidade de fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal no sentido de sua legitimidade social no país, a qual encontra-se com a sua manutenção ameaçada nos próximos anos, tendo em vista seus resultados atuais (CHAVES et al., 2018).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida de pacientes atendidos na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo (ABO-ES), em dois momentos distintos, antes e após a realização do tratamento, através da aplicação do questionário OHIP-14.

#### **3.2 OBJETIVO DO ARTIGO 1**

Analisar a qualidade de vida relacionada à necessidade de tratamento endodôntico em pacientes que buscaram atendimento e possíveis relações com variáveis sociodemográficas associadas.

#### **3.3 OBJETIVO DO ARTIGO 2**

Analisar a qualidade de vida relacionada à realização de tratamento endodôntico em pacientes que concluíram o tratamento e possíveis relações com variáveis sociodemográficas associadas.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

#### 4.1.1 Artigo 1

Estudo de delineamento observacional analítico transversal.

#### 4.1.2 Artigo 2

Trata-se de um estudo analítico com delineamento longitudinal prospectivo de intervenção não-controlado do tipo “antes e depois”. Neste tipo de estudo, é provocada uma modificação intencional no estado de saúde dos participantes, através da introdução de um esquema terapêutico, todos os pacientes recebem o tratamento e sua condição é verificada antes do início e em momentos após o tratamento. (MEDRONHO, 2008). Neste estudo foi avaliado o impacto na qualidade de vida de pacientes antes da realização do tratamento endodôntico e um mês após a finalização do tratamento, quando então foi realizada a comparação dos índices encontrados. O intervalo de um mês para o acompanhamento foi escolhido pois a ocorrência de dor pós-operatória após a realização do tratamento endodôntico é comum, visto que o mesmo não é capaz de eliminar todo o processo inflamatório existente de maneira imediata (SOUSA et al., 2021), podendo ocorrer, assim, até uma semana após a finalização do tratamento (PAK; WHITE, 2011).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um primeiro momento presencialmente, na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo (ABO-ES), localizada no município de Serra. A ABO-ES é uma instituição de ensino privada onde os alunos pós-graduandos realizam atendimentos odontológicos em diversas especialidades. Um mês após a conclusão do tratamento, foi realizado contato com os participantes por telefone para um novo preenchimento do questionário OHIP-14.

### 4.3 POPULAÇÃO

A população pesquisada foi composta por pacientes que buscaram tratamento odontológico na clínica de endodontia da ABO-ES, que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo.

#### 4.3.1 Tamanho da Amostra

##### 4.3.1.1 Artigo 1

A amostra inicial do estudo, resultante do primeiro momento da coleta de dados, foi composta por 312 pacientes que procuraram tratamento endodôntico na clínica de endodontia da ABO-ES de 19 de janeiro a 02 de dezembro de 2021. Para realização do cálculo amostral, foi considerada a população alvo aproximada de 994 pacientes de endodontia na ABO-ES, no período de estudo. Foi utilizada como parâmetro para o cálculo amostral, a prevalência de impacto de problemas bucais de 35%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Foi obtida uma amostra mínima de 260 indivíduos. A prevalência esperada de 35% foi utilizada suportada por estudo realizado no estado do Espírito Santo (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012). Para ajustar para uma taxa de perda igual a 20% foram acrescentadas a esse número 52 pessoas, resultando em uma amostra de 312 pacientes.

##### 4.3.1.2 Artigo 2

Para o cálculo da amostra final do estudo, foi considerado um intervalo de confiança de 95%, o valor da proporção adotado foi de 15%, com margem de erro de 5%, chegando a um total de 148 participantes. Devido a dificuldades encontradas na coleta de dados final ao realizar o contato telefônico com os participantes que concluíram o tratamento, não foi possível realizar aleatorização da amostra. Sendo assim, a amostra final foi designada por conveniência, sendo composta por participantes que finalizaram o tratamento endodôntico e que responderam ao segundo questionário OHIP-14.

#### 4.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo pessoas com 18 anos ou mais e que buscaram atendimento na clínica de endodontia da ABO-ES.

#### 4.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídas pessoas com problemas cognitivos que impedissem o entendimento das questões dos questionários.

### 4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. O primeiro momento ocorreu presencialmente, na clínica de endodontia da ABO-ES, onde foram aplicados dois questionários aos participantes: OHIP-14, para mensuração da qualidade de vida e um questionário estruturado para caracterização sociodemográfica. O segundo momento ocorreu um mês após a finalização do tratamento pelos participantes, quando foi realizado contato telefônico pelo pesquisador para um novo preenchimento do questionário OHIP-14.

Roteiro 1: Referente às características sociodemográficas (APÊNDICE B). Foi desenvolvido um roteiro para coleta das informações sociodemográficas dos participantes: sexo, idade, raça/cor, estado civil, município de moradia, escolaridade, condição socioeconômica e tipo de acesso a serviços de saúde bucal. A condição socioeconômica dos indivíduos foi categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família em classes: A, B, C e D/E de acordo Sistema de Classificação Econômica do Brasil, baseado no critério ABA/Abipeme cuja finalidade é dividir a população em categorias segundo padrões ou potenciais de consumo (BRASIL, 2019).

Roteiro 2: Referente ao impacto de saúde bucal na qualidade de vida – OHIP-14 (ANEXO A). O OHIP-14 trata-se de uma versão reduzida do instrumento OHIP. O instrumento avalia o impacto das condições bucais na qualidade de vida por meio de sete dimensões: limitação funcional; dor física; desconforto psicológico; incapacidade física; incapacidade psicológica; incapacidade social; e deficiência. As respostas são dadas de acordo



com uma escala de Lickert com cinco opções de frequência para cada problema nos últimos seis meses: nunca, raramente, às vezes, frequentemente e sempre. As avaliações das respostas se deram de forma dicotômica, onde as respostas “às vezes” “raramente” e “nunca” indicam que as condições bucais não impactam na qualidade de vida e as respostas “sempre” e “frequentemente” indicam que essas condições impactam na qualidade de vida do entrevistado.

#### 4.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES

##### 4.5.1 Artigo 1

Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de realização de tratamento endodôntico.

##### 4.5.2 Artigo 2

Impacto na qualidade de vida antes e depois da realização do tratamento endodôntico.

## 4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

### 4.6.1 Artigos 1 e 2

**Quadro 1 - Variáveis Independentes dos Artigos 1 e 2**

Variável	Categoria
Sexo	Masculino Feminino
Idade	Até 35 anos 36 – 43 anos 44 – 54 anos 55 anos ou mais
Raça/Cor	Branco(a) Preto(a) Pardo(a) Amarelo(a) Indígena(a)
Estado Civil	Solteiro(a) Casado(a) Vive com companheiro(a) Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)
Classificação Socioeconômica	A B C D/E
Escolaridade	Analfabeto Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio incompleto Ensino médio completo Ensino superior incompleto Ensino superior completo
Tipo de acesso aos serviços de saúde bucal	Não tem acesso Público (SUS) Particular Plano de saúde

Fonte: Elaboração Própria (2022).

#### 4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilha no programa Microsoft Office Excel 2010. Foi realizada análise descritiva dos dados, através de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. Para verificar as associações entre as variáveis independentes e as dimensões avaliadas pelo instrumento OHIP, foi utilizado o Teste Exato de Fischer. Para avaliar a força da associação entre as variáveis independentes e as dimensões, foi calculada a razão de chances (OR). Para analisar o efeito das dimensões combinadas, foi utilizado o teste de Mantel-Haenszel. A comparação do impacto no segundo momento em relação à primeira coleta da pesquisa foi realizada através do teste não paramétrico de Wilcoxon. O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise e o nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, parecer nº 4454344 (ANEXO B).

## 5 RESULTADOS

### 5.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1

#### Impacto Psicossocial na Qualidade de Vida Relacionado à Necessidade de Tratamento Endodôntico

##### 5.1.1 Resumo

O objetivo deste artigo foi analisar o impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico e possível associação com variáveis sociodemográficas. Este estudo transversal analisou uma amostra de 312 pacientes, através da aplicação de dois questionários para a coleta de dados, um roteiro sociodemográfico e o Oral Health Impact Profile (OHIP-14). A associação entre variáveis foi verificada pelo teste exato de Fisher; para avaliar a força da associação entre as variáveis independentes e o impacto na qualidade de vida, foi calculada a razão de chances (OR), para analisar o efeito das dimensões combinadas, foi utilizado o teste de Mantel-Haenszel. O número de indivíduos que declararam impacto foi de 274 (87,8%), sendo que os domínios com maior impacto relatado foram desconforto psicológico (76%) e dor física (67,3%). O perfil socioeconômico e demográfico da população do estudo foi de maioria feminina (63,1%), com idade de até 43 anos (51,6%), parda (45,5%), casada ou que vive com companheiro(a) (53,2%), residente no município de Serra (51,3%), que estudou por 13 anos ou mais (78,9%), pertencente às classes C/D/E (66%) e que utilizou o Sistema Único de Saúde (SUS) para ter acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses ou que não teve acesso (53,2%). Predileção de impacto esteve associada a indivíduos do sexo feminino, não-brancos, que vivem sem companheiro(a), que estudaram por 13 anos ou mais, pertencentes às classes C/D/E e que acessam serviços de saúde bucal através do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que não têm acesso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde bucal, Qualidade de vida, Tratamento do canal radicular.

### 5.1.2 Abstract

The objective of this article was to analyze the impact of the need for endodontic treatment on quality of life and possible association with sociodemographic variables. This cross-sectional study analyzed a sample of 312 patients, through the application of two questionnaires for data collection, one sociodemographic and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14). The association between variables was verified by Fisher's exact test; to assess the strength of the association between the independent variables and the impact on quality of life, the odds ratio (OR) was calculated; to analyze the effect of the combined dimensions, the Mantel-Haenszel test was used. The number of individuals who declared impact was 274 (87.8%), and the domains with the highest reported impact were psychological discomfort (76%) and physical pain (67.3%). The socioeconomic and demographic profile of the study population was mostly female (63.1%), aged up to 43 years (51.6%), mixed race (45.5%), married or living with a partner. (53.2%), residing in the municipality of Serra (51.3%), who studied for 13 years or more (78.9%), belonging to classes C/D/E (66%) and who used the Unified Health System (SUS) to have access to oral health services in the last 12 months or who did not have access (53.2%). Impact predilection was associated with female individuals, non-white, living without a partner, who studied for 13 years or more, belonging to classes C/D/E and who access oral health services through the Unified Health System (SUS) or who do not have access.

**KEYWORDS:** Oral health, Quality of life, Root canal treatment.

### 5.1.3 Introdução

A dor de dente é considerada um problema de saúde pública e um preditor para atendimento odontológico com forte associação com a qualidade de vida<sup>1</sup>. Devido a dor, há o comprometimento das atividades diárias, tais como: diminuição das horas de sono, não realização de atividades de lazer, restrições alimentares, desordens psicológicas relacionadas com a diminuição da autoestima e perda de dias de aprendizagem na escola e/ou no trabalho<sup>3</sup>. Assim, a dor exerce um importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano e acarreta, por conseguinte, um dramático efeito para a sociedade devido ao elevado custo do tratamento e no custo das horas perdidas no processo produtivo<sup>4</sup>.

Aproximadamente 85% de todas as urgências odontológicas ocorrem em consequência de uma patologia pulpar ou periapical, que exige a realização de tratamento endodôntico ou a extração do dente para o alívio dos sintomas<sup>5</sup>. Neste cenário, o tratamento endodôntico mostra-se como uma alternativa terapêutica eficaz na eliminação da dor, com uma taxa de sucesso variando entre 70% e 95%<sup>6</sup> e de valioso caráter conservador, promovendo a preservação da dentição, devido à alta taxa de retenção dentária (86,25% em até 20 anos após a realização do tratamento)<sup>7</sup>.

Critérios clínicos e radiográficos referentes ao sucesso do tratamento são bem conhecidos e amplamente utilizados pelos profissionais, em contrapartida, pouco se sabe sobre a perspectiva dos pacientes sobre as consequências da doença perirradicular, seu tratamento e o impacto deste na sua qualidade de vida<sup>8</sup>. Apesar de reconhecer a importância de aspectos psicossociais na determinação do processo saúde/doença, a Odontologia continua empregando predominantemente índices biológicos na avaliação e determinação das necessidades de tratamento e apreciação de programas de saúde bucal. No entanto, tais índices não consideram a percepção subjetiva do indivíduo e não avaliam a maneira como a saúde bucal afeta a vida diária<sup>9</sup>.

Compreender os fatores que afetam a percepção sobre a saúde bucal e qualidade de vida pode contribuir no desenvolvimento de estratégias que ajudem a superar obstáculos no acesso aos serviços odontológicos. Do ponto de vista epidemiológico, a avaliação da

qualidade de vida pode auxiliar na elaboração e/ou modificação de políticas de saúde pública, destinando os recursos humanos, técnicos e econômicos levando em conta a percepção da própria população<sup>10</sup>.

Atualmente, um dos instrumentos internacionalmente mais utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP), que conta com pelo menos 7 versões linguísticas e culturais<sup>11</sup>. No OHIP, os dados obtidos resultam do contributo de pacientes, e não somente de investigadores, aumentando a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas como importantes pelos pacientes<sup>12</sup>.

Muitas variáveis podem influenciar a qualidade de vida, e considerando que a exploração desse campo ainda é necessária, este estudo teve como objetivo analisar o impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico em pacientes que procuraram atendimento na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo (ABO-ES), através da aplicação do questionário OHIP-14 e possíveis relações com variáveis sociodemográficas associadas.

#### 5.1.4 Material e Métodos

Este estudo de delineamento transversal analisou uma amostra de 312 indivíduos, com 18 anos ou mais, que procuraram tratamento endodôntico na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia - Seção Espírito Santo (ABO-ES), localizada no município de Serra-ES. Para realização do cálculo amostral, foi considerada a população alvo aproximada de 994 pessoas que procuraram atendimento na clínica de endodontia da ABO-ES, no período do estudo. Foi utilizada como parâmetro para o cálculo amostral, a prevalência de impacto de problemas bucais de 35%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Foi obtida uma amostra mínima de 260 participantes. A prevalência esperada de 35% foi utilizada suportada por estudo realizado anteriormente no estado do Espírito Santo<sup>13</sup>. Considerando uma taxa de perda igual a 20% foram acrescentados 52 participantes, resultando em uma amostra final de 312 pessoas.

A coleta de dados foi realizada no período entre 19 de janeiro a 02 de dezembro de 2021, através de entrevista efetuada pelo pesquisador antes da realização do tratamento endodôntico, onde foram aplicados dois questionários aos participantes: Um roteiro para caracterização sociodemográfica e o Perfil de Impacto de Saúde Bucal (OHIP-14) para mensuração da qualidade de vida.

No roteiro para caracterização sociodemográfica foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, raça/cor, estado civil, município de moradia, escolaridade, condição socioeconômica e tipo de acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. A condição socioeconômica dos participantes foi categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe de família em classes A, B, C, D/E, por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil versão 2019<sup>14</sup>.

O OHIP-14 avaliou a percepção dos sujeitos sobre o impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico. O instrumento OHIP original possui 49 questões e contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Neste estudo foi utilizada a versão reduzida do questionário, com 14 questões (OHIP-14), por ser um instrumento breve, de rápida administração e cotação e que apresenta



as mesmas propriedades psicométricas para a análise dos sete domínios do impacto a ser mensurado presentes no instrumento original (OHIP-49). Os participantes responderam às questões em uma escala de frequência (Lickert) de cinco opções, codificada como: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído, pior é a autopercepção do impacto na qualidade de vida<sup>11</sup>. Optou-se, neste estudo, por utilizar o método de expressão dos resultados como variável categórica em dois grupos: com impacto para as respostas “sempre” e “frequentemente” e sem impacto para “às vezes, raramente e nunca”.

Para verificar as associações entre as variáveis independentes e as dimensões avaliadas pelo instrumento OHIP, foi utilizado o Teste Exato de Fischer. Para avaliar a força da associação entre as variáveis independentes e as dimensões do OHIP, foi calculada a razão de chances (OR). Para analisar o efeito das dimensões do OHIP combinadas, foi utilizado o teste de Mantel-Haenszel. O pacote estatístico IBM SPSS 20 – foi utilizado para esta análise e o nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, parecer nº 4454344.

## 5.1.5 Resultados

**Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes de endodontia da ABO-ES, 2022.**

<b>Característica</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	197	63,1
Masculino	115	36,9
<b>Faixa Etária</b>		
Até 43 anos	161	51,6
44 anos ou mais	151	48,4
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo	146	46,8
Casado/Vive junto com companheiro(a)	166	53,2
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	105	33,6
Negra	58	18,6
Parda	142	45,5
Amarela	4	1,3
Indígena	3	1,0
<b>Município de Moradia</b>		
Vitória	94	30,1
Serra	160	51,3
Outros	58	18,6
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Até 13 anos de estudo (Até Ensino Médio Incompleto)	66	21,1
13 anos de estudo ou mais (Ensino Médio Completo ou mais)	246	78,9
<b>Classificação Socioeconômica</b>		
A	4	1,3
B	102	32,7
C	187	60,0
D/E	19	6,0
<b>Acesso a Serviços de Saúde Bucal</b>		
Público/Não tem acesso	166	53,2
Particular/Plano de saúde	146	46,8
<b>Total</b>	<b>312</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

O perfil demográfico da população do estudo foi de maioria feminina (63,1%), com idade de até 43 anos (51,6%), parda (45,5%), casada ou que vive com companheiro(a) (53,2%) e residente no município de Serra (51,3%). Em relação à caracterização socioeconômica, a maioria declarou ter estudado por 13 anos ou mais (78,9%), ser pertencente às classes C/D/E (66%) e ter utilizado o Sistema Único de Saúde (SUS) para ter acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses ou não tinha acesso (53,2%) (Tabela 1).

**Tabela 2 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022.**

Dimensão	Com impacto		Sem Impacto	
	Nº	%	Nº	%
Limitação funcional	33	10,6	279	89,4
Dor física	210	67,3	102	32,7
Desconforto psicológico	237	76,0	75	24,0
Incapacidade física	155	49,7	157	50,3
Incapacidade psicológica	146	46,8	166	53,2
Incapacidade social	86	27,6	226	72,4
Deficiência	69	22,1	243	77,9
<b>Geral</b>	<b>274</b>	<b>87,8</b>	<b>38</b>	<b>12,2</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

O impacto na qualidade de vida devido a necessidade de realização de tratamento endodôntico foi declarado por 274 pessoas (87,8%), sendo que os domínios com maior impacto relatado foram dor física (67,3%) e desconforto psicológico (76%) (Tabela 2).

**Tabela 3 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico, segundo o sexo, 2022.**

Dimensão	Feminino		Masculino		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
<b>Limitação funcional</b>						
Com impacto	25	75,8	8	24,2	0,079	1,944 0,846 – 4,467
Sem impacto	172	61,6	107	38,4		
<b>Dor física</b>						
Com impacto	138	65,7	72	34,3	0,110	1,397 0,860 – 2,270
Sem impacto	59	57,8	43	42,2		
<b>Desconforto psicológico</b>						
Com impacto	164	69,2	73	30,8	p < 0,001	2,859 1,678 – 4,872
Sem impacto	33	44,0	42	56,0		
<b>Incapacidade física</b>						
Com impacto	104	67,1	51	32,9	0,093	1,403 0,884 – 2,228
Sem impacto	93	59,2	64	40,8		
<b>Incapacidade psicológica</b>						
Com impacto	97	66,4	49	33,6	0,155	1,307 0,822 – 2,076
Sem impacto	100	60,2	66	39,8		
<b>Incapacidade social</b>						
Com impacto	61	70,9	25	29,1	0,051	1,615 0,945 – 2,760
Sem impacto	136	60,2	90	39,8		
<b>Deficiência</b>						
Com impacto	42	60,9	27	39,1	0,379	1,122 0,653 – 1,962
Sem impacto	155	63,8	88	36,2		
<b>Mantel-Haenszel</b>					<b>0,055</b>	<b>1,854 0,937 – 3,669</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Na análise segundo o sexo dos participantes, 69,2% dos indivíduos do sexo feminino declararam impacto na dimensão desconforto psicológico, sendo assim, observou-se que mulheres apresentaram 2,8 vezes mais chances de sofrer impacto nesta dimensão do que

homens ( $p < 0,001$ ; OR = 2,859; IC 95% = 1,678; 4,872) (Tabela 3). Nas demais dimensões as diferenças encontradas não foram estatisticamente significantes.

**Tabela 4 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a faixa etária, 2022.**

Dimensão	Até 43 anos		44 anos ou mais		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
<b>Limitação funcional</b>						
Com impacto	19	57,6	14	42,4	0,295	1,309 0,632 – 2,715
Sem impacto	142	50,9	137	49,1		
<b>Dor física</b>						
Com impacto	109	51,9	101	48,1	0,487	1,038 0,646 – 1,666
Sem impacto	52	51,0	50	49,0		
<b>Desconforto psicológico</b>						
Com impacto	124	52,3	113	47,7	0,375	1,127 0,670 – 1,895
Sem impacto	37	49,3	38	50,7		
<b>Incapacidade física</b>						
Com impacto	86	55,5	69	44,5	0,106	1,363 0,873 – 2,127
Sem impacto	75	47,8	82	52,2		
<b>Incapacidade psicológica</b>						
Com impacto	83	56,8	63	43,2	0,052	1,486 0,950 – 2,325
Sem impacto	78	47,0	88	53,0		
<b>Incapacidade social</b>						
Com impacto	46	53,5	40	46,5	0,388	1,110 0,675 – 1,826
Sem impacto	115	50,9	111	49,1		
<b>Deficiência</b>						
Com impacto	39	56,5	30	43,5	0,215	1,289 0,753 – 2,209
Sem impacto	122	50,2	121	49,8		
<b>Mantel-Haenszel</b>					<b>0,350</b>	<b>1,213 0,615 – 2,393</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Em relação à faixa etária não foi observada associação estatisticamente significativa entre os domínios analisados (Tabela 4).

**Tabela 5 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a raça/cor, 2022.**

Dimensão	Branca		Outras		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
<b>Limitação funcional</b>						
Com impacto	11	33,3	22	66,7	0,567	1,016
Sem impacto	94	33,7	185	66,3		0,473 – 2,184
<b>Dor física</b>						
Com impacto	70	33,3	140	66,7	0,480	1,045
Sem impacto	35	34,3	67	65,7		0,634 – 1,722
<b>Desconforto psicológico</b>						
Com impacto	84	35,4	153	64,6	0,147	1,142
Sem impacto	21	28,0	54	72,0		0,798 – 2,496
<b>Incapacidade física</b>						
Com impacto	52	33,5	103	66,5	0,532	1,009
Sem impacto	53	33,8	104	66,2		0,631 – 1,615
<b>Incapacidade psicológica</b>						
Com impacto	54	37,0	92	63,0	0,147	1,324
Sem impacto	51	30,7	115	69,3		0,827 – 2,119
<b>Incapacidade social</b>						
Com impacto	37	43,0	49	57,0	0,022	1,755
Sem impacto	68	30,1	158	69,9		1,051 – 2,930
<b>Deficiência</b>						
Com impacto	31	44,9	38	55,1	0,019	1,863
Sem impacto	74	30,5	169	69,5		1,078 – 3,221
<b>Mantel-Haenszel</b>					<b>0,160</b>	<b>1,512</b> <b>0,757 – 3,020</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Pessoas não-brancas (pretos, pardos, amarelos e indígenas) foram maioria ao declarar impacto nas dimensões incapacidade social (57%) e deficiência (55%), tendo assim, 1,7 vezes mais chance de sofrer impacto na dimensão incapacidade social ( $p = 0,022$ ; OR = 1,755; IC 95% = 1,051; 2,930) e 1,8 vezes mais chance na dimensão deficiência ( $p = 0,019$ ; OR = 1,863; IC 95% = 1,078; 3,221) do que indivíduos brancos (Tabela 5).



**Tabela 6 – Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo o estado civil, 2022.**

Dimensão	Casado/Vive		Outras		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
<b>Limitação funcional</b>						
Com impacto	16	48,5	17	51,5	0,347	1,235 0,600 – 2,544
Sem impacto	150	53,8	129	46,2		
<b>Dor física</b>						
Com impacto	113	53,8	97	46,2	0,426	1,077 0,671 – 1,730
Sem impacto	53	52,0	49	48,0		
<b>Desconforto psicológico</b>						
Com impacto	133	56,1	104	43,9	0,045	1,628 0,965 – 2,746
Sem impacto	33	44,0	42	56,0		
<b>Incapacidade física</b>						
Com impacto	83	53,5	72	46,5	0,497	1,028 0,659 – 1,603
Sem impacto	83	52,9	74	47,1		
<b>Incapacidade psicológica</b>						
Com impacto	66	45,2	80	54,8	0,005	1,837 1,171 – 2,881
Sem impacto	100	60,2	66	39,8		
<b>Incapacidade social</b>						
Com impacto	52	60,5	34	39,5	0,072	1,503 0,907 – 2,489
Sem impacto	114	50,4	112	49,6		
<b>Deficiência</b>						
Com impacto	31	44,9	38	55,1	0,077	1,532 0,895 – 2,623
Sem impacto	135	55,6	108	44,4		
<b>Mantel-Haenszel</b>					<b>0,173</b>	<b>1,472 0,744 – 2,913</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Em relação ao estado civil dos participantes, observou-se que 54,8% dos indivíduos que vivem só (solteiros, divorciados ou separados e viúvos) relataram impacto na dimensão incapacidade psicológica, tendo assim, 1,8 vezes mais chance de impacto ( $p = 0,005$ ; OR = 1,837; IC 95% = 1,171; 2,881) do que indivíduos casados ou que vivem com companheiros

(Tabela 6). Também houve significância na dimensão desconforto psicológico ( $p = 0,045$ ), porém pelo fato de o intervalo de confiança passar pelo 1, podemos considerar não significante.

**Tabela 7 - Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a escolaridade, 2022.**

Dimensão	Até 13 anos de estudo		13 anos de estudo ou mais		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
<b>Limitação funcional</b>						
Com impacto	5	15,2	28	84,8	0,259	1,567 0,580 – 4,230
Sem impacto	61	21,9	218	78,1		
<b>Dor física</b>						
Com impacto	39	18,6	171	81,4	0,074	1,578 0,901 – 2,765
Sem impacto	27	26,5	75	73,5		
<b>Desconforto psicológico</b>						
Com impacto	49	20,7	188	79,3	0,412	1,125 0,602 – 2,102
Sem impacto	17	22,7	58	77,3		
<b>Incapacidade física</b>						
Com impacto	28	18,1	127	81,9	0,117	1,448 0,837 – 2,507
Sem impacto	38	24,2	119	75,8		
<b>Incapacidade psicológica</b>						
Com impacto	30	20,5	116	79,5	0,458	1,071 0,621 – 1,847
Sem impacto	36	21,7	130	78,3		
<b>Incapacidade social</b>						
Com impacto	17	19,8	69	80,2	0,420	1,124 0,606 – 2,084
Sem impacto	49	21,7	177	78,3		
<b>Deficiência</b>						
Com impacto	8	11,6	61	88,4	0,017	2,391 1,081 – 5,287
Sem impacto	58	23,9	185	76,1		
<b>Mantel-Haenszel</b>					<b>0,589</b>	<b>1,007 0,438 – 2,314</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Em relação à escolaridade dos participantes, observou-se que indivíduos que estudaram o ensino médio completo ou além (13 anos de estudo ou mais) relataram 88,4% de impacto na dimensão deficiência, sendo assim, apresentaram aproximadamente 2,4 vezes mais chance de sofrer impacto nesta dimensão ( $p = 0,017$ ;  $OR = 2,391$ ;  $IC\ 95\% = 1,081$ ;  $5,287$ ) do que indivíduos que estudaram até o ensino médio incompleto ou com menos de 13 anos de estudo (Tabela 7).

**Tabela 8 – Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo a condição socioeconômica, 2022.**

Dimensão	A/B		C/D/E		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
<b>Limitação funcional</b>						
Com impacto	12	36,4	21	63,6	0,449	1,125 0,530 – 2,384
Sem impacto	94	33,7	185	66,3		
<b>Dor física</b>						
Com impacto	76	36,2	134	63,8	0,145	1,361 0,817 – 2,268
Sem impacto	30	29,4	72	70,6		
<b>Desconforto psicológico</b>						
Com impacto	79	33,3	158	66,7	0,385	1,125 0,653 – 1,937
Sem impacto	27	36,0	48	64,0		
<b>Incapacidade física</b>						
Com impacto	57	36,8	98	63,2	0,179	1,282 0,802 – 2,050
Sem impacto	49	31,2	108	68,8		
<b>Incapacidade psicológica</b>						
Com impacto	52	35,6	94	64,4	0,325	1,147 0,718 – 1,834
Sem impacto	54	32,5	112	67,5		
<b>Incapacidade social</b>						
Com impacto	37	43,0	49	57,0	0,027	1,718 1,029 – 2,868
Sem impacto	69	30,5	157	69,5		
<b>Deficiência</b>						
Com impacto	24	34,8	45	65,2	0,490	1,047 0,597 – 1,837
Sem impacto	82	33,7	161	66,3		
<b>Mantel-Haenszel</b>					<b>0,190</b>	<b>1,510 0,704 – 3,240</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Já na análise segundo a condição socioeconômica, 57% dos indivíduos das classes C/D/E declararam impacto na dimensão incapacidade social, sendo assim, apresentam 1,7 vezes mais chances de impacto nesta dimensão ( $p = 0,027$ ; OR = 1,718; IC 95% = 1,029; 2,868) do que indivíduos das classes A/B (Tabela 8).

**Tabela 9 – Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento endodôntico segundo tipo de acesso a serviços odontológicos, 2022.**

Dimensão	SUS/Sem Acesso		Particular/Plano		Sig.	OR
	Nº	%	Nº	%		
<b>Limitação funcional</b>						
Com impacto	19	57,6	14	42,4	0,365	1,219 0,588 – 2,527
Sem impacto	147	52,7	132	47,3		
<b>Dor física</b>						
Com impacto	112	53,3	98	46,7	0,522	1,016 0,632 – 1,632
Sem impacto	54	52,9	48	47,1		
<b>Desconforto psicológico</b>						
Com impacto	125	52,7	112	47,3	0,438	1,080 0,642 – 1,820
Sem impacto	41	54,7	34	45,3		
<b>Incapacidade física</b>						
Com impacto	88	56,8	67	43,2	0,127	1,330 0,852 – 2,078
Sem impacto	78	49,7	79	50,3		
<b>Incapacidade psicológica</b>						
Com impacto	89	61,0	57	39,0	0,007	1,805 1,149 – 2,834
Sem impacto	77	46,4	89	53,6		
<b>Incapacidade social</b>						
Com impacto	53	61,6	33	38,4	0,043	1,606 0,967 – 2,666
Sem impacto	113	50,0	113	50,0		
<b>Deficiência</b>						
Com impacto	42	60,9	27	39,1	0,095	1,493 0,866 – 2,574
Sem impacto	124	51,0	119	49,0		
<b>Mantel-Haenszel</b>					<b>0,538</b>	<b>1,027 0,520 – 2,025</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Ao analisar a variável relativa à utilização de serviços odontológicos, verificou-se que 61% dos indivíduos que tinham acesso a serviços odontológicos por meio do SUS ou que não tinham acesso a nenhum tipo de serviço declararam sofrer impacto na dimensão incapacidade

psicológica, com 1,8 vezes mais chance de apresentar impacto nesta dimensão ( $p = 0,007$ ; OR = 1,805; IC 95% = 1,149; 2,834) do que os usuários de serviços particulares ou de planos odontológicos (Tabela 9).

Os resultados dos testes combinados de Mantel-Haenszel não demonstraram relações estatisticamente significantes para nenhuma das variáveis independentes analisadas.

### 5.1.6 Discussão

Este estudo encontrou um alto percentual de participantes com necessidade de tratamento endodôntico declarando impacto na qualidade de vida (87,8%), resultado superior ao encontrado em estudos regionais que avaliaram o impacto produzido por problemas bucais<sup>15,13</sup>. A alta ocorrência de dor dentária que leva à procura para a realização do tratamento endodôntico pode explicar tal achado. Em uma revisão sistemática realizada por Pak e White (2011)<sup>16</sup>, a prevalência de dor pré-tratamento encontrada foi de 81%. Estudos anteriores também apontaram que a qualidade de vida e o bem-estar psicológico estão comprometidos entre os pacientes com necessidade de tratamento endodôntico<sup>17-19</sup>.

Apesar dos inegáveis avanços obtidos desde a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 2004, que possibilitou a oferta do tratamento endodôntico pela atenção secundária no SUS<sup>20</sup>, observa-se que existe ainda hoje uma grande demanda por parte da população para assistência odontológica especializada. Dificuldades relacionadas ao acesso à terapia endodôntica e à integralidade do cuidado permanecem sendo um desafio para o Sistema Único de Saúde e acabam impactando na qualidade de vida dos que necessitam da realização do tratamento.

Os domínios mais relatados pelos participantes foram o desconforto psicológico (76%) e dor física (67,3%), fato consistente com os achados de outros autores<sup>9,19,22</sup>. A dor é definida, segundo a Associação Internacional de Estudo da Dor, como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual potencial ou real<sup>23</sup>. O sofrimento ocasionado pela condição dolorosa ultrapassa a esfera física, engloba a incapacidade social e financeira e provoca, essencialmente, redução da qualidade de vida, induzindo estados de medo, ansiedade, estresse e outros estados psicológicos<sup>24</sup>.

Considerando o impacto psicossocial provocado pela condição dolorosa, a abordagem ao paciente deve ser realizada mediante uma aproximação de empatia e acolhimento<sup>24</sup>. Conhecer a perspectiva do indivíduo sobre sua condição de saúde bucal e sobre como isso impacta nas suas atividades diárias pode mudar a postura tecnicista do profissional diante do processo saúde-doença, acrescentando à prática clínica um olhar humanístico e contribuindo assim, para a formação e fortalecimento do vínculo entre profissionais e pacientes. Deve-se

considerar também que somente ao propor um tratamento em cooperação com o paciente, no qual se ouve, acolhe, compreende e respeita suas opiniões, necessidades e expectativas é possível mensurar se haverá de fato melhora no seu bem-estar<sup>25</sup>.

Houve associação estatisticamente significativa entre a necessidade de tratamento endodôntico e qualidade de vida com os fatores sociodemográficos analisados em quatro dos sete domínios do OHIP-14: desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Isso ressalta a importância da análise de parâmetros subjetivos e psicométricos, através da utilização de indicadores sociodontais para avaliação da saúde, visando compreender como os agravos em saúde bucal interferem na qualidade de vida da população.

O presente estudo incluiu maior número de mulheres na amostra e, além disso, observou-se maior impacto na qualidade de vida associado ao sexo feminino. Esse é um achado comum, que pode ser explicado levando-se em conta o contexto sociocultural, onde historicamente, mulheres são mais vinculadas ao ato do cuidado (pessoal e familiar) e, dessa forma, procuram mais pelos serviços de saúde e relatam mais morbidades<sup>26</sup>. Também deve-se considerar que os atendimentos na clínica de endodontia da ABO-ES foram realizados em horário comercial e em dias úteis, o que pode ter contribuído para a menor procura por tratamento por indivíduos trabalhadores do sexo masculino. Este resultado também corrobora ao encontrado em outros estudos, onde o impacto da condição bucal na qualidade de vida foi predominante para sexo feminino<sup>15,27</sup>.

Neste estudo não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre faixa etária e impacto. Este resultado vai de encontro ao de outros autores, que apontam a relação entre o avanço da idade e um maior impacto na qualidade de vida devido ao acúmulo de agravos em saúde com o avançar da idade<sup>13</sup>. Considerando que a maior parte da amostra deste estudo foi composta por indivíduos com até 44 anos, presume-se que a menor procura pelo tratamento endodôntico nas faixas etárias superiores, se deve ao fato desse contingente populacional ser formado por pessoas parcialmente desdentadas. De acordo com os dados do inquérito SB Brasil 2010, a procura ao dentista motivada pela dor foi em 27,0% dos adultos de 35 a 44 anos e diminuiu para 10% em idosos de 65 a 74 anos, muito provavelmente em decorrência da perda de dentes<sup>28</sup>.



O maior impacto relatado por indivíduos que vivem só (solteiros, separados, divorciados e viúvos) em relação aos casados ou que vivem com companheiros, corrobora com evidências de que uma situação conjugal solitária pode prejudicar a qualidade de vida<sup>29</sup>. Há evidências de maior sobrevida e menor incidência de problemas de saúde entre indivíduos casados, quando comparados aos não casados. Algumas hipóteses tentam explicar esse efeito protetor do convívio conjugal. O principal modelo explicativo é aquele relacionado ao suporte social e também de que o convívio conjugal pode levar a hábitos de vida mais saudáveis<sup>30</sup>.

Indivíduos não-brancos declararam mais impacto do que indivíduos brancos nos domínios incapacidade social e deficiência. Estudos já destacaram iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil com maior vulnerabilidade da população negra (pretos e pardos) em relação aos brancos<sup>31</sup>. Uma análise da estratificação social de cor no país destaca haver um contraste marcante em termos de recompensas materiais entre brancos e negros (pretos e pardos), com reflexos num ciclo acumulativo de desvantagens que afeta a trajetória de vida dos indivíduos negros, colocando-os em posições inferiores na hierarquia social, com repercussões no seu estado de saúde<sup>32</sup>.

Os indicadores sociais têm demonstrado que a população negra apresenta pior nível de educação, saúde, renda, habitação, maior adoecimento, inclusive psíquico; reside em áreas desprovidas de infraestrutura básica, e tem pior acesso aos serviços de saúde<sup>33</sup>. Também, as iniquidades no acesso a serviços de saúde por parte da população negra são reforçadas por dados que comprovam que atendimento médico, consultas, planos de saúde e tratamento odontológico são mais acessíveis à população branca<sup>34</sup>. No caso específico da assistência odontológica, as distinções são consideráveis: o percentual de negros que nunca foram ao dentista chega a 24%, contra 14% de brancos na mesma situação. Além disso, o percentual de brancos com plano de saúde é 2,2 vezes maior do que o de negros<sup>35</sup>.

Ao analisar o impacto segundo a escolaridade dos participantes, verificou-se que os indivíduos que estudaram por 13 anos ou mais declararam maior impacto do que indivíduos menos escolarizados. Tal achado difere da literatura, que aponta indivíduos menos instruídos apresentando mais impacto em suas atividades diárias<sup>15,36-39</sup>. Presume-se que o maior nível de instrução acarretaria mais informação e acesso aos serviços de saúde. Entretanto, deve-se considerar que apesar da maior parte da amostra analisada neste estudo ser composta por

indivíduos mais escolarizados, também foi composta por maioria pertencente às classes socioeconômicas C/D/E. Assim, nesta amostra, a escolaridade não se traduziu em renda.

Indivíduos com condições socioeconômicas menos favorecidas declararam prejuízo na qualidade de vida devido a necessidade de tratamento endodôntico. Estes resultados são similares aos de outros estudos que utilizaram indicadores subjetivos para analisar o impacto de agravos em saúde bucal<sup>13,15,40</sup>. Tal fato reforça a notabilidade das desigualdades sociais, principalmente de renda, como fator impactante na qualidade de vida relacionada à saúde bucal, na medida em que, indivíduos pertencentes às classes sociais mais altas que necessitam de tratamento provavelmente têm acesso facilitado à essa terapia através de serviços odontológicos privados.

Maior impacto negativo na qualidade de vida foi associado a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), resultado semelhante ao encontrado por Silva et al. (2016), onde usuários do serviço público apresentaram maior prevalência de impacto negativo (76,6%), quando comparado usuários do serviço privado (23,4%). Em um estudo realizado no estado de São Paulo, 6,1% dos adultos que procuraram por tratamento odontológico nas esferas pública e privada necessitavam da realização de endodontia. Entre os adultos que buscaram o atendimento odontológico no serviço público, 53,3% necessitavam de tratamento endodôntico, assim constatou-se uma associação entre a necessidade de tratamento endodôntico e o uso de serviço odontológico público por adultos<sup>19</sup>. Ressalta-se também que indivíduos com histórico de dor de dente possuíam 1,6 mais chances de procurarem o serviço público quando comparados com os indivíduos que não possuíam histórico de dor de dente<sup>41</sup>.

Deve-se considerar ainda, que este estudo foi realizado durante o período de pandemia de Covid-19, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020 e que isso influenciou o número e os tipos de procedimentos odontológicos realizados de forma global<sup>42</sup>. No âmbito do SUS, houve uma redução na oferta de atendimento odontológico em todas as categorias durante o período pandêmico. As consultas e procedimentos odontológicos de urgência em serviços de atenção básica e especializada diminuíram 42,5 e 44,1%, respectivamente, entre 2020 e 2019. Os procedimentos não urgentes diminuíram 92,3%. Verificou-se, mediante comparação dos dados do Sistema de informações ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, entre os meses de abril e junho de 2019 e durante o ano de 2020, uma diminuição de 88,4% na produtividade total dos serviços

ofertados pela atenção básica e especializada<sup>43</sup>. Visto que as populações mais vulneráveis são as mais dependentes do SUS, é possível presumir que o acesso à terapia endodôntica foi prejudicado, principalmente entre os menos favorecidos, durante a pandemia, e que isso teve impacto expressivo na qualidade de vida deste segmento social. Considerando a redução na oferta de atendimento odontológico de todos os tipos nos últimos dois anos, somando-se ao cenário de recessão econômica que a pandemia agravou e com o histórico de demandas odontológicas reprimidas no país, o período pós-pandemia reserva desafios críticos para a rede de saúde bucal do SUS.

Embora este estudo forneça informações sobre o impacto na qualidade de vida relacionada à necessidade de tratamento endodôntico e associações com variáveis sociodemográficas, deve-se considerar suas limitações. Devido ao desenho transversal, os resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não têm o poder de inferência causal. Variáveis comportamentais e medidas de autoestima também não foram avaliadas.

A solução para a alta prevalência de impacto na qualidade de vida associada à necessidade de tratamento endodôntico, está ligada ao acesso a tratamento odontológico abrangente, incluindo a expansão da oferta de tratamento especializado, especialmente para grupos com contexto socioeconômico desfavorável. Dado o impacto que a falta de acesso a serviços odontológicos impõe à significativa parcela da população, gerando limitações de ordem não apenas física, mas também psíquica econômica e social, destaca-se a importância da implementação de ações que visem o fortalecimento da odontologia no Sistema Único de Saúde.

### 5.1.7 Conclusão

A necessidade de tratamento endodôntico provoca significativo impacto na qualidade de vida (87,8%), em grande parte, devido a dor resultante das doenças pulpares e perirradiculares, mas também pelo custo psicossocial que a condição dolorosa ocasiona no bem-estar dos indivíduos. Predileção de impacto esteve associada a indivíduos do sexo feminino, não-brancos, que vivem sem companheiro(a), que estudaram por 13 anos ou mais, pertencentes às classes C/D/E e que acessam serviços de saúde bucal através do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que não têm acesso. A frequência e predileção de impacto relacionada ao perfil sociodemográfico encontrado no presente estudo pode atuar como um alerta para gestores e nortear políticas públicas de saúde que visem a ampliação do acesso a serviços odontológicos, não apenas a nível primário, mas também a serviços especializados.

### 5.1.8 Referências

1. Kuhnen M, Peres MA, Masiero AV, Peres KG. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2009; 9(7):1-8.
2. Shepherd MA, Nadanovsky P, Sheiham A. The prevalence and impact of dental pain in 8 year-old school children in Harrow, England. *Br Dent J*. 1999; 187(1): 38-41.
3. Goes, PSA, Watt R, Hardy RG, Sheiham A. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 years old Brazilian schoolchildren. *Community Dent Health*. 2007; 24(4): 217-224.
4. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Kinsey J, Worthington HV. Orofacial pain in the community: prevalence and associated impact. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30(1): 52-60.
5. Hargreaves KM, Cohen S, Berman LH. Cohen's pathways of the pulp. 10 ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2011.
6. Weiger R, Axmann-Krcmar D, Lm C. Prognosis of conventional root canal treatment reconsidered. *Dent Traumatol*. 2007; 14(1): 1-9.
7. Mareschi P, Taschieri S, Corbella S. Long-Term Follow-Up of Nonsurgical Endodontic Treatments Performed by One Specialist: A Retrospective Cohort Study about Tooth Survival and Treatment Success. *Int J Dent*. 2020; 2020(2): 1-8.
8. Dugas NN, Lawrence HP, Teplitsky P, Friedman S. Quality of Life and Satisfaction Outcomes of Endodontic Treatment. *J Endod*. 2002; 28(12): 819-827.
9. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(7): 1707-1714.
10. Bonecker M, Abanto J. Como as pesquisas de excelência em qualidade de vida relacionada à saúde bucal podem contribuir para a prática clínica? *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2014; 68(3): 220-221.
11. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994; 11(1): 3-11.
12. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997; 25(4): 284-290.
13. Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(2): 397-406.

14. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Critério de Classificação Econômica do Brasil 2019. [acesso em: 10 abril 2020]. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
15. Aguiar AD, Oliveira ERA, Miotto MHMB. Tooth Loss, Sociodemographic Conditions and Oral Health-Related Quality of Life in the Elderly. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* [Internet] 2022 [acesso em: 16 maio 2022]; 22:e200189. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/PBOCI/article/view/1022>
16. Pak JG, White SN. Pain prevalence and severity before, during, and after root canal treatment: A systematic review. *J Endod*. 2011; 37(4): 429-438.
17. Carvalho AS, Duarte DA. O tratamento endodôntico no SUS pode impactar na qualidade de vida de adolescentes. *REAS* [Internet]. 2021 [acesso em: 29 abr 2022]; 13(2). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5978>
18. Liu P, McGrath C, Cheung GSP. Qualidade de vida e bem-estar psicológico em pacientes endodônticos: um estudo caso-controle. *Aust Dent J*. 2012; 57(4): 493-497.
19. Queiroz MF et al. Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(4): 1277-1286.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004.
21. Silva EA, Batista MJ, Sousa MLR. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos. *Rev Ciênc Méd*. 2016; 25(1): 11-21.
22. Batista MJ, Perianes LB, Hilgert JB, Hugo FN Sousa Mda. The impacts of oral health on quality of life in working adults. *Braz Oral Res*. 2014; 28(1):1-6.
23. International Association for the Study of Pain. Washington, D.C: IASP [acesso em: 19 jan 2022]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>
24. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. *Cienc Cult*. 2011; 63(2): 32-37.
25. Molyneux D. And how is life going for you? An account of subjective welfare in medicine. *J Med Ethics*. 2007; 33(10): 568-582.
26. Gomes R, Nascimento EFD, Araújo FCD. “Por que os homens usam menos os serviços de saúde do que as mulheres? Explicações de homens com escolaridade baixa versus superior”, *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3): 565-574.
27. Bulgareli JV et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saúde Publica*. 2018; 52:44.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, Resultados Principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
29. Rouxel P et al. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal e solidão em idosos. *Eur J Ageing*. 2017; 14(2): 101-109.
30. Rendall MS, Weden MM, Favreault MM, Waldron H. The Protective Effect of Marriage for Survival: A Review and Update. *Demography*. 2011; 48(2): 481-506.
31. Guiotoku SK, Moysés ST, Moysés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(2):135–41.
32. Santos JAF. Efeitos de classe na desigualdade racial no Brasil. *Rev Ciênc Sociais*. 2005; 48: 21-65.
33. Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - Ipea. Boletim de conjuntura 2003 Setembro, n.62. [acesso em: 18 mar. 2007]. Disponível em: [www.ipea.gov.br/publicações/detboletins](http://www.ipea.gov.br/publicações/detboletins)
34. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5): 1595–1601.
35. Silva JYB, Santos BZ, Oliveira RM, Bosco VL. Desigualdade em saúde. *RSBO*. 2009; 6(4): 422–429.
36. Passos-Soares JS et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de adultos. *Rev Ciênc Méd Biol*. 2018; 17(2): 158-163.
37. Santillo PMH, Gusmão ES, Moura C, Soares RSC, Cimões R. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(2): 581-590.
38. Sousa JL, Henriques A, Silva ZP, Severo M, Silva S. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(6).
39. Guerra MJC et al. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(12): 4777–4786.
40. Miotto MHMB, Almeida CS, Barcellos LA. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(9): 3931-3940.
41. Fonseca SGO, Fonseca EP, Meneghim MC. Fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos por adultos no estado de São Paulo, Brasil, 2016. *Ciênc Saúde Colet*. 2020; 25(1): 365–374.

42. Spagnuolo G, De Vito D, Rengo S, Tatullo M. Covid-19 outbreak: An overview on dentistry. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(6): 2094.
43. Cunha AR, Velasco SFM, Hugo FN, Antunes JLF. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. *Rev Bras Epidemiol*. 2021; 24.



## 5.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

### Melhoria na Qualidade de Vida Relacionada à Realização de Tratamento Endodôntico

#### 5.2.4 Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar o impacto na qualidade de vida relacionado à realização de tratamento endodôntico através da aplicação do questionário OHIP-14 antes e depois da finalização do tratamento. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo de intervenção não-controlado do tipo “antes e depois” que analisou uma amostra inicial de 312 participantes e uma amostra final de 148 participantes. Foram utilizados dois questionários para a coleta de dados, um para definir o perfil sociodemográfico dos participantes e o Oral Health Impact Profile (OHIP-14) para mensuração da qualidade de vida. A comparação do impacto no segundo momento da pesquisa em relação ao primeiro foi realizada através do teste não paramétrico de Wilcoxon. O perfil demográfico da população final analisada foi de maioria feminina (59,5%), com idade de até 43 anos (53%), parda (45,3%), casada ou que vive com companheiro(a) (54,1%), residente no município de Serra (51,3%), que declarou ter estudado por 13 anos ou mais (83%), ser pertencente às classes C/D/E (62,9%) e ter utilizado serviços privados para ter acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa (54,1%). O impacto na qualidade de vida antes da realização de tratamento endodôntico foi declarado por 130 pessoas (87,8%), sendo que os domínios mais relatados foram desconforto psicológico (75,7%), dor física (66,9%) e incapacidade psicológica (52%). Já o impacto na qualidade de vida após a realização de tratamento endodôntico foi declarado por apenas 10 pessoas (6,8%), sendo que os domínios com maior impacto relatado foram desconforto psicológico (3,4%), dor física (3,4%) e incapacidade psicológica (3,4%). Foi possível observar a diminuição da frequência de impacto em todos os domínios analisados pelo OHIP-14, sendo que a frequência geral de impacto na qualidade de vida diminuiu em 92,3% no período de um mês.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde bucal, Qualidade de vida, Tratamento do canal radicular.

### 5.2.5 Abstract

The aim of this study was to analyze the impact on quality of life related to endodontic treatment through the application of the OHIP-14 questionnaire before and after the end of treatment. This is a prospective, longitudinal, uncontrolled before-and-after intervention study that analyzed an initial sample of 312 participants and a final sample of 148 participants. Two questionnaires were used for data collection, one to define the sociodemographic profile of the participants and the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) to measure the quality of life. The comparison of the impact in the second moment of the research in relation to the first was performed using the non-parametric Wilcoxon test. The demographic profile of the final population analyzed was mostly female (59.5%), aged up to 43 years (53%), mixed race (45.3%), married or living with a partner (54.1 %), residing in the municipality of Serra (51.3%), who declared having studied for 13 years or more (83%), belonging to classes C/D/E (62.9%) and having used private services to having access to oral health services in the last 12 months prior to the survey (54.1%). The impact on quality of life before endodontic treatment was reported by 130 people (87.8%), with the most reported domains being psychological discomfort (75.7%), physical pain (66.9%) and disability. psychological (52%). The impact on quality of life after endodontic treatment was reported by only 10 people (6.8%), and the domains with the highest reported impact were psychological discomfort (3.4%), physical pain (3.4%). %) and psychological disability (3.4%). It was possible to observe a decrease in the frequency of impact in all domains analyzed by the OHIP-14, and the general frequency of impact on quality of life decreased by 92.3% in a period of one month.

**KEYWORDS: Oral health, Quality of life, Root canal treatment.**

### 5.2.6 Introdução

Historicamente, a prestação de serviços públicos de saúde bucal no Brasil caracterizou-se por ações de baixa complexidade, de caráter curativo e mutilador e com acesso restrito. Tal fato caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com maior exclusão social<sup>1</sup>. Mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante como princípio a integralidade da assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”<sup>2</sup>, a assistência odontológica pública no Brasil, continuou restrita quase que completamente aos serviços básicos e ainda assim, com grande demanda reprimida<sup>3</sup>.

Visando uma mudança nesse cenário, houve em 2004 a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, o Brasil Sorridente, que estabeleceu a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), responsáveis por ofertar assistência odontológica complementar à atenção primária<sup>3</sup>. Dentre as especialidades ofertadas pelos CEOs de todo o país, a de maior demanda é a endodontia<sup>4,5</sup>, sua taxa de utilização chega a ser de até 512,4% maior do que as demais especialidades<sup>6</sup>.

Consolidada como alternativa terapêutica eficaz e de caráter conservador, a terapia endodôntica refere-se ao diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e lesões da polpa e condições perirradiculares associadas<sup>7</sup>. As áreas de intervenção da endodontia são vastas e incluem a terapia pulpar vital, procedimentos endodônticos regenerativos, tratamento endodôntico convencional, retratamento endodôntico e cirurgia paraendodôntica. O seu objetivo principal é a preservação da dentição natural funcional<sup>8</sup>.

Devido à dificuldade no acesso à terapia endodôntica ofertada na atenção secundária pelo Sistema Único de Saúde, a extração do elemento dental persiste como uma prática contemporânea e cotidiana para o alívio da dor em populações de baixo nível socioeconômico, sendo uma opção terapêutica mutiladora que reproduz as desigualdades sociais existentes no país<sup>9</sup>. Por consequência, a mutilação dentária, resultado da perda dos dentes, acaba por impor às pessoas mudanças físicas, biológicas e emocionais<sup>10</sup> com impacto negativo sobre sua qualidade de vida<sup>9</sup>.

No âmbito da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor, informações sobre qualidade de vida têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde<sup>11</sup>. Nesse sentido, o uso de indicadores sociodentais, baseados na autopercepção do paciente, oferece vantagens importantes para avaliar o impacto das condições bucais no bem-estar<sup>12</sup>, os resultados de tratamentos clínicos<sup>13</sup> e o planejamento e a provisão dos serviços odontológicos<sup>14</sup>.

Dentre os indicadores sociodentais existentes, um dos mais utilizados na atualidade para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP)<sup>12</sup>. O OHIP já foi utilizado em estudos para avaliar diversas condições e agravos em saúde bucal que impactam negativamente na qualidade de vida, tais como: perda dental, edentulismo, problemas mastigatórios e próteses mal adaptadas,<sup>15-18</sup> bem como também já foi observada a redução do impacto em indivíduos que tiveram tratamento odontológico concluído, melhorando assim a qualidade de vida<sup>19</sup>.

Considera-se então, que o instrumento OHIP-14 consiste num importante auxiliar na exploração das necessidades em saúde oral e na elaboração de estratégias que visem a promoção da saúde com impacto positivo na qualidade de vida<sup>20</sup>. Este estudo teve como objetivo analisar o impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida de pacientes atendidos na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo (ABO-ES), através da aplicação do questionário OHIP-14 antes e depois da realização do tratamento.

#### 5.2.4 Material e Métodos

Trata-se de um estudo analítico com delineamento longitudinal prospectivo de intervenção não-controlado do tipo “antes e depois”. A coleta de dados foi realizada em dois momentos. No primeiro momento, antes da realização do tratamento endodôntico, de forma presencial, na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo (ABO-ES) e em um segundo momento, um mês após a finalização do tratamento, através de contato telefônico com os participantes. A ABO-ES é uma instituição de ensino privada localizada no município de Serra-ES, onde os alunos pós-graduandos realizam atendimentos odontológicos em diversas especialidades. O intervalo de um mês para o acompanhamento foi escolhido pois a ocorrência de dor pós-operatória após a realização do tratamento endodôntico é comum, visto que o mesmo não é capaz de eliminar todo o processo inflamatório e infeccioso existente de maneira imediata<sup>21</sup>, assim, a dor pode ocorrer por até uma semana após a finalização do tratamento<sup>22</sup>.

Em um primeiro momento, no período compreendido entre 19 de janeiro e 02 de dezembro de 2021, foram entrevistados 312 participantes com 18 anos ou mais, que procuraram por atendimento na clínica de endodontia da ABO-ES e que responderam a dois questionários. Um roteiro estruturado foi utilizado para a coleta de informações sociodemográficas, como: sexo, idade, raça/cor, estado civil, município de moradia, escolaridade, condição socioeconômica e tipo de acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa. A condição socioeconômica dos participantes foi categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe de família em A, B, C, D/E, por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil versão 2019<sup>23</sup>.

O questionário OHIP-14 avaliou a percepção dos participantes sobre o impacto da necessidade de tratamento endodôntico na qualidade de vida. As questões foram respondidas de acordo com com uma escala Lickert codificada como: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído, pior é a autopercepção do impacto<sup>12</sup>. Optou-se, neste estudo, por utilizar o método de expressão dos resultados do OHIP como variável categórica em dois grupos: com impacto para as respostas “sempre” e “frequentemente” e sem impacto para “às vezes, raramente e nunca”.

Dos 312 participantes da amostra inicial, 21 relataram não ter necessitado da realização do tratamento endodôntico, realizando apenas tratamento restaurador e 18 relataram ter extraído o elemento dental devido a complicações que impediam a finalização do tratamento, sendo assim, excluídos do segundo momento da pesquisa.

Para o cálculo da amostra final do estudo, foi considerado um intervalo de confiança de 95%, o valor da proporção adotado foi de 15%, com margem de erro de 5%, chegando a um total de 148 participantes. No segundo momento da pesquisa, um mês após a finalização do tratamento, foi realizado contato telefônico com os participantes para um novo preenchimento do questionário OHIP-14. Muitos participantes relataram não terem finalizado o tratamento durante o período da pesquisa, ou então não foi possível realizar o contato telefônico com os mesmos. Sendo assim, a amostra final foi composta por aqueles participantes que finalizaram o tratamento endodôntico e que responderam ao segundo questionário OHIP-14.

A comparação da frequência de impacto no segundo momento em relação ao primeiro momento da pesquisa foi realizada através do teste não-paramétrico de Wilcoxon. O pacote estatístico IBM SPSS 20 foi utilizado para esta análise e o nível de significância adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, parecer nº 4454344.

## 5.2.5 Resultados

**Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes de endodontia da ABO-ES, 2022.**

<b>Característica</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	88	59,5
Masculino	60	40,5
<b>Faixa Etária</b>		
Até 43 anos	77	53,0
44 anos ou mais	71	48,0
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo	68	45,9
Casado/Vive junto com companheiro(a)	80	54,1
<b>Raça/Cor</b>		
Branca	51	34,5
Negra	28	18,9
Parda	67	45,3
Amarela	2	1,3
Indígena	0	0,0
<b>Município de Moradia</b>		
Vitória	41	27,7
Serra	76	51,3
Outros	31	21,0
<b>Nível de Escolaridade</b>		
Até 13 anos de estudo (Até Ensino Médio Incompleto)	25	17,0
13 anos de estudo ou mais (Ensino Médio Completo ou mais)	123	83,0
<b>Classificação Socioeconômica</b>		
A	3	2,0
B	52	35,1
C	87	58,8
D/E	6	4,1
<b>Acesso a Serviços de Saúde Bucal</b>		
Público/Não tem acesso	68	45,9
Particular/Plano de saúde	80	54,1
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração Própria (2022).

O perfil demográfico da população analisada na amostra final deste estudo foi de maioria feminina (59,5%), com idade de até 43 anos (53%), parda (45,3%), casada ou que vive com companheiro(a) (54,1%) e residente no município de Serra (51,3%). Em relação à caracterização socioeconômica, a maioria declarou ter estudado por 13 anos ou mais (83%), ser pertencente às classes C/D/E (62,9%) e ter utilizado o serviço particular para ter acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses (54,1%) (Tabela 1).



**Tabela 2. - Impacto na qualidade de vida antes da realização de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022.**

Dimensão	Com impacto		Sem Impacto	
	Nº	%	Nº	%
Limitação funcional	15	10,1	133	89,9
Dor física	99	66,9	49	33,1
Desconforto psicológico	112	75,7	36	24,3
Incapacidade física	71	48,0	77	52,0
Incapacidade psicológica	77	52,0	71	48,0
Incapacidade social	43	29,1	105	70,9
Deficiência	33	22,3	115	77,7
Geral	130	87,8	18	12,2

Fonte: Elaboração Própria (2022).

O impacto na qualidade de vida antes da realização de tratamento endodôntico foi declarado por 130 pessoas (87,8%), sendo que os domínios com maior impacto relatado foram desconforto psicológico (75,7%), dor física (66,9%) e incapacidade psicológica (52%) (Tabela 2).

**Tabela 3. Impacto na qualidade de vida após a realização de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022.**

Dimensão	Com impacto		Sem Impacto	
	Nº	%	Nº	%
Limitação funcional	0	0,0	148	100,0
Dor física	5	3,4	143	96,6
Desconforto psicológico	5	3,4	143	96,6
Incapacidade física	4	2,7	144	97,3
Incapacidade psicológica	5	3,4	143	96,6
Incapacidade social	2	1,4	146	98,6
Deficiência	0	0,0	148	100,0
Geral	10	6,8	138	93,2

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Já o impacto na qualidade de vida após a realização de tratamento endodôntico foi declarado por apenas 10 pessoas (6,8%), sendo que os domínios com maior impacto relatado também foram desconforto psicológico (3,4%), dor física (3,4%) e incapacidade psicológica (3,4%) (Tabela 3).

**Tabela 4. Impacto na qualidade de vida antes e após a realização de tratamento endodôntico em pacientes da clínica de endodontia da ABO-ES, 2022.**

Dimensão	Antes do tratamento		Após o tratamento		Teste Wilcoxon	
	Nº	%	Nº	%	Valor	p-valor
Limitação funcional	15	10,1	0	0,0	-3,873	0,000
Dor física	99	66,9	5	3,4	-9,400	0,000
Desconforto psicológico	112	75,7	5	3,4	-10,156	0,000
Incapacidade física	71	48,0	4	2,7	-7,842	0,000
Incapacidade psicológica	77	52,0	5	3,4	-8,370	0,000
Incapacidade social	43	29,1	2	1,4	-6,112	0,000
Deficiência	33	22,3	0	0,0	-5,745	0,000
Geral	130	87,8	10	6,8	-10,954	0,000

Fonte: Elaboração Própria (2022).

Comparando-se as frequências de impacto na qualidade de vida encontradas antes e após a finalização do tratamento endodôntico utilizando o teste não-paramétrico de Wilcoxon, foi possível observar melhora nos índices de todos os domínios do instrumento OHIP-14 e na pontuação geral.

### 5.2.6 Discussão

No presente estudo, foi observada melhora significativa dos valores do OHIP-14 em todos os domínios analisados após a finalização do tratamento endodôntico. Comparando os dados antes e após a realização do tratamento, foi verificado que a pontuação total do OHIP-14 melhorou 92,3% no período de um mês. Resultado semelhante também foi encontrado por Carvalho e Duarte (2021), onde foi relatada uma redução de impacto de 95%<sup>24</sup>.

Os domínios mais relatados antes da realização do tratamento foram desconforto psicológico, dor física e incapacidade psicológica. Os mesmos domínios seguiram sendo os mais relatados após a finalização do tratamento, porém com considerável diminuição na frequência do impacto. Tal achado evidencia a necessidade de se encarar o fenômeno doloroso sob o tríplice aspecto biopsicossocial e reforça a compreensão de que o atendimento clínico profissional deve ir além do olhar reducionista da doença e da saúde como questões de ordem exclusivamente orgânica ou fisiológica, visto que a saúde está intimamente vinculada à totalidade do ser humano<sup>25</sup>.

Outros estudos também demonstraram que a realização do tratamento endodôntico impactou positivamente na qualidade de vida dos indivíduos, sobretudo nos domínios da dor física, do desconforto psicológico e da incapacidade psicológica<sup>26-31</sup>. Em um estudo longitudinal prospectivo, houve uma comparação dos índices obtidos pelo instrumento OHIP-14 antes do tratamento, 1 mês depois da realização do tratamento e 6 meses após o término. Foi constatado que todos os domínios analisados apresentaram melhora significativa nas pontuações após o tratamento e que a pontuação melhorou 40% em 1 mês e 50% em 6 meses<sup>28</sup>. Além disso, recente revisão sistemática foi conduzida no sentido de determinar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal antes e após o tratamento endodôntico<sup>32</sup>. A busca inicial resultou em 415 artigos, evidenciando o interesse crescente a respeito do tema endodontia e qualidade de vida. Os resultados confirmam a evidência de que há uma melhora substancial na qualidade de vida após a terapia endodôntica.

É possível atribuir a melhora na qualidade de vida proporcionada pela realização do tratamento endodôntico ao seu caráter altamente eficaz na eliminação de dor. A dor de origem dental compromete a realização de atividades diárias, provocando diminuição das horas de

sono, não realização de atividades de lazer, restrições alimentares, distúrbios psicológicos e perda de dias de aprendizagem na escola e/ou no trabalho<sup>33-34</sup>. Pesquisas apontam para fatores como dor e dificuldades para dormir impactando negativamente na qualidade de vida, e que houve melhora após a realização do tratamento endodôntico<sup>26</sup>.

Também deve-se ressaltar a alta taxa de sucesso associada ao tratamento endodôntico, que varia entre 70% e 95%, a depender da complexidade do caso<sup>35</sup>. A chance de dentes sem periodontite apical permanecerem livres da doença após o tratamento inicial ou retratamento é 92% a 98%. Já a chance de sucesso em dentes com periodontite após o tratamento inicial ou retratamento é de 74% a 86%<sup>36</sup>.

Por fim, a terapia endodôntica possui valioso caráter conservador, promovendo a preservação da dentição natural funcional. Altas taxas de retenção dentária foram relatadas em acompanhamentos de longo prazo após a realização do tratamento endodôntico. Em um estudo retrospectivo realizado analisando 2.679 dentes tratados endodonticamente, observou-se uma taxa de retenção dentária de 86,25% após um período de acompanhamento de 20 anos<sup>37</sup>.

Ressalta-se que a manutenção do elemento dentário é considerada importante e colabora para a saúde em geral na visão dos pacientes<sup>38</sup>. Em um estudo realizado com pacientes atendidos em uma unidade de saúde, 62% dos entrevistados relataram que optariam pela realização do tratamento endodôntico para permanecerem com o elemento dentário sadio e presente na cavidade oral ao invés de realizarem a exodontia<sup>39</sup>.

Todavia, no presente estudo observou-se um expressivo percentual de pacientes (40,06%) da amostra inicial que não finalizaram o tratamento endodôntico durante o período da pesquisa. Tal achado pode ser explicado devido ao fato de o tratamento endodôntico eventualmente exigir mais de uma consulta, e os pacientes, por muitas vezes, iniciarem o tratamento apenas para alívio da dor e, após isso, não retornarem mais<sup>40</sup>. Deve-se considerar também que o estudo foi realizado durante período da pandemia de Covid-19 no Brasil, que levou à suspensão dos atendimentos odontológicos durante os períodos críticos de contágio, o que pode ter contribuído para o atraso na finalização ou abandono do tratamento por parte dos pacientes.

O perfil sociodemográfico predominante dos participantes que constituíram a amostra final do estudo se manteve o mesmo da amostra inicial em todas as variáveis analisadas, exceto na variável “tipo de acesso a serviços odontológicos nos últimos 12 meses”. Na amostra inicial a maioria dos participantes que procuraram pelo tratamento endodôntico era composta por usuários do SUS ou pessoas que não possuíam acesso a serviços de saúde (53,2%), já na amostra final, a maioria dos participantes que concluíram o tratamento relataram ter acesso a utilização do serviço de saúde odontológico particular ou do plano de saúde (54,1%). Considerando-se que a população atendida pelos serviços públicos é aquela socioeconomicamente menos favorecida<sup>41</sup>, pode-se presumir que essa parcela de participantes de limitada capacidade financeira é a que enfrentou maior dificuldade para finalizar o tratamento endodôntico.

Apesar de estar disponível nos CEOS de todo o Brasil desde a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, evidências apontam para a existência de uma grande demanda reprimida em relação à especialidade de endodontia no SUS<sup>42</sup> e dificuldade de acesso ao tratamento por parte dos pacientes<sup>43</sup>. Por consequência, dentes que poderiam ser recuperados continuam sendo extraídos em função da estreita oferta de procedimentos pela atenção secundária<sup>9</sup>. Também, longas filas e a demora no atendimento acabam contribuindo para um elevado número de absenteísmo e abandonos de tratamento por parte dos usuários<sup>40,44</sup>. O longo período de espera pelo tratamento também pode gerar consequências negativas, como a sobrecarga da atenção básica devido a busca constante do paciente por serviços de urgência com intuito de alívio da dor<sup>45</sup>.

Frente a isto, é essencial avaliar informações relativas ao acesso, demanda reprimida e resolutividade na especialidade de endodontia no SUS, pois estes dados podem refletir a efetivação da integralidade do cuidado<sup>46</sup>. Deve-se investigar as causas de suas deficiências, avaliar e propor ações para a reversão desse quadro<sup>47</sup>.

Os achados deste estudo podem induzir uma reflexão sobre a necessidade de ampliar o acesso universal à terapia endodôntica no SUS, considerando a melhora significativa na qualidade de vida proporcionada por este tratamento. É preciso repensar a organização da oferta de serviços na atenção primária, de forma a garantir procedimentos mais complexos e conclusivos, visando resolver as necessidades que motivaram a procura da assistência odontológica e evitando futuras perdas dentárias, bem como outras seqüelas. A inclusão de

procedimentos endodônticos de menor complexidade na atenção primária poderia contribuir para aumentar o vínculo entre profissionais e pacientes, ampliar a credibilidade e o reconhecimento do valor da existência do serviço público odontológico local, e reduzir assim, o impacto na qualidade de vida dessas populações.

Considerando que o uso de indicadores sociodentais para avaliação da saúde bucal relacionada à qualidade de vida é de grande valia para estimar a efetividade de programas públicos de saúde bucal, revelando as reais necessidades da população, ressalta-se assim, a necessidade da realização de mais estudos prospectivos longitudinais que possam contribuir com o monitoramento e avaliação do impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida para um melhor entendimento de como a terapia endodôntica afeta a vida das pessoas.

### 5.2.7 Conclusão

Antes da realização do tratamento endodôntico, foi declarada uma alta frequência de impacto na qualidade de vida (87,8%), reforçando o caráter danoso da condição dolorosa provocada pelas doenças da polpa e do periápice no bem-estar dos indivíduos. Um mês após a finalização do tratamento, houve redução expressiva no impacto em todos os domínios analisados do OHIP-14 e redução de 92,3% no impacto geral, confirmando assim a capacidade do tratamento endodôntico em melhorar a qualidade de vida.



### 5.2.8 Referências

1. Pucca Junior GA et al. Oral health policies in Brazil. *Braz Oral Res.* 2009; 23(1): 9–16.
2. Brasil. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 1990.*
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.* Brasília; 2004.
4. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP.* 2013; 42(5): 317–323.
5. Costa WCLB, Werneck MAF, Palmier AC. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. *RGO.* 2018; 66(1): 70-76.
6. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(1): 143–154.
7. American association of endodontists. *Glossary of Endodontic Terms.* 10 ed. Chicago: 2020. Endodontics p. 18.
8. Conrad J, Retelsdorf J, Attia S, Dörfer C, Mekhemar M. German dentists preferences for the treatment of apical periodontitis: A cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(20): 1–14.
9. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Colet.* 2005; 10(4): 1015–1024.
10. Ferreira AAA, Piuvesam G, Werner CWA, Alves MSC. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. *Ciênc Saúde Colet.* 2006; 11(1): 211–218.
11. Kaplan RM. *Quality of life, resource allocation, and the U.S. health - care crisis. Quality of life in behavioral medicine research.* New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995.
12. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994; 11(1): 3–11.

13. Locker D. Oral health and quality of life. *Community Dent Health*. 2004; 2(1): 247-253.
14. Sheiham A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto, VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000.
15. Biazevic MGH et al. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res*. 2004;18(1): 85-91.
16. Silva, MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(3): 841-850.
17. Gagliardi DI, Slade GD, Sanders AE. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. *Aust Endod J*. 2008; 53(1): 26-33.
18. Mariño R, Schofield M, Wright C, Calache H, Minichiello V. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2008; 36(1): 85-94.
19. Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHMB. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2008; 10(2): 46-51.
20. Gabardo MCL, Moyses ST, Moyses SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto de saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 3(6): 439-445.
21. Sousa TV, Cruz JHA, Sousa KA, Sarmento TCAP, Rosendo RA. Dor pós-operatória em Endodontia: revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2021; 10(7): 1062-1068.
22. Pak JG, White SN. Pain prevalence and severity before, during, and after root canal treatment: A systematic review. *J Endod*. 2011; 37(4): 429-438.
23. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Critério de Classificação Econômica do Brasil 2019. [acesso em: 10 abril 2020]. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
24. Carvalho AS, Duarte DA. O tratamento endodôntico no SUS pode impactar na qualidade de vida de adolescentes. *REAS [Internet]*. 2021 [acesso em: 29 abr 2022]; 13(2). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5978>
25. Drummond JP. Bioética, dor e sofrimento. *Cienc Cult*. 2011; 63(2): 32-37.
26. Dugas N et al. Quality of Life and Satisfaction Outcomes of Endodontic Treatment. *J Endod*. 2002; 28(12): 819–827.

27. Hamasha AA, Hatwsh A. Quality of life and satisfaction of patients after nonsurgical primary root canal treatment provided by undergraduate students, graduate students and endodontic specialists. *Int Endod J.* 2013; 46(12): 1131–1139.
28. Liu P, Mcgrath C, Cheung GSP. Improvement in oral health-related quality of life after endodontic treatment: a prospective longitudinal study. *J Endod.* 2014; 40(6): 805-810.
29. Diniz-de-figueiredo FE, Lima LF, Oliveira LS, Bernardino IM, Paiva SM, Faria-e-Silva AL. The impact of two root canal treatment protocols on the oral health-related quality of life: a randomized controlled pragmatic clinical trial. *Int Endod J.* 2020; 53(10): 1327–1338.
30. He J, White RK, White CA, Schweitzer JL, Woodmansey KF. Clinical and Patient-centered Outcomes of Nonsurgical Root Canal Retreatment in First Molars Using Contemporary Techniques. *J Endod.* 2017; 43(2): 231–237.
31. Montero J et al. Patient-centered Outcomes of Root Canal Treatment: A Cohort Follow-up Study. *J Endod.* 2015; 41(9): 1456–1461.
32. Neelakantan, P. Oral health–related quality of life (OHRQoL) before and after endodontic treatment: a systematic review. *Clin Oral Investig.* 2019; 24(1): 25-36.
33. Shepherd MA, Nadanovsky P, Sheiham A. The prevalence and impact of dental pain in 8 year-old school children in Harrow, England. *Br Dent J.* 1999; 187(1): 38-41.
34. Goes PSA, Watt R, Hardy RG, Sheiham A. The prevalence and severity of dental pain in 14-15 years old Brazilian schoolchildren. *Community Dent Health.* 2007; 24(4): 217-224.
35. Weiger R, Axmann-Krcmar D, Lm C. Prognosis of conventional root canal treatment reconsidered. *Dent Traumatol.* 2007; 14(1): 1–9.
36. Friedman S, Mor C. The Success of Endodontic Therapy — Healing and Functionality. *J Calif Dent Assoc.* 2004; 32(6): 493-503.
37. Mareschi P, Taschieri S, Corbella S. Long-Term Follow-Up of Nonsurgical Endodontic Treatments Performed by One Specialist: A Retrospective Cohort Study about Tooth Survival and Treatment Success. *Int J Dent.* 2020; 2020(2): 1–8.
38. Gatten DL, Riedy CA, Hong SK, Johnson JD, Cohenca N. Quality of Life of Endodontically Treated versus Implant Treated Patients: A University-based Qualitative Research Study. *J Endod.* 2011; 37(7): 903–909.
39. Souza KC, Veloso HHP, Queiroga AS. A perspectiva dos pacientes do serviço público de saúde de João Pessoa-PB frente ao tratamento endodôntico. *ROBRAC.* 2012; 21(59): 534-537.

40. Saliba NA, Nayme JGR, Moimaz SAS, Cecilio LPP, Garbin CAS. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5): 317–323.
41. Pinto RS, Matos DL, Filho AIL. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17(2): 531-544.
42. Lino PA, Werneck MAF, Lucas SD, Abreu MHNG. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(9): 3879–3888.
43. Santana VGD et al. Análise da evolução e financiamento da assistência odontológica na média complexidade no município do Recife no período de 2000 a 2007. *Cad Saúde Colet*. 2008; 16(3): 527-544.
44. Chaves SCL, Cruz DN, Barros SG, Figueiredo AL. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(1): 143–154.
45. Souza LF, Chaves SCL. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na Bahia. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011; 34(2): 371-387.
46. Bulgareli JV et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(4): 229-236.
47. Andrade FB, Pinto RS, Antunes JLF. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(9):1-10.

### 5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, constatou-se que a necessidade de tratamento endodôntico provoca significativo impacto na qualidade de vida, em grande parte, devido a dor resultante das doenças pulpares e perirradiculares, mas também pelo custo psicossocial que a condição dolorosa ocasiona no bem-estar dos indivíduos. Os domínios mais relatados pelos participantes antes da realização do tratamento foram desconforto psicológico, dor física e incapacidade psicológica. Destaca-se assim, a importância da análise de parâmetros subjetivos e psicométricos, através da utilização de indicadores sociodentais para avaliação da saúde, visando compreender como os agravos em saúde bucal interferem na qualidade de vida da população.

Em pessoas que necessitavam da realização de tratamento endodôntico, predileção de impacto na qualidade de vida esteve associada a indivíduos do sexo feminino, não-brancos, que vivem sem companheiro(a), que estudaram por 13 anos ou mais, pertencentes às classes C/D/E e que acessam serviços de saúde bucal através do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que não têm acesso. A frequência e predileção de impacto relacionada ao perfil sociodemográfico encontrado neste estudo pode atuar como um alerta para gestores e nortear políticas públicas de saúde que visem a ampliação do acesso a serviços odontológicos, não apenas a nível primário, mas também a serviços especializados.

Houve redução expressiva no impacto em todos os domínios analisados do OHIP-14 e no impacto geral um mês após a finalização do tratamento. Tais achados podem induzir uma reflexão sobre a necessidade de ampliar o acesso universal à terapia endodôntica por meio do Sistema Único de Saúde, considerando a melhora significativa na qualidade de vida proporcionada por este tratamento. Ressalta-se a necessidade da realização de mais estudos prospectivos longitudinais que possam contribuir com o monitoramento e avaliação do impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida para um melhor entendimento de como a terapia afeta a vida das pessoas.

## REFERÊNCIAS DO ESTUDO

ALLEN, P. F.; LOCKER D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. **Community Dent. Health.**, v. 14, n. 3, p. 133–138, 1997.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: Definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades - EACH/USP, 2012.

AGUIAR, A.D.; OLIVEIRA, E.R.A.; MIOTTO, M.H.M.B. Tooth Loss, Sociodemographic Conditions and Oral Health-Related Quality of Life in the Elderly. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.** [Internet] 2022 [acesso em: 16 maio 2022]; 22:e200189. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/PBOCI/article/view/1022>

AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS. **Glossary of Endodontic Terms**. Chicago, 2020.

ANDRADE, F. B.; PINTO, R. S.; ANTUNES, J. L. F. Tendências nos indicadores de desempenho e monitoramento de produção dos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-10, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS (ABEP). Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). **Critério de Classificação Econômica do Brasil 2018**. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BARBOSA, S. R. S. Qualidade de Vida e ambiente: uma temática em construção. In: BARBOSA, S. R. S. (org.). **A temática ambiental e a pluralidade do Ciclo de Seminários do NEPAM**. Campinas: UNICAMP, NEPAM, 1998, p. 401- 423.

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

BENNADI, D.; REDDY, C. V. K. Oral health related quality of life. **J. Int. Soc. Prev. Community Dent.**, v. 3, n. 1, p. 1-6, 2013.

BIAZEVIC, M. G. H.; ARAUJO, M. E.; MICHEL-CROSATO, E. Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: revisão sistemática. **UFES Rev. Odontol.**, v. 4, n. 2, p. 13-25, 2002.

BIAZEVIC, M. G. H. et al. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. **Braz. Oral Res.**, v. 18, n. 1, p. 85-91, 2004.

BONECKER, M.; ABANTO, J., Como as pesquisas de excelência em qualidade de vida relacionada à saúde bucal podem contribuir para a prática clínica? **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo. v.68, n.3, p.220-221, 2014.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 599 de 23 de março de 2006**. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, Resultados Principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BULGARELI, J. V. et al. Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 42, n.4, p. 229–236, 2013.

CARVALHO, A.S.; DUARTE, D.A. O tratamento endodôntico no SUS pode impactar na qualidade de vida de adolescentes. **REAS** [Internet]. 2021 [acesso em: 29 abr 2022]; 13(2). Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5978>

CHAPELIN, C. C.; BARCELLOS, L. A.; MIOTTO, M. H. M. B. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. **Rev. Bras. Pesqui. Saúde.**, v. 10, n. 2, p. 46-51, 2008.

CHAVES, S. C. L. et al. Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.1, p.143–154, 2011.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 6, p. 1791–1803, 2017.

CHAVES, S. C. L. et al. Política de Saúde Bucal no Brasil: as transformações no período 2015-2017. **Saúde Debate.**, v. 42, n. 2, p. 76–91, 2018.

CHEN, S. et al. An Epidemiologic Study of Tooth Retention After Nonsurgical Endodontic Treatment in a Large Population in Taiwan. **J. Endod.**, v. 33, n. 3, p. 226–229, 2007.

CHOI, S. H. et al. Impact of malocclusion and common oral diseases on oral health-related quality of life in young adults. **Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.**, v. 147, n. 5, p. 587-595, 2015.

CONRAD, J. et al. German dentists' preferences for the treatment of apical periodontitis: A cross-sectional survey. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 20, p. 1–14, 2020.

CORTELLAZZI, K. L. et al. Variables associated with the performance of Centers for Dental Specialties in Brazil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 17, n. 4, p. 978–988, 2014.

COSTA, W. C. L. B.; WERNECK, M. A. F; PALMIER, A. C. Secondary care in oral health in small municipalities: a cross-sectional evaluation of demand x access. **RGO**, v. 66, n. 1, p. 70-76, 2018.

CUNHA, A.R. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the provision of dental procedures performed by the Brazilian Unified Health System: a syndemic perspective. **Rev. Bras. Epidemiol.** 2021; 24.

DINIZ-DE-FIGUEIREDO, F.E. et al. The impact of two root canal treatment protocols on the oral health-related quality of life: a randomized controlled pragmatic clinical trial. **Int. Endod. J.**, v. 53, n. 10, p. 1327–1338, 2020.

DÖRR, G. D.; GRECCA, F. S.; GIORDANI, J. M. A. Avaliação dos atendimentos endodônticos em um Centro de Especialidades Odontológicas em Porto Alegre, RS. **Rev. ABENO.**, v. 16, n. 3, p. 85–95, 2016.

DRUMMOND, J.P. Bioética, dor e sofrimento. **Cienc. Cult.** v.63, n.2, p. 32-37, 2011.

DUGAS, N. et al. Quality of Life and Satisfaction Outcomes of Endodontic Treatment. **J. Endod.**, v. 28, n. 12, p. 819–827, 2002.

FERREIRA, A. A. A. et al. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 11, n. 1, p. 211–218, 2006.

FIGUEREDO, N.; GOES, P. S. A.; MARTELLI, P. J. L. **Os caminhos da saúde bucal no Brasil: um olhar quali e quanti sobre os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) no Brasil.** 1. ed. Recife: Editora da UFPE, 2016.

FONSECA, S. G. O.; FONSECA, E. P.; MENEGHIM, M. C. Fatores associados ao uso de serviços odontológicos públicos por adultos no estado de São Paulo, Brasil, 2016. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 25, n. 1, p. 365–374, 2020.

FREITAS, C. H. S. M. et al. Atenção em saúde bucal: avaliação dos centros de especialidades odontológicas da Paraíba. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 131–143, 2016.

FRIEDMAN, S.; MOR, C. The Success of Endodontic Therapy — Healing and Functionality. **J. Calif. Dent. Assoc.**, v. 32, n. 6, p. 493-503, 2004.

GABARDO, M. C. L.; MOYSES, S. T.; MOYSES, S. J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto de saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.

GAGLIARDI, D. I., SLADE, G. D., SANDERS, A. E. Impact of dental care on oral health-related quality of life and treatment goals among elderly adults. **Aust. Endod. J.**, v. 53, n. 1, p. 26-33, 2008.

GATTEN, D. L. et al. Quality of Life of Endodontically Treated versus Implant Treated Patients: A University-based Qualitative Research Study. **J. Endod.**, v. 37, n. 7, p. 903–909, 2011.



GLICK, M. et al. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. **Int. Dent. J.**, v. 66, n. 2, p. 322-324, 2016.

GOMES, A. S.; ABEGG, C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do departamento municipal de limpeza urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1707-1714, 2007.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.D.; ARAÚJO, F.C.D. “Por que os homens usam menos os serviços de saúde do que as mulheres? Explicações de homens com escolaridade baixa versus superior”. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.3, p.565-574, 2007.

GONÇALVES, A. Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida. In: VILARTA, R. (org.) **Qualidade de Vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física**. Campinas: Editora IPES, 2004, p. 17-26.

GUERRA, M. J. C. et al. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 12, p. 4777-4786, 2014.

GUIOTOKU S.K. et al. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. v.31, n.2, p.135-41, 2012.

GUYATT, G. H.; FEENY, D. H.; PATRICK, D. L. Measuring health-related quality of life. **Annals of Internal Medicine**, v. 118, n. 8, p. 622-629, 1993.

HARGREAVES, K. M.; COHEN, S.; BERMAN, L. H. **Cohen’s pathways of the pulp**. 10. ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier, 2011.

HAMASHA, A. A.; HATIWSH, A. Quality of life and satisfaction of patients after nonsurgical primary root canal treatment provided by undergraduate students, graduate students and endodontic specialists. **Int. Endod. J.**, v. 46, n. 12, p. 1131- 1139, 2013.

HE, J. et al. Clinical and Patient-centered Outcomes of Nonsurgical Root Canal Retreatment in First Molars Using Contemporary Techniques. **J. Endod.**, v. 43, n. 2, p. 231-237, 2017.

Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas - **IPEA**. Boletim de conjuntura 2003 Setembro, n.62. [acesso em: 18 mar. 2007]. Disponível em: [www.ipea.gov.br/publicações/detboletins](http://www.ipea.gov.br/publicações/detboletins)

International Association for the Study of Pain. Washington, D.C: **IASP**. [acesso em: 19 jan. 2022]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

KAPLAN, R. M. **Quality of life, resource allocation, and the U.S. health - care crisis. Quality of life in behavioral medicine research**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995.

KUHNEN, M. et al. Toothache and associated factors in Brazilian adults: a cross-sectional population-based study. **BMC Oral Health.**, v. 9, n. 7, p. 1-8, 2009.

LEONARDI, P. D. et al. Alterações pulpares e periapicais. **RSBO**, v. 8 n. 4, p. 47-61, 2011.

LEONG, D. J. X.; YAP, A. U. Quality of life of patients with endodontically treated teeth: A systematic review. **Aust. Endod. J.**, v. 46, n. 1, p. 130–139, 2020.

LINO, P. A. et al. Análise da atenção secundária em saúde bucal no estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 9, p. 3879–3888, 2014.

LIU, P.; MCGRATH, C.; CHEUNG, G. S. P. Improvement in oral health-related quality of life after endodontic treatment: a prospective longitudinal study. **J. Endod.**, v. 40, n. 6, p. 805-810, 2014.

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

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE G. D.(ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997, p. 11-23.

LOCKER, D. Oral health and quality of life. **Community Dent. Health.**, v. 2, n. 1, p. 247-253, 2004.

LOPES F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública.**, v. 21, n. 5, p. 1595–1601, 2005.

MACFARLANE, T. V. et al. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 30, n. 1, p. 56-60, 2002.

MACHADO, F. C. A.; SILVA, J. V.; FERREIRA, M. A. F. Factors related to the performance of Specialized Dental Care Centers. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 20, n. 4, p. 1149–1163, 2015.

MAGALHÃES, M. B. P. et al. Avaliação da atenção secundária em endodontia em um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 12, p. 4643–4654, 2019.

MARESCHI, P.; TASCHIERI, S.; CORBELLIA, S. Long-Term Follow-Up of Nonsurgical Endodontic Treatments Performed by One Specialist: A Retrospective Cohort Study about Tooth Survival and Treatment Success. **Int. J. Dent.**, v. 2020, n. 2, p. 1–8, 2020.

MARIÑO, R. et al. Self-reported and clinically determined oral health status predictors for quality of life in dentate older migrant adults. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 36, n. 1, p. 85-94, 2008.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

MESQUITA, F.A.B.; VIEIRA, S. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. **RGO.**, v. 57, n. 4, p. 401-406, 2009.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.

MIOTTO, M. H. M. B.; SILOTTI, J. C. B.; BARCELLOS, L. A. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 5, p. 1357–1363, 2012.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; LOPES, Z. V. Dor de dente como preditor de absenteísmo em trabalhadores de uma indústria de sucos da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 11, p. 3183-3190, 2013.

MIOTTO, M. H. M. B.; BARCELLOS, L. A.; VELTEN, D. B. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 2, p. 397-406, 2012.

MOLYNEUX D. And how is life going for you? An account of subjective welfare in medicine. **J. Med. Ethics.** v.33, n.10, p. 568-582, 2007.

MONTERO J et al. Patient-centered Outcomes of Root Canal Treatment: A Cohort Follow-up Study. **J Endod.** v.41, n.9, p. 1456–1461, 2015.

MOREIRA, M. S. et al. Endodontic Treatment in Single and Multipl Visits: An Overview of Systematic Reviews. **J. Endod.**, v. 43, n. 6, p. 864-870, 2017.

NEELAKANTAN, P. Oral health–related quality of life (OHRQoL) before and after endodontic treatment: a systematic review. **Clin. Oral Investig.**, v. 24, n. 1, p. 25-36, 2019.

NG, S. K.; LEUNG, W. K. Oral health-related quality of life and periodontal status. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 34, n. 2, p. 114-122, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Documentos Básicos.** 10.ed. Genebra: OMS, 1960. p. 3.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile–short form. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 33, n. 4, p. 307-314, 2005.

PASSOS-SOARES, J.S. et al. Impacto da perda dentária na qualidade de vida relacionada a saúde bucal de adultos. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v.17, n.2, p. 158-163, 2018.

PAK J.G.; WHITE S.N. Pain prevalence and severity before, during, and after root canal treatment: A systematic review. **J Endod.** v.37, n.4, p.429-38, 2011.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme: The World Oral Health Report 2003. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, v. 31, n. 1, p. 3–24, 2003.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva.** 4. ed. São Paulo: Editora Santos, 2000.

PRADO, R. L. et al. Oral impacts on the daily performance of Brazilians assessed using a sociodental approach: analyses of national data. **Braz. Oral Res.**, v. 29, n. 1, p. 1–9, 2015.

PUCCA JUNIOR, G. A. et al. Oral health policies in Brazil. **Braz. Oral Res.**, v. 23, n. 1, p. 9–16, 2009.

QUEIROZ, M. F. et al. Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 4, p. 1277-1286, 2019.

QUEIROZ, F. A.; PACE, A. M.; SANTOS, C. B. Adaptação cultural e validação do instrumento diabetes - 39 (d-39): Versão para brasileiros com diabetes mellitus tipo 2 – Fase. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 17, n. 5, p. 708-715, 2009.

RENDALL, M.S. et al. The Protective Effect of Marriage for Survival: A Review and Update. **Demography**. v. 48, n.2, p. 481-506, 2011.

RIOS, L. R. F.; COLUSSI, C. F. Análise da oferta de serviços na atenção especializada em saúde bucal no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 28, n. 1, 2019.

RONCALLI, A. G. Projeto SB Brasil 2010 - pesquisa nacional de saúde bucal revela importante redução da cárie dentária no país. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 4-5, 2011.

ROUXEL, P. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde bucal e solidão em idosos. **Eur. J. Ageing.**, v.14, n.2, p. 101-109, 2017.

SALEHRABI, R.; ROTSTEIN, I. Endodontic Treatment Outcomes in a Large Patient Population in the USA: An Epidemiological Study. **J. Endod.**, v. 30, n. 12, p. 5, 2004.

SALIBA, N. A. et al. Organização da demanda de um Centro de Especialidades Odontológicas. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 42, n. 5, p. 317–323, 2013.

SANTANA, V. G. D. et al. Analysis of the development and funding for dental care in the medium complexity network of the city of Recife between 2000 and 2007. **Cad. Saúde Colet.**, v. 16, n. 3, p.17, 2008.

SANTILLO, P. M. H. et al. Fatores associados às perdas dentárias entre adultos em áreas rurais do estado de Pernambuco, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.19, n.2, p. 581-590, 2014.

SANTOS, J.A.F. Efeitos de classe na desigualdade racial no Brasil. **Rev. Ciênc. Sociais**. v.48, p.21-65, 2005.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Editora Santos; 2000, p. 223-250.

SHEIHAM, A. Oral health, general health and quality of life. **Bulletin of the World Health Organization**, v.83, n.9, p.644, 2005.

SHEPHERD, M. A.; NADANOVSKY, P.; SHEIHAM, A. The prevalence and impact of dental pain in 8 year-old school children in Harrow, England. **Br. Dent. J.**, v. 187, n. 1, p. 38-41, 1999.

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

SLADE, G. D.; SPENCER, A. J. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. **Community Dent. Health.**, v. 11, n. 1, p. 3–11, 1994.

SLADE, G. D. et al. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. **Br. Dent. J.**, v. 198, n. 8, p. 489–493, 2005.

SILVA, E. A.; BATISTA, M. J.; SOUSA, M. L. R. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos. **Rev. Ciênc. Méd.** v.25, n.1, p. 11-21, 2016.

SILVA, J. Y. B et al. Desigualdade em saúde. **RSBO.** v.6, n.4, p.422–429, 2009.

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

SOUSA, J. L et al. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cad. Saúde Pública.** v.35, n.6, 2019.

SOUSA, T.V. et al. Dor pós-operatória em Endodontia: revisão de literatura. **Arch Health Invest.** v.10, n.7, p.1062-1068, 2021.

SOUZA, K. C.; VELOSO, H. H. P.; QUEIROGA, A. S. A perspectiva dos pacientes do serviço público de saúde de João Pessoa-PB frente ao tratamento endodôntico. **ROBRAC.**, v. 21, n. 59, p. 534-537, 2012.

SOUZA, L. F.; CHAVES, S. C. L. Política nacional de saúde bucal: acessibilidade e utilização de serviços odontológicos especializados em um município de médio porte na bahia. **Rev. Baiana Saúde Pública.**, v. 34, n. 2, p. 371, 2011.

SPAGNUOLO, G. et al. Covid-19 outbreak: An overview on dentistry. **Int. J. Environ. Res. Public Health.** v.17, n.6, p. 2094, 2020.

TEIXEIRA, M.J. et al. **Dor: contexto interdisciplinar.** 1. ed. Curitiba: Editora Maio, 2003.

TORABINEJAD, M.; UNG, B.; KETTERING, J. D. In vitro bacterial penetration of coronally unsealed endodontically treated teeth. **J. Endod.**, v. 16, n. 12, p. 566-569, 1990.

VARGAS, A. M. D.; PAIXÃO, H. H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 10, n. 4, p. 1015–1024, 2005.

WEIGER, R.; AXMANN-KRCMAR, D.; LM, C. Prognosis of conventional root canal treatment reconsidered. **Dent. Traumatol.**, v. 14, n. 1, p. 1–9, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization.** Social science and medicine. v. 41, n. 10, p. 403-409, 1995.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você foi convidado(a) a participar do estudo intitulado “Impacto do Tratamento Endodôntico na Qualidade de Vida”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Bruna Scarlot Avancini, Mestranda, e da Professora Doutora Maria Helena Monteiro de Barros Miotto, do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

### **JUSTIFICATIVA**

A realização do tratamento endodôntico (tratamento de canal), é indicada em casos de dor de dente aguda, sendo assim é importante avaliar seu impacto na qualidade de vida dos pacientes para que possam ser definidas políticas públicas de saúde que proporcionem o acesso a esse tratamento.

### **OBJETIVO**

O estudo tem como objetivo avaliar se a realização do tratamento endodôntico possui impacto positivo na qualidade de vida dos pacientes.

### **PROCEDIMENTOS**

O estudo será desenvolvido através da aplicação de questionários pelo pesquisador em dois momentos. Primeiro, presencialmente, antes da realização do tratamento endodôntico na sede da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo - ABO-ES. Após 30 dias do tratamento concluído, o pesquisador entrará em contato por telefone para a realização da segunda entrevista. Os questionários serão constituídos por dados pessoais e perguntas fechadas.

### **DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA**

Serão realizadas duas entrevistas de aproximadamente 15 minutos, primeiro, presencialmente, no local onde será realizado o tratamento pelo paciente, na clínica de endodontia da ABO-ES,

antes da realização do tratamento endodôntico e trinta dias após a conclusão do tratamento, por telefone.

## RISCOS E DESCONFORTOS

Um risco mínimo é esperado neste tipo de pesquisa, pois será realizada a partir de uma entrevista, respondendo a perguntas de questionários. Caso sinta-se constrangido em responder alguma questão, você poderá recusar ou desistir da entrevista quando julgar necessário, sem nenhum prejuízo. Caso decida retirar seu consentimento, você não mais será contatado(a) pelo pesquisador. Outro risco é a quebra de sigilo das informações que serão fornecidas, isso será controlado pela garantia da manutenção do sigilo e confidencialidade pelos pesquisadores.

## BENEFÍCIOS

Como benefício direto, a realização do tratamento endodôntico provocará alívio da dor dental. Indiretamente, os resultados do estudo também poderão ser benéficos para nortear políticas públicas de saúde.

## SIGILO E PRIVACIDADE

Todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa. Os dados pessoais que fornecerá serão utilizados somente para a análise pelos responsáveis pelo estudo. Suas respostas e dados pessoais serão guardados na confidencialidade, seu nome não aparecerá durante a pesquisa, e nem depois, quando os resultados forem apresentados. Seus dados de contato não serão repassados a outras pessoas.

## GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO

Não existirão despesas decorrentes da participação neste estudo. As entrevistas serão realizadas na clínica onde ocorrerá o atendimento e depois por telefone. Assim, não haverá despesa com deslocamento e não se faz necessário qualquer ressarcimento financeiro.

## GARANTIA DE INDENIZAÇÃO

Existe a garantia de indenização caso ocorra algum dano referente a participação dos voluntários nesta pesquisa.

#### GARANTIA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

O acompanhamento e a assistência aos participantes da pesquisa são garantidos e serão realizados na clínica de endodontia da ABO, caso necessitem de esclarecimentos ou alguma orientação durante ou após a entrevista.

#### GARANTIA DE RECUSA E RETIRADA DO CONSENTIMENTO

É garantida a liberdade de escolha em não participar da pesquisa, e também de deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

#### ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora Bruna Scarlot Avancini pelo telefone: (27) 992291651, e a professora Maria Helena Monteiro de Barros Miotto pelo telefone: (27) 99963-1939. Também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) através do telefone: (27) 3335-7211, pelo e-mail cep.ufes@hotmail.com, ou correio: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, Prédio Administrativo do CCS, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29.040-090, Vitória – ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro dos padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8h às 14h.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.



Vitória, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Participante

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “Impacto do Tratamento Endodôntico na Qualidade de Vida”, eu, Bruna Scarlot Avancini, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B – Roteiro Para Caracterização Sociodemográfica

<b>Campos para o pesquisador</b>
Entrevistador: _____ Número do questionário: _____ Data: __/__/__

<b>Responda as perguntas a seguir:</b>
1. Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino.
2. Moradia: Cidade: _____ Bairro: _____
3. Data de nascimento? __/__/__
4. Telefone para Contato:
5. E-mail para contato:

<b>Como você classifica a sua cor?</b>	
Branco(a)	
Preto(a)	
Pardo (a)	
Amarelo (a)	
Indígena	

<b>Marque um “X” abaixo: Qual é o seu estado civil?</b>	
Solteiro (a)	
Casado (a)	
Vivem com companheiro (a)	
Separado (a)	
Divorciado (a)	
Viúvo (a)	

Marque um "X" na quantidade de itens presentes em sua residência e que sejam de propriedade da família.	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Automóvel	0	1	2	3	4 ou +
Empregada mensalista	0	1	2	3	4 ou +
Máquina de Lavar Roupa (excluindo tanquinho)	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	1	2	3	4 ou +
DVD (incluindo qualquer dispositivo que leia DVD exceto automóvel)	0	1	2	3	4 ou +
Geladeira	0	1	2	3	4 ou +
Freezer (independente ou parte de geladeira duplex)	0	1	2	3	4 ou +
Computador (exceto tablets e smartphones)	0	1	2	3	4 ou +
Lavadora de Louça	0	1	2	3	4 ou +
Microondas	0	1	2	3	4 ou +
Motocicleta	0	1	2	3	4 ou +
Máquina Secadora de Roupa (incluindo lava e seca)	0	1	2	3	4 ou +

A rua do seu domicílio é:	
Asfaltada/pavimentada	
Terra/cascalho	

A água utilizada no seu domicílio é proveniente de:	
Rede geral de distribuição	
Poço ou nascente	
Outro meio	

Marque com um "X" o nível de escolaridade do chefe da família:	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	
Fundamental II completo / Médio incompleto	
Médio completo / Superior incompleto	
Superior completo	

Classificação Socioeconômica: \_\_\_\_\_

<b>Qual seu nível de escolaridade ou por quantos anos você estudou?</b>	
Analfabeto (0-2 anos)	
Ensino Fundamental 1 (03-06 anos)	
Ensino Fundamental 2 (07-10 anos)	
Ensino Médio Incompleto (11-12 anos)	
Ensino Médio Completo (13 anos)	
Ensino Superior Incompleto (14-16 anos)	
Ensino Superior Completo (mais de 16 anos)	

<b>Tipo de acesso a serviços de saúde bucal</b>	
Não tenho acesso	
Público (SUS)	
Particular	
Plano de saúde	

## ANEXO A – Perfil do Impacto da Saúde Bucal (OHIP-14)

Por causa de problemas com seus dentes, você:		
1	Teve problemas para falar alguma palavra?	
2	Sentiu que o sabor dos alimentos piorou?	
3	Sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?	
4	Sentiu-se incomodado(a) ao comer algum alimento?	
5	Ficou preocupado?	
6	Sentiu-se estressado?	
7	Sua alimentação foi prejudicada?	
8	Teve que interromper suas refeições?	
9	Encontrou dificuldades para relaxar?	
10	Ficou envergonhado(a)?	
11	Ficou irritado(a) com outras pessoas?	
12	Teve dificuldades para fazer suas atividades diárias?	
13	Sentiu que sua vida, em geral, piorou?	
14	Ficou totalmente incapaz de fazer suas tarefas diárias?	

### Respostas possíveis:

**Nunca (0), Raramente (1), Às vezes (2), Frequentemente (3) e Sempre (4)**

## ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida

**Pesquisador:** Bruna Scarlot Avancini

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40245020.2.0000.5060

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.454.344

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo analítico com delineamento longitudinal prospectivo do tipo "antes e depois, a ser realizado com pacientes atendidos para tratamento endodôntico atendidos na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo (ABO-ES). Considerando que a dor de origem dental, provocada pelas doenças da polpa e do periápice, pode ocasionar danos físicos e psicológicos, além de prejuízos financeiros, e impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos, o tratamento endodôntico mostra-se como uma opção terapêutica altamente eficaz, de caráter conservador, capaz de devolver a função ao elemento dental e com potencial de melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Analisar o impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida de pacientes atendidos na clínica de endodontia da Associação Brasileira de Odontologia Seção Espírito Santo (ABO-ES), através da aplicação do questionário OHIP-14 antes e depois da realização do tratamento.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Quanto aos Riscos:

Os riscos da pesquisa estão relacionados à quebra de sigilo e divulgação dos dados obtidos e ao

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**CEP:** 29.040-091

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.454.344

possível constrangimento ao responder as perguntas dos questionários. Para ameniza-los, os voluntários poderão se recusar a responder as perguntas caso se sintam constrangidos e os pesquisadores se comprometem a utilizar os dados apenas para fins de estudo, sem que haja divulgação de qualquer informação que possa identificar os sujeitos envolvidos.

Quanto aos Benefícios:

Como benefício direto, a realização do tratamento endodôntico será imprescindível para o alívio da dor dental. Indiretamente, os resultados do estudo também poderão ser benéficos para nortear políticas públicas de saúde.

Os riscos e benefícios atendem a Res CNS 466/12.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

-

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

No projeto Impacto do tratamento endodôntico na qualidade de vida do pesquisador Bruna Scarlot Avancini constam os seguintes documentos:

Folha de rosto: apresentada e adequada

Projeto detalhado: apresentado e adequado

TCLE: apresentado e adequado

Termo de anuência da instituição onde a pesquisa será realizada: apresentada e adequada

Cronograma: apresentado e adequado

Orçamento: apresentado e adequado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**CEP:** 29.040-091

**UF:** ES

**Município:** VITORIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

UFES - CENTRO DE CIÊNCIAS  
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESPÍRITO



Continuação do Parecer: 4.454.344

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664824.pdf	09/12/2020 13:37:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	09/12/2020 13:36:40	Bruna Scarlot Avancini	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	09/12/2020 13:36:25	Bruna Scarlot Avancini	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/11/2020 10:04:39	Bruna Scarlot Avancini	Aceito
Outros	questionarios.pdf	18/11/2020 15:08:14	Bruna Scarlot Avancini	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	17/11/2020 12:50:37	Bruna Scarlot Avancini	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

VITÓRIA, 10 de Dezembro de 2020

Assinado por:  
**KARLA DE MELO BATISTA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Marechal Campos 1468

**Bairro:** S/N

**CEP:** 29.040-091

**UF:** ES

**Município:** VITÓRIA

**Telefone:** (27)3335-7211

**E-mail:** cep.ufes@hotmail.com