

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

AMANDA COUTINHO BARBOSA

**IMPACTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA NA
QUALIDADE DE VIDA**

VITÓRIA
2022

AMANDA COUTINHO BARBOSA

**IMPACTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA 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^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto.

VITÓRIA

2022

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

B238i Barbosa, Amanda Coutinho, 1985-
IMPACTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA / Amanda Coutinho Barbosa. - 2022.
109 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. Qualidade de vida.. 2. Odontologia.. 3. Saúde Bucal.. I. Miotto, Maria Helena Monteiro de Barros. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

AMANDA COUTINHO BARBOSA

**IMPACTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA 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

Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto – Orientadora

Dr^a. Elizabete Regina Araújo de Oliveira – Examinador / Interno

Dr^a. Ludmilla Barcellos Awad – Examinador / Externo

Dr. Thiago Prado – Suplente / Interno

Dr^a. Licia Aguilar de Freitas– Suplente / Externo

Aos meus pais, os melhores exemplos que eu poderia ter. DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não seria possível sem a colaboração de todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para o seu desenvolvimento. Desse modo, deixo aqui a todos a minha sincera gratidão.

Um agradecimento especial:

A Deus, por manter-me perseverante e confiante na realização dos meus objetivos.

À Prof^a. Dr^a. Maria Helena Monteiro de Barros Miotto que aceitou orientar minha dissertação de mestrado, revelando-se sempre disponível. Todos os seus conselhos e sugestões foram determinantes para a concretização deste trabalho.

Aos gestores municipais de saúde do município de Alfredo Chaves, aos meus colegas de trabalho, dentistas e auxiliares de saúde bucal (ASB's), que colaboraram de forma muito generosa na realização dos questionários e, principalmente, à Dr^a. Sueli Betcher e à ASB Luzimara Rodrigues, pela gentileza e amabilidade em apoiar a pesquisa.

Aos meus pais, minha irmã e sobrinho, meus grandes incentivadores a ultrapassar qualquer desafio.

A todos os amigos e familiares pelo apoio e compreensão nessa fase tão importante.

“O conhecimento nos faz responsáveis.”

(Ernesto Che Guevara)

RESUMO

A urgência odontológica abrange medidas imediatas e rotineiras dentro da prática da atividade de um cirurgião-dentista numa unidade básica de saúde, que se estendem desde ao alívio de sintomas dolorosos, infecciosos, fraturas, traumas e hábitos parafuncionais até procedimentos estéticos da cavidade oral. Essas alterações podem determinar diminuição da autoconfiança pessoal, repercutindo negativamente nas relações sociais. O objetivo do estudo foi avaliar se a realização do atendimento odontológico de urgência é capaz de promover melhoria na qualidade de vida dos pacientes atendidos no serviço de atenção primária das Estratégias de Saúde da Família do município de Alfredo Chaves, no estado do Espírito Santo. Em um primeiro momento, tratou-se de um delineamento observacional analítico transversal. Em seguida, em torno de dez a trinta dias após o atendimento odontológico de urgência, analisou-se também o impacto desse atendimento na qualidade de vida dos pacientes participantes da pesquisa. Essa segunda etapa consistiu em um estudo quantitativo, longitudinal, sob observação “antes e depois”. Foram avaliados 301 indivíduos com aplicação padronizada de roteiros para a coleta de dados, incluindo questionário de saúde bucal, sociodemográfico, socioeconômico e o OHIP-14 na sua forma simplificada. Realizou-se análise descritiva dos dados, por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A associação entre variáveis foi averiguada pelo teste exato de Fisher; já para avaliar a força da associação entre as variáveis, calculou-se a razão de chances (OR); e, 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 à primeira coleta de dados foi realizada através do teste não paramétrico de Wilcoxon. Os resultados demonstraram que restaurações fraturadas correspondem a 34,5% de prevalência para busca do serviço de urgência, seguido da cárie, que foi de 30,6%. A maioria relatou que já não fazia tratamento odontológico há mais de um ano (48,5%). A maior parte dos entrevistados informou utilizar preferencialmente a rede pública de saúde (96,4%) e descreveu facilidade no acesso ao serviço de urgência (97,7%). Foi observado predomínio de impacto na qualidade de vida para indivíduos: com maior percepção

de dor, percepção de mau hálito, percepção de gosto ruim na boca e moradores da zona urbana.

Palavras chaves: Qualidade de vida; Odontologia; Saúde bucal.

ABSTRACT

Dental urgency encompasses immediate and routine measures within the practice of a dental surgeon's activity in a basic health unit, ranging from the relief of painful, infectious symptoms, fractures, trauma and parafunctional habits to aesthetic procedures of the oral cavity. These changes can determine a decrease in personal self-confidence, with negative repercussions on social relationships. The objective of the study was to evaluate whether performing emergency dental care is capable of promoting an improvement in the quality of life of patients treated at the primary care service of the Family Health Strategies in the municipality of Alfredo Chaves, in the state of Espírito Santo. At first, it was a cross-sectional analytical observational design. Then, around ten to thirty days after emergency dental care, the impact of this care on the quality of life of patients participating in the research was also analyzed. This second stage consisted of a quantitative, longitudinal study, under "before and after" observation. A total of 301 individuals were evaluated with standardized application of scripts for data collection, including an oral health and sociodemographic questionnaire and the OHIP-14 in its simplified form. Descriptive analysis of the data was performed using frequency tables with number and percentage for each of the items of the research instrument. 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; and, to analyze the effect of the combined dimensions of the OHIP-14 instrument, the Mantel-Haenszel test was used. The comparison of the impact in the second moment in relation to the first data collection was performed using Wilcoxon's non-parametric test. The results showed that fractured restorations correspond to 34.5% of prevalence for seeking emergency services, followed by caries, which was 30.6%. Most reported that they had not had dental treatment for over a year (48.5%). Most respondents reported preferentially using the public health network (96.4%) and described easy access to the emergency service (97.7%). A predominance of impact on quality of life was observed for individuals: with greater perception of pain, perception of bad breath, perception of bad taste in the mouth and residents of the urban area.

Keywords: Quality of life; Dentistry; Oral health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APS	Atenção Primária à Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CSE	Condição Socioeconômica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
QdVRSO	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1 - O IMPACTO DA NECESSIDADE DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.....	41
Tabela 2. Dados sobre saúde bucal de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.....	43
Tabela 3. Dados sobre dor dentária de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.....	44
Tabela 4. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência.....	45
Tabela 5. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo o sexo.....	46
Tabela 6. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a faixa etária.....	47
Tabela 7. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo o grau de escolaridade.....	48
Tabela 8. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a condição socioeconômica.....	49
Tabela 9. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a zona de moradia.....	50
Tabela 10. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a percepção de mau gosto na boca.....	51
Tabela 11. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a percepção de mau hálito.....	52
Tabela 12. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a percepção de dor.....	53
Tabela 13. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo percepção da intensidade da dor.....	54

ARTIGO 2 - IMPACTO DO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA NA QUALIDADE DE VIDA

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.....	74
Tabela 2. Impacto na qualidade de vida antes da realização do atendimento odontológico de urgência nas unidades de saúde do município.....	75
Tabela 3. Impacto na qualidade de vida depois da realização do atendimento odontológico de urgência nas unidades de saúde do município.....	75
Tabela 4. Impacto na qualidade de vida antes e após a realização do atendimento odontológico de urgência nas unidades de saúde do município.....	76

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA/REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A DOR DENTÁRIA, SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E O INSTRUMENTO OHIP.....	18
2.2 O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	25
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVO GERAL	27
3.2 OBJETIVO DO ARTIGO 1.....	27
3.3 OBJETIVO DO ARTIGO 2.....	27
4 MATERIAIS E MÉTODOS	28
4.1 DESENHO DO ESTUDO	28
4.1.1 Artigo 1	28
4.1.2 Artigo 2	28
4.2 LOCAL DO ESTUDO	28
4.3 POPULAÇÃO	29
4.3.1 Tamanho da Amostra	29
4.3.1.1 Artigo 1	29
4.3.1.2 Artigo 2	29
4.3.2 Critérios de Inclusão.....	30
4.3.3 Critérios de Exclusão.....	30
4.4 COLETA DE DADOS	30
4.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES.....	31
4.5.1 Artigo 1	31
4.5.2 Artigo 2	31
4.6 VARIÁVEIS INDEPENDENTES	32
4.6.1 Artigos 1 e 2	32
Quadro 1 - Variáveis Independentes dos Artigos 1 e 2	32
4.7 ANÁLISE DE DADOS.....	33
4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33

5 RESULTADOS.....	34
5.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1	34
5.1.1 RESUMO.....	34
5.1.2 ABSTRACT	35
5.1.3 INTRODUÇÃO	36
5.1.4 METODOLOGIA.....	38
5.1.5 RESULTADOS	41
5.1.6 DISCUSSÃO	55
5.1.7 CONCLUSÃO.....	63
5.1.8 REFERÊNCIAS.....	64
5.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2.....	69
5.2.1 RESUMO.....	69
5.2.2 ABSTRACT	70
5.2.3 INTRODUÇÃO.....	71
5.2.4 METODOLOGIA.....	74
5.2.5 RESULTADOS	76
5.2.6 DISCUSSÃO	79
5.2.7 CONCLUSÃO.....	84
5.2.8 REFERÊNCIAS.....	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
7 REFERÊNCIAS DO ESTUDO	91
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA ...	99
ANEXO A - ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA	100
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOBRE DOR OROFACIAL.....	102
ANEXO B - PERFIL DO IMPACTO DA SAÚDE BUCAL (OHIP-14).....	104
ANEXO C - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	105

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que as dificuldades de saúde bucal são constantemente consideradas como causadores do impacto e influência negativa na qualidade de vida das pessoas e da sociedade em que estão inseridas. Por isso, é de suma importância para o profissional da área identificar quais impactos da saúde bucal acarretam numa má qualidade de vida dos indivíduos; também é relevante destacar as principais desordens bucais e seus aspectos negativos conforme as etapas do ciclo de vida (FERREIRA, 2020).

A saúde bucal é de extrema relevância na vida dos sujeitos e desenvolve uma característica salutar na conservação da qualidade de vida. Um aspecto bucal agradável e, acima de tudo, saudável, viabiliza ao indivíduo determinar desde os comandos simples aos mais complexos, como falar, mastigar, viver isento de dor, sorrir, identificar o sabor dos alimentos e se vincular com outras pessoas sem qualquer tipo de vergonha e/ou constrangimento (MACEDO; COSTA 2015; REIS et al.,2021).

Assim, as basilares desordens bucais que abrangem os sujeitos no decorrer da vida são a cárie dentária, a doença periodontal e a perda dentária. Isso significa dizer que os cuidados com a saúde bucal devem ser mantidos continuamente, desde a infância até à velhice, pois, em todas as fases, a pessoa está sujeita à desorganização de sua saúde genérica, física e psicossocial por implicação de uma saúde bucal decaída. Ressalta-se que a conscientização da população acerca dos cuidados com a saúde bucal é relevante para o arrefecimento do impacto negativo sobre a saúde total e sustentação do bem-estar físico, social e psicológico das pessoas (MACEDO; COSTA 2015; PIRES et al., 2019).

A urgência odontológica compreende em medidas imediatas com o objetivo de aliviar os sintomas dolorosos agudos, infecciosos e estéticos da cavidade bucal. Nesse tipo de atendimento, a procura geralmente é motivada por uma queixa de dor (KANEGANE, 2003; SHQAIR et al., 2012; PINTO et al., 2013). Diversos estudos

apontam que a prevalência de dor de dente variou de 7 a 36% em pacientes acima de 16 anos (KANEGANE, 2003; SHQAIR et al., 2012).

Além da dor, limitações estéticas causadas pela cárie dentária, fraturas ou hábitos parafuncionais são outros motivos de procura por atendimento de urgência. Essas alterações podem provocar a diminuição da autoconfiança pessoal e repercutir negativamente nas relações sociais, econômicas, educacionais e/ou ocupacionais (SISCHO et al., 2011; GUERRA et al., 2014).

A dor exerce um importante impacto na qualidade dos indivíduos devido ao sofrimento e às limitações causadas no cotidiano (LACERDA et al., 2010). Ela consiste não apenas em um problema de saúde pública como é prenúncio de que o atendimento odontológico possui forte relação com a qualidade de vida (KUHLEN et al., 2009). O agravamento das condições de saúde bucal e, conseqüentemente, o aumento da prevalência das dores de origem odontológica na população adulta são marcas do contexto histórico brasileiro, caracterizado por um atendimento baseado em ações estritamente curativas, em que a maioria da população era atendida em serviços de urgência, com predomínio de exodontia (LACERDA et al., 2004; MOREIRA et al., 2005).

No planejamento dos serviços de saúde bucal, utiliza-se mais a noção de necessidade normativa, por meio de indicadores objetivos para a determinação de doenças, sem considerar a percepção subjetiva do paciente (PINTO, 2000). Entretanto, a Odontologia sofreu uma grande mudança de paradigma e tem evoluído muito em busca de maior bem-estar para os indivíduos, utilizando cada vez mais indicadores subjetivos para mensurar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida (MACEDO; COSTA, 2015).

Com o intuito de complementar os indicadores epidemiológicos tradicionais sobre doenças, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) foi criado para avaliar o impacto social da doença bucal e acrescentar a percepção pessoal do paciente diante de seus problemas bucais (PAPAIOANNOU et al., 2015; GABARDO et al., 2013). Os autores indicaram que o OHIP foi capaz de detectar uma associação previamente observada entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento, tanto em estudos

transversais como longitudinais (SLADE; SPENCER, 1994; PAPAIOANNOU et al., 2015; MIOTTO et al., 2014).

Identificar a autopercepção sobre saúde é um grande auxílio para traçar um padrão de procura pelo serviço. Esta, por sua vez, relaciona-se muito mais com as necessidades pessoais do paciente do que propriamente com indicações técnicas e/ou imposições de tratamento por parte dos profissionais de saúde. As necessidades identificadas tornam-se demandas efetivas, as quais, por sua vez, geram utilização dos serviços, desde que seja possível o acesso (MANHÃES; COSTA, 2008).

Para Bulgareli et al. (2018), as dificuldades bucais são consideradas como agentes de impacto contraproducente no desempenho das práticas cotidianas e, por conseguinte, na qualidade de vida das pessoas e da sociedade visto que, além de dor, as doenças bucais e seus agravamentos também podem ocasionar restrições sociais, ocupacionais e sujeições psicológicas. A mudança do paradigma médico para um conceito mais abrangente de comportamento social nos compromete a desenvolver novas maneiras de medir percepções, sentimentos e condutas, dando uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo, como seu bem-estar funcional, social e psicológico e as suas interpretações de saúde e doença (SLADE, SPENCER, 1994; LOCKER, 1997).

Fica evidente a importância de uma abordagem mais ampla na observação da saúde bucal de uma população. Além dos pré-requisitos clínicos, é de grande relevância se considerarem as características da população examinada, o ambiente em que está contextualizada e seus protótipos e inquietações. Nesse sentido, a oferta de procedimentos mais resolutivos, com atendimentos especializados na atenção básica, por exemplo, a endodontia, amplia o acesso aos serviços, especialmente para grupos desamparados de condições socioeconômicas, além de torná-los mais efetivos (PEREIRA; CARVALHO; CARVALHO, 2017).

Torna-se evidente que o uso de indicadores baseados na autopercepção e o impacto destes na qualidade de vida dos indivíduos oferecem vantagens importantes para subsidiar o planejamento dos serviços odontológicos, com ênfase para os

aspectos psicológicos e sociais (GOMES et al., 2007; BENNADI et al. 2013). Desse modo, o presente estudo tem por objetivo analisar o impacto do atendimento odontológico de urgência na qualidade de vida dos pacientes atendidos nesse serviço pela rede de atenção básica do município de Alfredo Chaves/ES.

2 REVISÃO DE LITERATURA/REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A DOR DENTÁRIA, SEU IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA E O INSTRUMENTO OHIP

No que se refere à Odontologia no Brasil, de acordo com a História, consistia uma profissão quase excepcionalmente da esfera privada, em que havia uma preponderância no protótipo assistencial e atuações curativas. Já na esfera pública, antes da Constituição Federal de 1988 e do surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), só possuíam direito ao subsídio odontológico gratuito os trabalhadores colaboradores do Instituto Nacional de Assistência Médica da Assistência Social (Inamps), adotando o mesmo modelo da Odontologia privada, com a utilização de ações curativas. Assim, com o advento do SUS, a ascensão universal da população aos serviços de saúde foi assegurada legitimamente, sem discriminação ou eliminação de grupos populacionais (MATTOS et al., 2014).

Diante disso, fez-se necessária uma modificação da abordagem assistencial, culminando, em 1994, no então Programa de Saúde da Família (PSF), hoje designado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Composto por uma equipe multiprofissional, esse novo modelo tornou-se um pilar de atuação mais amplo e compreensivo, centrado na vigilância à saúde, integralidade e hierarquização, bem como representou uma reorganização no padrão de atenção primária (VIEIRA et al., 2016). Em um procedimento de continuidade de toda essa ressignificação, houve, em 2000, a inserção da Odontologia na ESF como mais um avanço a partir desse novo ponto de vista do conceito de saúde, procurando estabelecer a vigilância por meio da busca efetiva de famílias e agenciando transformações no modo de trabalho (MATTOS et al., 2014).

Destarte, diante da remodelação do cuidado à saúde bucal em todas as esferas do SUS, em 2004, foram promulgadas as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), implementadas com o programa designado Brasil Sorridente, cuja finalidade era readaptar a atuação, através de interdisciplinaridade e multiprofissionalismo, completude da prevenção, intersetorialidade, aumento e

qualificação do amparo e significação de novos modelos guiados do trabalho (SCHERER et al., 2018).

De acordo com Miotto et al. (2014), os enfrentamentos sociais, políticos e culturais, o desgaste do padrão biomédico e a transformação da representação epidemiológica da população têm feito brotar novas ideias acerca do pensar e do fazer no espaço da saúde. Todo esse novo contexto reivindica mudanças apoiadas nas reais necessidades dos indivíduos e em conceitos mais amplos e subjetivos de promoção da saúde, como a qualidade de vida.

Nesse cenário, fez-se como indispensável que a Saúde Pública, cujo escopo principal é ofertar serviços de qualidade, estivesse agora pautada no saber das expectativas da população sobre os serviços odontológicos prestados (SANTOS et al., 2015). Inúmeras pesquisas confirmam que a percepção dos usuários relativa à qualidade dos serviços de saúde opera como instrumento para os gestores e profissionais da área, sendo um auxílio para efetivação dos serviços, contextualização do trabalho à realidade local da população e atuação em melhorias das condições de eficiência e eficácia (OLIVEIRA, 2008; MOIMAZ, 2010; GOES; FIGUEIREDO, 2012; SANTOS et al., 2015; MAGALHÃES et al., 2015; VIEIRA et al., 2016).

As doenças bucais intervencionam negativamente na condição e qualidade de vida das pessoas. Além de reconhecer a relevância das condições sociais e psicológicas no fator preponderante da doença, a Odontologia emprega ainda identificadores biológicos no julgamento e deliberação das precisões de tratamento e diagnóstico de saúde bucal. A consideração dos parâmetros Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) e Índice Periodontal Comunitário (IPC) é aconselhada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para verificação das duas patologias bucais mais recorrentes, a cárie e a doença periodontal. Entretanto, uma das limitações dessas ferramentas é o fato de não considerarem o modo como a saúde bucal atinge a vida cotidiana das pessoas (DAVID, 2017).

Para Bulgareli et al. (2018), os dados sobre os aspectos da população, suas necessidades e os exemplos de emprego dos serviços de saúde são de extrema

relevância para promoção das políticas públicas. Pesquisas epidemiológicas de embasamento populacional deixam mais fortes a vigilância em saúde bucal e colaboram para o reconhecimento do impacto desta em grupos estudados por meio de fatores sociodemográficos, clínicos e de acesso aos serviços.

Em busca de um diagnóstico mais amplo e preciso, a inclusão de indicadores subjetivos insere a autopercepção do indivíduo sobre a condição bucal, proporcionando subsídios complementares aos protocolos normativos. Aspectos autorrelatados são mais informativos sobre a experiência do adoecimento em indivíduos e populações do que medidas normativas, pois possibilitam revelar impactos produzidos por problemas bucais sobre a qualidade de vida (GILBERT et al., 1997).

Uma progressiva valorização dos dados subjetivos tem servido de base para traçar ações referentes à saúde bucal, pois captam necessidades que variam de acordo com a cultura, o comportamento social, o conceito do indivíduo sobre o processo saúde/doença, além do grau de importância atribuído ao tratamento odontológico (MIOTTO; LOUREIRO, 2003). Dessa forma, a importância de se conhecer a necessidade em saúde percebida subjetivamente ou o impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida dos indivíduos impulsionou o desenvolvimento de novos indicadores subjetivos ou sociodentais ou sociodontológicos (COHEN, 1997; SLADE SPENCER, 1994; PINTO, 2000).

Segundo a 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).

Jokovic Locker (1997) afirmam que, sobretudo no caso de países carentes de recursos e com extensa demanda de serviços, como o Brasil, faz-se possível uma atuação mais resolutiva a partir do estabelecimento de prioridades baseadas na identificação de grupos de indivíduos mais afetados pelos impactos psicossociais produzidos pelas doenças bucais. A utilização de indicadores subjetivos complementa as informações clínicas, sendo relevante uma vez que utiliza um

instrumento capaz de medir a autopercepção do indivíduo quanto ao estado bucal e às suas necessidades, introduzindo o modelo biopsicossocial como filosofia de trabalho, em que o sujeito passa a ser valorizado (CHAPELIN et al., 2008).

Sob a ótica de uma perspectiva multidisciplinar e de qualidade de vida relativa à saúde, indicadores subjetivos conseguem mensurar, com eficácia, o impacto da doença no indivíduo, avaliar serviços e estabelecer programas e prioridades políticas com a otimização dos recursos financeiros disponíveis (MIOTTO; LOUREIRO, 2003).

Exames clínicos não podem ser substituídos pelos subjetivos, e sim complementados; indicadores subjetivos fornecem informações insuficientes de utilização dos serviços por parte do usuário, podendo ser influenciados também por fatores sociais e econômicos (SLADE, 1997).

Na tentativa de compreender ainda mais essa questão, os pesquisadores procuraram desenvolver e validar instrumentos que fossem capazes de avaliar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos (GABARDO et al., 2013). Um dos indicadores internacionalmente mais utilizado para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral (QdVRSO) é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP), por apresentar boas qualidades psicométricas e permitir medir a autopercepção das consequências inerentes às condições orais (ALLEN, 2003; SLADE, 1997; SLADE; SPENCER, 1994).

Desenvolvido por Slade e Spencer (1994), o OHIP, em sua versão original, possui um questionário constituído por 49 perguntas sobre a autopercepção do indivíduo quanto aos impactos da saúde bucal em sua qualidade de vida. Em 1997, foi estabelecida uma versão abreviada do OHIP 49 com 14 itens, sendo esta mais aceitável pelos respondentes e com a preservação das mesmas propriedades psicométricas encontradas no instrumento completo. As 14 questões foram efetivas para revelar as mesmas associações com fatores clínicos e sociodemográficos observados na utilização do instrumento original (SLADE, 1997; ALMEIDA, et al

2012). Oliveira e Nadanovsky (2005) realizaram uma tradução transcultural do OHIP-14 para que ele fosse adaptado ao contexto brasileiro e ao idioma português.

De acordo com o modelo de saúde oral de Locker (1998), os conceitos de saúde e doença não são absolutos, mas sim variáveis dinâmicas e contínuas, que oscilam entre diferentes graus e variam entre o estado ótimo, num extremo, e a morte, no outro. O OHIP-14 constitui um indicador subjetivo que visa fornecer uma medida de incapacidade, desconforto e deficiência atribuída à condição oral, a partir da autoavaliação. Considera que as doenças bucais provocam limitações funcionais ao nível do órgão, podendo acarretar incapacidade ou deficiência social ao indivíduo (LOCKER, 1997).

O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. 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 o impacto (SLADE; SPENCER, 1994).

Slade (1997) descreve uma hierarquia entre as dimensões. Limitação funcional, dor física e desconforto psicológico relacionam-se a questões próprias do indivíduo em nível orgânico. Expressam impacto na fala, paladar, além de dor, desconfortos mastigatórios, tensões e preocupações. As incapacidades físicas, psicológicas e sociais referem-se a aspectos comportamentais individuais que repercutem na vida diária, expressando inabilidades alimentares, dificuldade em relaxar, vergonha, irritação e prejuízo nas atividades diárias em geral. Finalmente, a deficiência apresenta-se como o grau mais elevado de impacto e representa as consequências sociais dos problemas bucais. O absenteísmo ao trabalho e a sensação de que a vida piorou são alvos dessa dimensão. Assim, a gravidade do impacto pode ser entendida segundo esse parâmetro. Um problema que desencadeia desconforto e dor traz menos consequências à qualidade de vida se comparado àquele que provoca incapacidades e deficiência.

Os autores constataram que o OHIP foi capaz de detectar uma associação previamente observada entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento (MIOTTO et al.,2012), sendo o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos (SANDERS et al., 2009).

Alguns estudos sugerem que uma das soluções para a alta prevalência de impactos dos problemas associados à saúde bucal, relacionada com a qualidade de vida, está certamente ligada ao acesso a tratamento odontológico abrangente, incluindo tratamento especializado para pessoas com acentuadas necessidades clínicas e percebidas, especialmente para grupos com contexto socioeconômico desfavorável (SLADE; SPENCER, 1994; LOCKER, 2004). Isso demonstra que a elaboração de programas baseados na equidade é necessária para diminuir as desigualdades e seus efeitos negativos sobre a qualidade de vida das pessoas (GUERRA et al., 2014).

Chapelin et al. (2008) realizaram um estudo em que aplicaram o questionário OHIP; em seguida, foi oferecido atendimento odontológico aos participantes e, ao final do tratamento, o grupo respondeu novamente ao questionário. Os autores puderam observar que 98% dos indivíduos que tiveram tratamento concluído apresentaram diminuição significativa nos escores de impacto. A redução verificada demonstra a efetividade do tratamento odontológico sobre o bem-estar.

Vários são os aspectos associados à ocorrência das odontalgias, como fatores socioeconômicos, demográficos, psicológicos, étnicos, culturais e padrões de acesso aos serviços odontológicos, sejam eles públicos ou privados. Nota-se que os indivíduos com piores condições socioeconômicas apresentam piores condições de vida e, possivelmente, maior número de agravos à saúde bucal, dentre eles, a dor de dente (NOMURA et al.,2004).

O Brasil é citado como um país que possui altos índices de doenças bucais, destacando-se a cárie dentária e as doenças periodontais. A prevalência de dor de dente na população adulta brasileira, em 2003, era de 34,8% (BRASIL, 2004). Os 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).

Miotto et al., em 2013, observaram, em um estudo com adultos trabalhadores no município de Linhares (ES), que a prevalência de dor dentária entre os participantes foi de 46,7%. Resultado semelhante foi obtido em outra pesquisa realizada sobre absenteísmo laboral decorrente de odontalgia no município de Venda Nova do Imigrante (ES), onde a prevalência de dor dentária entre os participantes foi de 42,4%. Nesse último, identificou-se que a dor de origem odontológica foi capaz de afastar das atividades cerca de 10% dos trabalhadores participantes da pesquisa nos últimos seis meses e que 23,6% faltaram ao trabalho devido à dor de dente. Outro dado relevante foi que 50% dos participantes relataram já ter trabalhado com dor dentária, o que pode ocasionar perda da concentração no trabalho, diminuição na produtividade e até ocorrência de acidentes ocupacionais (MIOTTO et al., 2012).

Por fim, fica evidente que a dor causa importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos, devido ao sofrimento e às limitações impostas no cotidiano. Proporciona, ainda, um efeito preocupante para a sociedade, haja vista o elevado custo para tratamentos para recuperação da saúde, além da perda econômica em consequência das horas perdidas no processo de produção (MACFARLANE et al., 2002).

2.2 O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE URGÊNCIA NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Ao longo da história, os serviços públicos de saúde bucal caracterizaram-se por ações principalmente de baixa complexidade na atenção primária, com ações curativas e geralmente com caráter mutilador. Tal fato identificava 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, em princípio, deveria assegurar 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 exclusivamente aos serviços básicos, principalmente diante dos recursos limitados em saúde (BRASIL, 2004).

O atendimento odontológico de urgência apresenta importante papel na rede de atenção primária ao possibilitar que populações de elevado nível de vulnerabilidade social acessem os serviços de saúde, considerando as dificuldades de agendamento na rede eletiva, principalmente pela enorme demanda reprimida (FONSECA, 2014). Nos estudos de Fonseca (2014), observou-se uma maior procura pelo pronto atendimento odontológico de usuários na faixa etária entre 20 e 49 anos, sem diferença estatística significativa entre os sexos. Os procedimentos cirúrgicos foram os mais executados; e os restauradores foram os que apresentaram um crescimento durante o período do estudo.

O modelo de atenção à saúde do SUS preconiza que as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF's) atuem como porta de entrada a todo sistema. Segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no país, esse modelo também tem como objetivo garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital), a fim de proporcionar a integralidade nas ações de saúde bucal (BRASIL, 2004; FONSECA, 2014).

As urgências odontológicas têm como objetivos principais o alívio da dor, a devolução da estética e o restabelecimento da função mastigatória ao paciente (TORTAMANO, 2008). Todavia, na prática, verifica-se que os serviços de pronto atendimento odontológico têm sido sobrecarregados pelo aporte volumoso de pacientes com casos de menor complexidade, que poderiam ser atendidos nos níveis mais básicos de assistência, utilizando, assim, o atendimento de urgência como brecha para acessar o serviço (DORNAS, 2003; SARVER, 2002; TORTAMANO, 2008).

Apesar da importância do tema para o planejamento em serviços, poucos estudos se dedicaram a avaliar o perfil dos usuários que buscam atendimento odontológico de urgência nos serviços municipais, não obstante a enorme demanda desse serviço no país (FONSECA, 2014). Nota-se, na literatura, que a maioria das pesquisas nesse campo foi realizada em serviços de urgência ligados a faculdades de Odontologia (SOUZA, 1997; MIALHE, 2010) e focadas principalmente nos tipos de procedimentos feitos em cada local.

A elevada procura pelo pronto atendimento por indivíduos na idade adulta, no período produtivo, indica a necessidade de uma análise mais cuidadosa do gestor, pois poderia ser explicada pelo não acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde, quer pela falta de equipes de saúde bucal, quer pela limitação de horário ou, ainda, pela tentativa de entrada no serviço por outra via (FONSECA, 2014).

Fica evidente que o problema a ser enfrentado está no aprimoramento dos processos de trabalho. Percebe-se, portanto, que a expansão da rede de atenção básica, por meio da ESF, é importante para promover maior equidade em saúde se associadas a demais ações complementares (FONSECA, 2014). No âmbito da saúde bucal, apesar dos avanços, a organização de um modelo de assistência odontológica ainda se apresenta como um dos grandes desafios a serem superados pelo SUS, com necessidade de reformulação de suas práticas, considerando-se a qualidade e a oferta de técnicas mais densas para solução dos problemas bucais da população (TORTAMANO, 2008; DORNAS, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto do atendimento de urgência odontológica na qualidade de vida de pacientes atendidos na rede de atenção primária do município de Alfredo Chaves/ES, por meio da aplicação do questionário OHIP-14 antes e depois da realização do tratamento.

3.2 OBJETIVO DO ARTIGO 1

Analisar o impacto na qualidade de vida de pacientes que procuraram atendimento de urgência nas unidades de saúde do município de Alfredo Chaves/ES, por meio da aplicação do questionário OHIP-14 antes da realização do tratamento e possíveis relações com variáveis sociodemográficas associadas.

3.3 OBJETIVO DO ARTIGO 2

Analisar o impacto do tratamento odontológico de urgência na qualidade de vida de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município de Alfredo Chaves/ES, por meio da aplicação do questionário OHIP-14 antes e depois da realização do 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

Estudo analítico com delineamento longitudinal prospectivo de intervenção não controlado do tipo “antes e depois”. Nesse tipo de estudo, é provocada uma modificação intencional no estado de saúde dos participantes através da intervenção odontológica. Todos os pacientes recebem o atendimento, e sua condição é verificada antes do início e em momentos após o tratamento (MEDRONHO, 2008). No presente estudo, foi analisado o impacto na qualidade de vida de pacientes antes da realização do atendimento de urgência odontológica e de dez a trinta dias após a realização do tratamento, quando então os achados foram analisados e comparados.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um primeiro momento presencialmente nas unidades básicas de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família do município de Alfredo Chaves/ES.

O município de Alfredo Chaves conta com 100% de cobertura na atenção básica, o que significa dizer que todos os cidadãos estão vinculados a uma ESF. Para tal, o município dispõe de cinco equipes de Saúde da Família, todas com profissionais de saúde bucal. De dez a trinta dias 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 o serviço odontológico de urgência nas unidades básicas de saúde vinculadas à ESF do município de Alfredo Chaves/ES e 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 301 pacientes que receberam atendimento de urgência nas unidades básicas de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família do município de Alfredo Chaves/ES de 01 de maio de 2021 a 30 de março de 2022. Para realização do cálculo amostral, foi considerada a população-alvo aproximada de 994 pacientes de atendimentos de urgência no período de estudo. Foram utilizados, como parâmetros para o cálculo amostral, prevalência de impacto de problemas bucais de 35%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Obteve-se uma amostra mínima de 260 indivíduos. A prevalência esperada de 35% foi utilizada com base em estudo realizado no estado do Espírito Santo (MIOTTO et al., 2012). A fim de ajustar para uma taxa de perda igual a 20%, foram acrescentadas 52 pessoas, o que resultaria em uma amostra de 312 pacientes. Todavia, de acordo com a mínima calculada, consistiu em número suficiente a amostra de 301 participantes.

4.3.1.2 Artigo 2

A amostra final, resultante do segundo momento da coleta de dados, foi composta pelos pacientes que responderam ao segundo questionário OHIP-14 para mensuração da qualidade de vida. Realizou-se a coleta de dados nesse segundo momento com todos os 301 pacientes entrevistados anteriormente.

4.3.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo pacientes com 18 anos ou mais, que tiveram experiência de dor de origem dental e que buscaram atendimento de urgência nas unidades básicas de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família do município de Alfredo Chaves/ES.

4.3.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pacientes com problemas cognitivos que impediam o entendimento das questões dos questionários.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. No primeiro, antes da realização do atendimento odontológico de urgência, de forma presencial e com demanda espontânea, foram aplicados quatro questionários: OHIP-14, para mensuração da qualidade de vida; um roteiro estruturado para caracterização sociodemográfica; outro para caracterização socioeconômica; e um questionário sobre dor orofacial. No segundo momento, de dez a trinta dias após a realização do atendimento, fez-se contato com os participantes pelo pesquisador, através de telefone, para um novo preenchimento do questionário OHIP-14.

Roteiro 1: Referente às características sociodemográficas (APÊNDICE A). Foi desenvolvido um roteiro para coleta das seguintes informações sociodemográficas dos participantes: sexo, idade, estado civil, município de moradia, localidade de moradia, escolaridade, tipo de acesso a serviços de saúde bucal.

Roteiro 2: Referente à situação socioeconômica dos indivíduos (ANEXO A). Categoriza os indivíduos em classes A, B, C e D/E seguindo o Sistema de Classificação Econômica do Brasil e considerando a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família, baseado no critério Abep/Abipeme, cuja finalidade é dividir a população segundo padrões ou potenciais de consumo (BRASIL, 2019).

Roteiro 3: Referente à condição de saúde bucal (APÊNDICE B). Foi desenvolvido um roteiro para coleta de informações referentes às condições de saúde bucal do usuário, como: presença de dor, tempo decorrido com dor, motivação de utilização dos serviços de saúde, último atendimento odontológico, se houve dor nos últimos seis meses, intensidade da dor, percepção de mau hálito, quantidade de vezes que buscou atendimento de urgência e o procedimento realizado durante o atendimento de urgência.

Roteiro 4: Referente ao impacto de saúde bucal na qualidade de vida – OHIP-14 (ANEXO B). O roteiro utilizado, 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: as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” indicam que as condições bucais não impactam na qualidade de vida; e as respostas “sempre” e “frequentemente” revelam que essas condições impactam na qualidade de vida do entrevistado.

4.5 VARIÁVEIS DEPENDENTES

4.5.1 Artigo 1

Impacto na qualidade de vida antes da realização do atendimento odontológico de urgência.

4.5.2 Artigo 2

Impacto na qualidade de vida antes e depois da realização do atendimento odontológico de urgência.

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
Localidade de moradia	Zona Urbana Zona Rural
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
Tempo do último tratamento odontológico	Há mais de um ano Há menos de um ano Está em tratamento odontológico atualmente Não sabe responder
Dor nos últimos seis meses	Sim Não
Intensidade da dor	Leve Moderada Intensa Muito Intensa Horrível Intolerável
Gosto ruim na boca nos últimos seis meses	Sim Não
Mau hálito nos últimos seis meses	Sim Não
Encontrou facilidade de acesso no serviço de urgência	Sim Não
Quantas vezes já foram atendidas na urgência	Uma vez Duas vezes Mais de duas vezes
Quantas vezes teve que procurar para ser atendido	Uma vez Duas vezes Mais de duas vezes

Variável	Categoria
Procedimento de urgência realizado	Acesso à polpa dentária Capeamento pulpar Restauração direta Selamento provisório da cavidade dentária Exodontia Medicação

Fonte: Elaboração Própria (2022).

4.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram organizados em planilha no programa *Microsoft Office Excel 2010*. Estruturou-se uma análise descritiva dos dados por meio de tabelas de frequência com número e percentual para cada um dos itens do instrumento de pesquisa. A relação entre impacto, variáveis sociodemográficas e saúde bucal foi realizada a partir da utilização do teste exato de Fischer. Para avaliar a força da associação entre as variáveis independentes e as dimensões, calculou-se a razão de chances (OR) e, para analisar o efeito das dimensões combinadas, utilizou-se o teste de Mantel-Haenszel. A comparação do impacto no segundo momento em relação à primeira coleta da pesquisa foi feita a partir do teste não paramétrico de Wilcoxon. O pacote estatístico IBM SPSS 20 foi utilizado para análise dos dados desta pesquisa, adotando o nível de significância 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 n.º 4.741.127 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1

O Impacto da Necessidade do Tratamento Odontológico de Urgência na Qualidade de Vida

5.1.1 RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre impactos produzidos pela necessidade do atendimento odontológico de urgência e variáveis sociodemográficas na qualidade de vida relacionada à saúde oral (QdVRSO). Trata-se de um estudo analítico transversal realizado em um município na Região Sudeste, Brasil, que foi composto por 301 pacientes. O Perfil de Impacto em Saúde Bucal (OHIP-14) foi utilizado para medir a QdVRSO dos indivíduos. Foram realizadas análises descritivas e bivariais utilizando-se o teste exato de Fisher e o teste de Mantel-Haenzsel para avaliar os efeitos das dimensões combinadas. O nível de significância adotado foi de 5%. Para avaliar a força de associação entre variáveis e dimensões independentes, calculou-se odds-ratio (OR) com intervalo de confiança de 95%. A prevalência de impacto negativo na QdVRSO em pacientes que buscaram o serviço de urgência odontológica foi de 35,2%. A maior percepção de impacto foi encontrada em indivíduos moradores da zona rural ($p=0,027$ e $OR=1,028;2,908$), com percepção de mau hálito ($p=0,00$ e $OR=1,659;6,269$), com percepção de gosto ruim na boca ($p=0,02$ e $OR=1,389;4,637$), com percepção de dor ($p=0,000$ e $OR=6,378;21,177$) e com percepção de dor intensa ($p=0,002$ e $OR=1,686;14,504$). Predileção de impacto na QdVRSO esteve associada a indivíduos: moradores da zona rural; que observaram gosto ruim na boca e mau hálito; e que tiveram dor intensa relatada.

Palavras-chave: Saúde bucal; Qualidade de vida; Odontologia.

5.1.2 ABSTRACT

The objective of this study was to verify the association between impacts produced by the need for emergency dental care and sociodemographic variables on oral health-related quality of life (OHRQoL). This is a cross-sectional analytical study carried out in a municipality in the Southeast, Brazil, which was composed of 301 patients. The Oral Health Impact Profile (OHIP-14) was used to measure the individuals' OHRQoL. For data analysis, descriptive and bivariate analyzes were performed using Fisher's exact test and the Mantel-Haenzsel test to assess the effects of the combined dimensions. The significance level adopted was 5%. To assess the strength of association between variables and independent dimensions, odds-ratio (OR) was calculated with a confidence interval of 95%. The prevalence of negative impact on OHRQoL in patients who sought the dental emergency service was 35.2%. The greatest perception of impact was found in individuals living in rural areas ($p=0.027$ and $OR=1.028;2.908$), with perception of bad breath ($p=0.00$ and $OR=1.659;6.269$), with perception of bad taste in the mouth ($p=0.02$ and $OR=1.389;4.637$), with pain perception ($p=0.000$ and $OR=6.378;21.177$) and those with intense pain perception ($p=0.002$ and $OR=1.686;14.504$). Impact predilection in the OHRQoL was associated with individuals living in the urban area, who observed a bad taste in the mouth and bad breath, who had reported pain, which was intense.

Key words: Oral health; Quality of life; Dentistry.

5.1.3 INTRODUÇÃO

O condicionamento precário de saúde bucal da população brasileira é uma reverberação dos aspectos socioeconômico e cultural, além de um reflexo da dessemelhança de acesso à assistência odontológica. Uma parte considerável da população recorre a serviços odontológicos ofertados de maneira gratuita, por órgãos públicos e instituições de ensino, devido ao alto custo na iniciativa privada. Porém, às vezes, os serviços de urgência odontológica funcionam como “caminho de entrada” do paciente no sistema público de saúde, especialmente para aqueles que não possuem o acesso ao serviço odontológico habitualmente para um acompanhamento contínuo.

No que se refere à Odontologia, percebe-se que as urgências são bem comuns, sobretudo aquelas acarretadas por agentes agressores da polpa dental, ocasionando uma dor difícil de suportar e muita aflição. Destarte, tal dor é decorrência de reações inflamatórias na polpa, consistindo, muitas vezes, a cárie dentária como o fator preponderante etiológico. Desse modo, a maioria das urgências odontológicas é ramificada por mudanças pulpares ou alterações do periodontal apical (NASCIMENTO et al., 2021).

Aponta-se a apresentação de dor como a reclamação principal na maior parte dos atendimentos de urgência (MARTINS et al., 2014). A dor é definida como um acontecimento difícil e como uma vivência pluridimensional, a qual abarca estímulos sensoriais, além de condições cognitivas, emocionais, conceptuais, culturais e motivacionais. Inúmeros agentes locais estruturados, como idade, sexo, estado total de saúde, classe dentária afetada, posição pulpar e periapical, relações de oclusão, dentre outros, podem interagir e articular a frequência de dor odontológica (COHEN, 2011). Contudo, pacientes que reclamam de dor precisam de atendimento rápido, imediato e eficaz, visto que esta tem um impacto negativo no que tange à qualidade de vida, podendo acarretar sofrimento, prejuízos ao desempenho profissional e ao aprendizado, além de empecilhos para manutenção do bom convívio social (KUHLEN et al., 2009).

Nessa configuração, é de extrema relevância pesquisar as circunstâncias de urgências em Odontologia, pois elas são um fato vivenciado diariamente nos consultórios (SANCHEZ; DRUMOND, 2011). O cirurgião-dentista, de fato, deve ter conhecimento das propriedades clínicas e radiográficas das patologias para a determinação de diagnóstico preciso e, por conseguinte, manejo adequado dos pacientes. Do mesmo modo, é presumível julgar que a formação, estudo e pesquisa dos cirurgiões-dentistas viabilizem que eles tenham contato com indivíduos portadores de quadros agudos de dor. No entanto, verifica-se certo vazio na capacitação dos profissionais quanto ao diagnóstico diferencial e, ainda, a um diagnóstico subjetivo para uma abordagem mais eficiente em situações de urgência no consultório odontológico (GOMES et al., 2013).

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de impactos na qualidade de vida produzidos por problemas bucais que levaram à busca do serviço odontológico de urgência em unidades básicas de um município, no Sudeste do Brasil, bem como a possível relação com variáveis sociodemográficas e clínicas.

5.1.4 METODOLOGIA

Esta pesquisa de delineamento transversal analisou uma amostra de 301 indivíduos, com 18 anos ou mais, que estavam à procura do atendimento de urgências nas unidades de saúde de um município no Sudeste do país. Para realização do cálculo amostral, foi considerada a população-alvo aproximada de 996 pessoas que procuraram o atendimento de urgência, no período do estudo.

Utilizou-se, como modelo 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 240 participantes. A prevalência esperada de 35% foi utilizada e suportada por estudo realizado anteriormente no estado do Espírito Santo (MIOTTO et al., 2012). A fim de ajustar para uma taxa de perda igual a 20%, foram acrescentados a esse número 52 participantes, o que resultaria em uma amostra final de 312 participantes. Entretanto, no período da coleta, que ocorreu entre 02 de maio de 2021 e 10 de abril de 2022, foi obtido uma amostra de 301 pacientes, já representativa da população.

Realizaram-se as entrevistas antes do atendimento de urgência, onde foram aplicados quatro questionários aos participantes: um roteiro estruturado para caracterização sociodemográfica; outro para caracterização da condição socioeconômica; um questionário sobre dor orofacial; e o OHIP-14, para mensuração da qualidade de vida;

No roteiro para caracterização sociodemográfica, foram coletadas as seguintes informações: sexo, idade, cidade de moradia, zona de moradia (urbana ou rural), escolaridade 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 (Abep/Abipeme, 2019).

Já na caracterização da saúde bucal, foram coletados os seguintes dados: tempo do último tratamento odontológico, motivo da procura do atendimento de urgência,

quantas vezes já havia procurado o serviço de urgência, se o participante encontrou facilidade de acesso, quantidade de vezes que precisou buscar a unidade de saúde para ser atendido, procedimento realizado, percepção de gosto ruim na boca e/ou mau hálito nos últimos seis meses, de dor, início da dor, episódios de dor nos últimos 12 meses, a intensidade dessa dor e, por fim, percepção de dor dentária nos últimos seis meses.

O roteiro “Perfil de Impacto de Saúde Bucal” (OHIP-14) avaliou a percepção dos participantes da pesquisa sobre o impacto do atendimento odontológico recebido no serviço de urgência na qualidade de vida. O instrumento 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, contendo 14 questões (OHIP-14), por ser mais breve, de facilitada administração e com preservação das mesmas propriedades psicométricas para a análise dos sete domínios do impacto mensurados pelo instrumento original (SLADE, 1997).

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: as respostas “às vezes”, “raramente” e “nunca” indicam que as condições bucais não impactam na qualidade de vida; e as respostas “sempre” e “frequentemente” revelam que essas condições impactam na qualidade de vida do entrevistado.

Para que o instrumento pudesse ser aplicado no Brasil, o OHIP-14 teve sua validação realizada em 2005. Após um estudo transversal com intuito de analisar o impacto da dor de dente na qualidade de vida de gestantes, com uma mostra de 504 participantes, os autores concluíram que a versão brasileira do instrumento possui boas propriedades psicométricas, semelhante à original (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). Atualmente, o OHIP-14 é um dos instrumentos mais utilizados no mundo todo, com pelo menos sete versões linguísticas e culturais, apresentando dentre suas vantagens: diversos domínios, aplicação breve, com valores de corte que permitem avaliar a gravidade e prevalência dos impactos negativos numa única

administração. Vale ressaltar ainda que os dados refletem não a perspectiva de investigadores, e sim a autopercepção dos pacientes, o que aumenta a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas realmente importantes para estes (SLADE, 1997).

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, calculou-se 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 análise dos dados desta pesquisa, adotando o nível de significância 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 n.º 4741127.

5.1.5 RESULTADOS

A amostra final totalizou 301 indivíduos, quantidade representativa da população estudada e superior à calculada (240). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos participantes. O perfil demográfico da população da pesquisa foi de maioria feminina (67,1%), com idade de até 49 anos (74,8%), residente na área urbana do município (73,1%). Em relação à caracterização socioeconômica, a maioria declarou ter estudado por até 13 anos (88,7%) e pertencer às classes C e D/E (94,4%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.

Característica	Número	Percentual
Sexo		
Feminino	202	67,1
Masculino	99	32,9
Faixa etária		
Menos 30 anos	76	25,2
30-39 anos	70	23,3
40-49 anos	73	24,3
50 anos ou mais	82	27,2
Escolaridade paciente		
Analfabeto	16	5,3
Fundamental I	47	15,6
Fundamental II	85	28,3
Médio incompleto	25	8,3
Médio completo	94	31,2
Superior incompleto	4	1,3
Superior completo	30	10,0
Condição socioeconômica		
Classe B1	1	0,3
Classe B2	16	5,3
Classe C1	63	20,9
Classe C2	125	41,6
Classe D/E	96	31,9
Zona de moradia		
Urbana	220	73,1
Rural	81	26,9
Total	301	100,0

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Em se tratando do perfil de saúde bucal da população do estudo, observa-se, na Tabela 2, que a maioria relatou utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) para ter acesso a serviços de saúde bucal nos últimos 12 meses (96,4%), que o tempo do último tratamento odontológico foi há mais de um ano (48,5%), que os principais motivos de busca por atendimento de urgência foi restauração fraturada (34,5%) seguida de cárie (30,6%).

Participantes que já haviam procurado o serviço de urgência anteriormente compreendiam 85%, e os que já haviam buscado anteriormente o serviço por três vezes ou mais correspondiam a 56,7% da amostra. A grande maioria (97,7%) declarou facilidade de acesso e, ainda, que precisou buscar uma única vez para conseguir atendimento (85,4%). Dos procedimentos, restaurações diretas (37,6%) foram realizadas com mais frequência; a maioria da população estudada relatou não sentir gosto ruim na boca nos últimos seis meses (82,4%) e não perceber mau hálito nos últimos seis meses (87,7%).

Tabela 2. Dados sobre saúde bucal de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.

Característica	Número	Percentual
Tipo de acesso		
Particular/Plano	11	3,6
Público	290	96,4
Tempo do último atendimento odontológico		
Está em tratamento	19	6,3
Menos de um ano	59	19,6
Há mais de um ano	146	48,5
Não lembra	77	25,6
Motivo procura		
Abscesso endodôntico	60	19,9
Abscesso periodontal	15	5,0
Cárie	92	30,6
Dentina exposta	4	1,3
Fratura dentária	11	3,7
Pericoronarite	5	1,7
Restauração fraturada	104	34,5
Trauma	10	3,3
Procurou serviço de urgência em outra ocasião		
Sim	256	85,0
Não	45	15,0
Quanta vezes procurou serviço de urgência		
Uma vez	60	23,4
Duas vezes	51	19,9
Três vezes ou mais	145	56,7
Encontrou facilidade no acesso		
Sim	294	97,7
Não	7	2,3
Quantas vezes procurou a US até ser atendido		
Uma vez	257	85,4
Duas vezes	42	14,0
Três vezes ou mais	2	0,6
Procedimento realizado		
Acesso à polpa dentária	54	17,9
Capeamento pulpar	20	6,6
Exodontia	24	8,0
Medicação	35	11,6
Restauração direta	113	37,6
Selamento provisório da cavidade	56	18,3
Gosto ruim na boca nos últimos seis meses		
Sim	53	17,6
Não	248	82,4
Mau hálito nos últimos seis meses		
Sim	43	14,3
Não	258	87,7

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Na Tabela 3, observa-se que a busca por atendimento de urgência motivada por dor foi de 50,8%. Destes, 37,3% relataram estar com dor há mais de dois dias. A maioria afirmou não ter apresentado dor de dente nos últimos 12 meses (68,1%) e, quando relatado dor (31,9%), a maioria referiu-se a ela como moderada (37,5%) a intensa (32,2%). Sobre a percepção de dor dentária nos últimos seis meses, a maioria nunca teve dor ou desconforto nos últimos seis meses (44,2%).

Tabela 3. Dados sobre dor dentária de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.

Característica	Número	Percentual
Está sentindo dor		
Sim	153	50,8
Não	148	49,2
Tempo sentindo dor		
Um dia	32	20,8
Mais de 2 dias	57	37,3
Uma semana	33	21,6
Mais de uma semana	31	20,3
Dor de dente nos últimos 12 meses		
Sim	96	31,9
Não	205	68,1
Intensidade da dor		
Leve	21	21,9
Moderada	36	37,5
Intensa	31	32,2
Muito intensa	4	4,2
Horrível	4	4,2
Percepção de dor dentária nos últimos seis meses		
Nunca teve dor ou desconforto	133	44,2
Poucas vezes teve dor ou desconforto	111	36,9
Teve vários episódios de dor ou desconforto	53	17,6
Teve o tempo todo dor ou desconforto	4	1,3

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

De acordo com a Tabela 4, o impacto na qualidade de vida devido à necessidade de realização de atendimento odontológico de urgência foi declarado por 109 pessoas (36,2%), sendo que os domínios com maior impacto relatado foram dor física (24,9%) e desconforto psicológico (31,2%).

Tabela 4. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência.

Dimensão	Com impacto		Sem Impacto	
	N.º	%	N.º	%
Limitação funcional	8	2,7	293	97,3
Dor física	75	24,9	226	75,1
Desconforto psicológico	94	31,2	207	68,8
Incapacidade física	37	12,3	264	87,7
Incapacidade psicológica	30	10,0	271	90,0
Incapacidade social	17	5,6	284	94,4
Deficiência	16	5,3	285	94,7
Geral	109	36,2	192	63,8

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Em relação ao sexo, não foi observada associação estatisticamente significativa entre os domínios analisados (Tabela 5).

Tabela 5. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo o sexo.

Dimensão	Feminino		Masculino		p valor	OR IC95%
	N.º	%	N.º	%		
Limitação funcional						
Com impacto	5	2,5	3	3,0	0,522	1,231
Sem impacto	197	97,5	96	97,0		0,288 – 5,259
Dor física						
Com impacto	50	24,8	25	25,3	0,516	1,027
Sem impacto	152	75,2	74	74,7		0,590 – 1,788
Desconforto psicológico						
Com impacto	67	33,2	27	27,3	0,183	1,323
Sem impacto	135	66,8	72	72,7		0,779 – 2,250
Incapacidade física						
Com impacto	28	13,9	9	9,1	0,159	1,609
Sem impacto	174	86,1	90	90,9		0,728 – 3,556
Incapacidade psicológica						
Com impacto	21	10,4	9	9,1	0,448	1,160
Sem impacto	181	89,6	90	90,9		0,511 – 2,636
Incapacidade social						
Com impacto	12	5,9	5	5,1	0,492	1,187
Sem impacto	190	94,1	94	94,9		0,406 – 3,469
Deficiência						
Com impacto	10	5,0	6	6,1	0,437	1,239
Sem impacto	192	95,0	93	93,9		0,437 – 3,511
Mantel-Haenszel					0,367	1,129 0,682 – 1,868

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

No que diz respeito à faixa etária, não foi observada associação estatisticamente significativa entre os domínios analisados (Tabela 6).

Tabela 6. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a faixa etária.

Dimensão	Até 39 anos		40 anos ou mais		p valor	OR IC95%
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional						
Com impacto	3	2,1	5	3,2	0,395	1,589 0,373 – 6,771
Sem impacto	143	97,9	150	96,8		
Dor física						
Com impacto	37	25,3	38	24,5	0,487	1,045 0,620 – 1,762
Sem impacto	109	74,7	117	75,5		
Desconforto psicológico						
Com impacto	50	34,2	44	28,4	0,166	1,314 0,806 – 2,142
Sem impacto	96	65,8	111	71,6		
Incapacidade física						
Com impacto	19	13,0	18	11,6	0,423	1,139 0,572 – 2,267
Sem impacto	127	87,0	137	88,4		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	19	13,0	11	7,1	0,064	1,958 0,898 – 4,272
Sem impacto	127	87,0	144	92,9		
Incapacidade social						
Com impacto	11	7,5	6	3,9	0,130	2,023 0,728 – 5,621
Sem impacto	135	92,5	149	96,1		
Deficiência						
Com impacto	11	7,5	5	3,2	0,079	2,444 0,828 – 7,215
Sem impacto	135	92,5	150	96,8		
Mantel-Haenszel					0,264	1,197 0,748 – 1,917

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Em se tratando do grau de escolaridade, não foi observada associação estatisticamente significativa entre os domínios analisados (Tabela 7).

Tabela 7. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a escolaridade.

Dimensão	Até 13 anos de estudo		13 anos de estudo ou mais		p valor	OR IC95%
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional						
Com impacto	7	4,0	1	0,8	0,080	5,355 0,651 – 44,084
Sem impacto	166	96,0	127	99,2		
Dor física						
Com impacto	42	24,3	33	25,8	0,434	1,083 0,640 – 1,835
Sem impacto	131	75,7	95	74,2		
Desconforto psicológico						
Com impacto	55	31,8	39	30,5	0,454	1,064 0,649 – 1,743
Sem impacto	118	68,2	89	69,5		
Incapacidade física						
Com impacto	17	9,8	20	15,6	0,091	1,699 0,851 – 3,393
Sem impacto	156	90,2	108	84,4		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	16	9,2	14	10,9	0,384	1,205 0,565 – 2,568
Sem impacto	157	90,8	114	89,1		
Incapacidade social						
Com impacto	7	4,0	10	7,8	0,126	2,010 0,744 – 5,432
Sem impacto	166	96,0	118	92,2		
Deficiência						
Com impacto	9	5,2	7	5,5	0,558	1,054 0,382 – 2,910
Sem impacto	164	94,8	121	94,5		
Mantel-Haenszel					0,419	1,083 0,673 – 1,744

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Na Tabela 8, nota-se que, na condição socioeconômica, também não foi observada associação estatisticamente significativa entre os domínios analisados.

Tabela 8. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a condição socioeconômica.

Dimensão	Classe B/C		Classe D/E		p valor	OR IC95%
	N.º	%	N.º	%		
Limitação funcional						
Com impacto	6	2,9	2	2,1	0,503	1,417 0,281 – 7,153
Sem impacto	199	97,1	94	97,9		
Dor física						
Com impacto	48	23,4	27	28,1	0,229	1,280 0,738 – 2,218
Sem impacto	157	76,6	69	71,9		
Desconforto psicológico						
Com impacto	61	29,8	33	34,4	0,250	1,237 0,738 – 2,073
Sem impacto	144	70,2	63	65,6		
Incapacidade física						
Com impacto	24	11,7	13	13,5	0,390	1,181 0,573 – 2,435
Sem impacto	181	88,3	83	86,5		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	19	9,3	11	11,5	0,344	1,267 0,577 – 2,779
Sem impacto	186	90,7	85	88,5		
Incapacidade social						
Com impacto	11	5,4	6	6,3	0,472	1,176 0,422 – 3,279
Sem impacto	194	94,6	90	93,8		
Deficiência						
Com impacto	10	4,9	6	6,3	0,403	1,300 0,458 – 3,687
Sem impacto	195	95,1	90	93,8		
Mantel-Haenszel					0,240	1,237 0,750 – 2,039

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Conforme descrito na Tabela 9, as diferenças encontradas em moradores das áreas urbana e rural em todas as dimensões não foram estatisticamente significantes. Entretanto, para os resultados dos testes combinados de Mantel-Haenszel, pessoas moradoras da zona rural, considerando as dimensões combinadas do OHIP-14, declararam maior impacto, ou seja, os moradores da área rural possuem 1,7 vezes mais chance de apresentar impacto quando comparadas com as da área urbana ($p=0,027$; $OR=1,729$; $IC95\%=1,028$; $2,908$).

Tabela 9. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a zona de moradia.

Dimensão	Zona Urbana		Zona Rural		p valor	OR IC95%
	N.º	%	N.º	%		
Limitação funcional						
Com impacto	6	2,7	2	2,5	0,631	1,107 0,219 – 5,602
Sem impacto	214	97,3	79	97,5		
Dor física						
Com impacto	50	22,7	25	30,9	0,098	1,518 0,861 – 2,676
Sem impacto	170	77,3	56	69,1		
Desconforto psicológico						
Com impacto	65	29,5	29	35,8	0,184	1,330 0,776 – 2,279
Sem impacto	155	70,5	52	64,2		
Incapacidade física						
Com impacto	24	10,9	13	16,0	0,157	1,561 0,753 – 3,237
Sem impacto	196	89,1	68	84,0		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	21	9,5	9	11,1	0,416	1,185 0,519 – 2,706
Sem impacto	199	90,5	72	88,9		
Incapacidade social						
Com impacto	12	5,5	5	6,2	0,501	1,140 0,389 – 3,344
Sem impacto	208	94,5	76	93,8		
Deficiência						
Com impacto	9	4,1	7	8,6	0,105	2,218 0,798 – 6,166
Sem impacto	211	95,9	74	91,4		
Mantel-Haenszel					0,027	1,729 1,028 – 2,908

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Em relação à percepção de mau gosto na boca, pessoas que relataram gosto ruim tiveram: 2,8 vezes mais chance de impacto na dimensão dor física ($p=0,001$; $OR=2,890$; $IC95\%=1,549$; $5,390$); 3 vezes mais chance na dimensão desconforto psicológico ($p=0,000$; $OR=3,088$; $IC95\% =1,681$; $5,675$); 2,6 vezes mais chance na dimensão incapacidade psicológica ($p=0,022$; $OR=2,651$; $IC95\%=1,161$; 6056); e 4 vezes mais chance na dimensão deficiência ($p=0,011$; $OR=4,041$; $IC95\%=1,433$; $11,398$) dos que declararam não sentir gosto ruim na boca (Tabela 10).

Ainda de acordo com a Tabela 10, em relação aos resultados dos testes combinados, nota-se que há 2,5 vezes ($p=0,002$; $OR=2,538$; $IC95\%=1,389$; $4,637$) mais chances de impacto nos pacientes que buscaram atendimento de urgência com percepção de gosto ruim na boca.

Tabela 10. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a percepção de mau gosto na boca.

Dimensão	Gosto ruim		Normal		p valor	OR IC95%
	N.º	%	N.º	%		
Limitação funcional						
Com impacto	3	5,7	5	2,0	0,150	2,916
Sem impacto	50	94,3	243	98,0		0,675 – 12,598
Dor física						
Com impacto	23	43,4	52	21,0	0,001	2,890
Sem impacto	30	56,6	196	79,0		1,549 – 5,390
Desconforto psicológico						
Com impacto	28	52,8	66	26,6	0,000	3,088
Sem impacto	25	47,2	182	73,4		1,681 – 5,675
Incapacidade física						
Com impacto	10	18,9	27	10,9	0,088	1,904
Sem impacto	43	81,1	221	89,1		0,859 – 4,218
Incapacidade psicológica						
Com impacto	10	18,9	20	8,1	0,022	2,651
Sem impacto	43	81,1	228	91,9		1,161 – 6,056
Incapacidade social						
Com impacto	6	11,3	11	4,4	0,058	2,750
Sem impacto	47	88,7	237	95,6		0,969 – 7,803
Deficiência						
Com impacto	7	13,2	9	3,6	0,011	4,041
Sem impacto	46	86,8	239	96,4		1,433 – 11,398
Mantel-Haenszel					0,002	2,538 1,389 – 4,637

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

No que diz respeito ao mau hálito, resultados demonstraram que indivíduos com percepção de halitose tiveram cerca de 4 vezes mais chances nas dimensões dor física ($p=0,000$; $OR=4,052$; $IC95\%=2,074$; $7,918$), desconforto psicológico ($p=0,000$; $OR=4,273$; $IC95\%=2,184$; $8,361$), incapacidade física ($p=0,001$; $OR=4,225$; $IC95\%=1,947$; $9,167$), incapacidade psicológica ($p=0,01$; $OR=4,324$; $IC95\%=1,887$; $9,908$) e incapacidade social ($p=0,005$; $OR=4,822$; $IC95\%=1,726$; $13,469$), além de 9,4 vezes mais chance na dimensão deficiência ($p=0,000$; $OR=9,492$; $IC95\%=3,319$; $27,142$) do que os que não declararam sentir mau hálito (Tabela 11).

Em relação aos resultados dos testes combinados, nota-se que há 3,2 vezes ($p=0,000$; $OR=3,225$; $IC95\%=1,659$; $6,269$) mais chance do impacto em pacientes que percebem a halitose do que os que não relataram (Tabela 11).

Tabela 11. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a percepção de mau hálito.

Dimensão	Com halitose		Normal		p valor	OR IC95%
	N.º	%	N.º	%		
Limitação funcional						
Com impacto	3	7,0	5	1,9	0,091	3,795 0,873 – 15,500
Sem impacto	40	93,0	253	98,1		
Dor física						
Com impacto	22	51,2	53	20,5	0,000	4,052 2,074 – 7,918
Sem impacto	21	48,8	205	79,5		
Desconforto psicológico						
Com impacto	26	60,5	68	26,4	0,000	4,273 2,184 – 8,361
Sem impacto	17	39,5	190	73,6		
Incapacidade física						
Com impacto	13	30,2	24	9,3	0,001	4,225 1,947 – 9,167
Sem impacto	30	69,8	234	90,7		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	11	25,6	19	7,4	0,001	4,324 1,887 – 9,908
Sem impacto	32	74,4	239	92,6		
Incapacidade social						
Com impacto	7	16,3	10	3,9	0,005	4,822 1,726 – 13,469
Sem impacto	36	83,7	248	96,1		
Deficiência						
Com impacto	9	20,9	7	2,7	0,000	9,492 3,319 – 27,142
Sem impacto	34	79,1	251	97,3		
Mantel-Haenszel					0,000	3,225 1,659 – 6,269

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

No que diz respeito à percepção de dor, pessoas que buscaram atendimento com dor apresentaram cerca de 16 vezes mais chance do impacto na dimensão dor física ($p=0,000$; $OR=16,144$; $IC95\%=7,074$; $36,706$), 9 vezes mais na dimensão desconforto psicológico ($p=0,000$; $OR=9,466$; $IC95\%=5,087$; $17,612$), 9,9 vezes mais chance na incapacidade física ($p=0,000$; $OR=9,900$; $IC95\%=3,411$; $28,735$), 2,9 vezes mais chance na dimensão incapacidade psicológica ($p=0,07$; $OR=2,939$; $IC95\%=1,264$; $6,832$), 7,9 vezes mais chance na dimensão incapacidade social ($p=0,001$; $OR=7,935$; $IC95\%=1,782$; $35,336$) e 4,4 vezes mais chance na dimensão deficiência ($p=0,011$; $OR=4,488$; $IC95\%=1,252$; $16,089$) do que os que declararam não sentir dor ao buscar o serviço de urgência. Em relação aos resultados dos testes combinados, nota-se que há 11 vezes ($p=0,000$; $OR=11,622$; $IC95\%=6,378$; $21,177$) mais chance do impacto em pacientes que relataram sentir dor quando buscaram atendimento odontológico de urgência quando comparado com os que não relataram (Tabela 12).

Tabela 12. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a percepção de dor.

Dimensão	Com dor		Sem dor		p valor	OR IC95%
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional						
Com impacto	5	3,3	3	2,0	0,380	1,633 0,383 – 6,958
Sem impacto	148	96,7	145	98,0		
Dor física						
Com impacto	68	44,4	7	4,7	0,000	16,114 7,074 – 36,706
Sem impacto	85	55,6	141	95,3		
Desconforto psicológico						
Com impacto	79	51,6	15	10,1	0,000	9,466 5,087 – 17,612
Sem impacto	74	48,4	133	89,9		
Incapacidade física						
Com impacto	33	21,6	4	2,7	0,000	9,900 3,411 – 28,735
Sem impacto	120	78,4	144	97,3		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	22	14,4	8	5,4	0,007	2,939 1,264 – 6,832
Sem impacto	131	85,6	140	94,6		
Incapacidade social						
Com impacto	15	9,8	2	1,4	0,001	7,935 1,782 – 35,336
Sem impacto	138	90,2	146	98,6		
Deficiência						
Com impacto	13	8,5	3	2,0	0,011	4,488 1,252 – 16,089
Sem impacto	140	91,5	145	98,0		
Mantel-Haenszel					0,000	11,622 6,378 – 21,177

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Quanto à percepção da intensidade da dor, pessoas que relataram sentir dor intensa tiveram 2,8 vezes mais chance na dimensão dor física ($p=0,012$; $OR=2,880$; $IC95\%=1,221$; $6,792$), 4,3 vezes mais chance na dimensão desconforto psicológico ($p=0,001$; $OR=4,306$; $IC95\%=1,690$; $10,968$), 3,5 vezes mais chance na incapacidade física ($p=0,005$; $OR=3,584$; $IC95\%=1,442$; $8,910$), 5,9 vezes mais chance na dimensão incapacidade psicológica ($p=0,001$; $OR=5,913$; $IC95\%=2,050$; $17,060$), 4 vezes mais na dimensão incapacidade social ($p=0,013$; $OR=4,086$; $IC95\%=1,290$; $12,938$) e 3 vezes mais chance na dimensão deficiência ($p=0,050$; $OR=3,120$; $IC95\%=0,957$; $10,174$) do que os que declararam não sentir dor. Em relação aos resultados dos testes combinados, verifica-se que há aproximadamente 5 vezes ($p=0,002$; $OR=4,945$; $IC95\%=1,686$; $14,504$) mais chance do impacto nos pacientes que relataram sentir dor intensa quando buscaram atendimento odontológico de urgência (Tabela 13).

Tabela 13. Impacto na qualidade de vida relacionado à necessidade de tratamento de urgência segundo a percepção da intensidade da dor.

Dimensão	Leve/Moderada		Intensa		p valor	OR IC95%
	N.º	%	N.º	%		
Limitação funcional						
Com impacto	2	3,5	3	7,7	0,325	2,292 0,365 – 14,399
Sem impacto	55	96,5	36	92,3		
Dor física						
Com impacto	25	43,9	27	69,2	0,012	2,880 1,221 – 6,792
Sem impacto	32	56,1	12	30,8		
Desconforto psicológico						
Com impacto	27	47,4	31	79,5	0,001	4,306 1,690 – 10,968
Sem impacto	30	52,6	8	20,5		
Incapacidade física						
Com impacto	11	19,3	18	46,2	0,005	3,584 1,442 – 8,910
Sem impacto	46	80,7	21	53,8		
Incapacidade psicológica						
Com impacto	6	10,5	16	41,0	0,001	5,913 2,050 – 17,060
Sem impacto	51	89,5	23	59,0		
Incapacidade social						
Com impacto	5	8,8	11	28,2	0,013	4,086 1,290 – 12,938
Sem impacto	52	91,2	28	71,8		
Deficiência						
Com impacto	5	8,8	9	23,1	0,050	3,120 0,957 – 10,174
Sem impacto	52	91,2	30	76,9		
Mantel-Haenszel					0,002	4,945 1,686 – 14,504

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

5.1.6 DISCUSSÃO

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 sofrimento ocasionado pela condição dolorosa ultrapassa a esfera física, engloba a incapacidade social e financeira e provoca, essencialmente, redução do bem-estar, induzindo estados de medo, ansiedade, estresse e outros estados psicológicos (DRUMMOND, 2011).

Em se tratando do impacto psicológico ocasionado pelo aspecto doloroso, a conduta do profissional ao paciente deve ser realizada frente a um ajuntamento de empatia e acolhimento (CARVALHO, 2021). Conhecer a expectativa do paciente acerca de sua condição de saúde bucal e sobre como ela interfere em suas práticas e atividades diárias pode transformar o caráter tecnicista do atendimento mediante o processo saúde-doença, agregando ao exercício clínico um olhar humanístico e colaborando, assim, para a construção e fortalecimento da relação entre profissionais e pacientes. (DRUMMOND, 2011).

De acordo com o presente estudo, podemos relatar que 36,2% dos participantes que buscaram o atendimento odontológico de urgência na rede municipal de saúde declararam impacto na qualidade de vida, resultado semelhante ao encontrado em estudos em municípios do mesmo Estado e os quais avaliaram o impacto produzido por problemas bucais (AGUIAR et al., 2022). Os domínios mais relatados pelos participantes dessa pesquisa foram desconforto psicológico (31,2%) e dor física (24,9%), constatação correlata à observação feita também por outros autores. (GOMES, 2007; QUEIROZ, 2019; BATISTA, 2014).

Para Mussolin (2020), o desconforto psicológico acompanhado de dor física reflete nas sete dimensões aferidas no OHIP-14 e, segundo ele, estas são as que possuem maior influência na condição de vida dos pacientes. No que concerne à pesquisa de Silva et al. (2016), com um grupo de adultos na cidade de São Paulo, a dimensão mais atingida foi a dor física e, posteriormente, o transtorno psicológico. Isso ressalta

a importância da análise de parâmetros subjetivos e psicométricos, por meio da utilização de indicadores sociodentais para avaliação da saúde, visando compreender como os agravos em saúde bucal interferem na qualidade de vida da população.

Vários são os fatores associados à ocorrência das odontalgias, dentre eles, aspectos socioeconômicos, demográficos, psicológicos, étnicos, culturais e padrões de acesso/uso dos serviços odontológicos, sejam eles públicos ou privados. Nota-se que os indivíduos com piores condições socioeconômicas apresentam piores condições de vida e, possivelmente, manifestam maior número de agravos à saúde bucal, como a dor de dente (NOMURA et al., 2004).

Entre os fatores sociodemográficos analisados por esta pesquisa, houve associação estatisticamente significativa entre a necessidade de tratamento odontológico de urgência e qualidade de vida com o fator zona de moradia. O impacto foi observado na associação dos sete domínios do OHIP-14, e demonstrou-se que moradores da zona urbana tem 1,7 mais vezes de chance de sofrer o impacto. Esse fator pode estar associado à dificuldade do trabalhador rural em se ausentar das tarefas e da carência ou mesmo inexistência de horários alternativos de atendimento. Tal achado é semelhante ao encontrado por Reis et al. (2021), que constataram menor procura pelo atendimento odontológico por parte de moradores da zona rural, tendo como justificativa apontada a distância para se chegar à unidade onde era realizado o atendimento.

Na amostra do estudo, observou-se maior número de mulheres; entretanto, não foi constatado maior impacto na qualidade de vida associado ao sexo feminino, embora essa associação seja um achado comum (CASSAL et al., 2011; COSTA et al., 2018; GABARDO et al., 2015). Esses autores justificam tal fato levando em conta o contexto sociocultural, no qual, historicamente, mulheres são mais vinculadas ao cuidado (pessoal e familiar) e, dessa forma, procuram mais pelos serviços de saúde e relatam mais morbidades (PIRES et al., 2019; GOMES, 2007). Outro aspecto a ser considerado é que, nas Estratégias de Saúde da Família onde se realizou o trabalho, não há oferta de horários de funcionamento alternativos ou noturnos, o que

contribuiria significativamente para uma busca menor por tratamento por indivíduos trabalhadores do sexo masculino.

Nesta pesquisa, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre faixa etária e impacto. Estudo feito por Mussolin (2020) também constatou que as variáveis idade, renda, escolaridade, necessidade e uso de próteses, atividades de vida diária e doenças autorreferidas (diabetes, hipertensão e câncer) não tiveram associação significativa com medidas de qualidade de vida relacionadas à saúde bucal. Nos estudos de Fonseca (2014), observou-se que uma maior procura pelo pronto atendimento odontológico são de usuários na faixa etária entre 20 e 49 anos.

Entretanto, esses dados se contrapõem à observação feita por outros autores, segundo os quais há 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 (MIOTTO et al., 2012; QUEIROZ et al., 2019; FERREIRA et al., 2020; GABARDO et al., 2015). Considerando que a amostra foi composta principalmente por indivíduos de até 49 anos, presume-se que a menor procura pelo tratamento de urgência nas faixas etárias acima se deve ao fato de esse grupo populacional ser formado por pessoas parcial ou totalmente desdentadas. Na análise dos dados do inquérito SB Brasil 2010, a procura ao dentista foi motivada pela dor em 27,0% dos adultos de 35 a 44 anos, número que diminuiu para 10% em idosos de 65 a 74 anos, muito provavelmente em decorrência da perda de dentes (BRASIL, 2011).

Ao analisar o impacto segundo a escolaridade dos participantes, não foram verificados dados estatisticamente significativos. Vale citar que a maioria dos indivíduos participantes da pesquisa possuía até 13 anos de estudo. Na literatura, podemos encontrar autores que verificaram menor índice de escolaridade relacionado a maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida (GABARDO et al., 2015; REIS, 2021). Vários estudos sustentam que indivíduos menos instruídos apresentam mais impacto em suas atividades diárias (GUERRA, et al., 2014; AGUIAR et al., 2022; PASSOS-SOARES et al., 2018). Pressupõe-se que o maior nível de instrução provocaria mais informação, bem como acesso aos serviços de saúde.

A maioria dos participantes da pesquisa declarou pertencer às classes socioeconômicas C e D/E; todavia, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação a essa variável. Vale ressaltar que, na amostra do estudo, é praticamente inexistente a ocorrência de indivíduos pertencentes às classes A e B neste município da região Sudeste estudado, o que prejudicou a avaliação nessa variável. Outras pesquisas, entretanto, demonstram associação entre menor renda familiar e maior impacto na qualidade de vida em saúde bucal (CASSAL et al., 2011; PIRES et al., 2019; GABARDO et al., 2015). Em estudo realizado com servidores públicos municipais, Miotto et al. (2014) constataram, em seus resultados, que indivíduos pertencentes às classes econômicas menos favorecidas declararam prejuízo na qualidade de vida em decorrência das condições bucais.

O uso do serviço público apenas para o tratamento de urgência foi maior entre mulheres, maior número de filhos, aglomeração domiciliar e menor renda familiar. Além disso, indivíduos com maior risco familiar apresentaram pior autopercepção da saúde bucal, mas não percebiam uma pior qualidade de vida em geral. Pode-se inferir que, para eles, a saúde bucal tem pouca importância e influência no convívio social (NOVA et al., 2015; REIS et al., 2021).

Em se tratando dos parâmetros relacionados à saúde bucal, nota-se relevante impacto na qualidade de vida relacionado ao tratamento odontológico de urgência nos participantes da pesquisa que tinham percepção de mau hálito ou gosto ruim na boca nos últimos seis meses e, ainda, no grupo de pacientes os quais buscaram o serviço com dor intensa. Vale ressaltar que, em todos os domínios relatados, as dimensões do OHIP-14 mais impactadas foram desconforto psicológico e dor física, respectivamente.

Em relação à percepção de mau hálito e gosto ruim na boca, estes são diretamente relacionados a fatores psicológicos e sociais que vão acarretar queda da autoconfiança, autoestima e até mesmo reclusão social. Os achados no estudo de Ferreira (2020) sugerem que os aspectos psicossociais podem influenciar a avaliação que as pessoas fazem do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida, mesmo após ajuste por variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de serviços referentes à saúde bucal.

Uma possível explicação para a presença de um maior impacto em indivíduos com pior perfil psicossocial seria o fato de que as variáveis psicossociais afetam direta e indiretamente atitudes e comportamentos de risco para a saúde, reforçando a importância de políticas públicas, planejamento e serviços de saúde que validem a inclusão recíproca entre os identificadores de saúde bucal e as condições psicossociais de adultos (CARVALHO, 2021).

De acordo com os resultados encontrados, observa-se que houve impactos causados pela saúde bucal, segundo a percepção de dor, de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município estudado. Tais resultados mostram-se semelhantes aos obtidos por Fonseca et al. (2020), conforme os quais indivíduos com histórico de dor de dente possuíam 1,6 vezes mais chances de procurarem o serviço público quando comparados com os indivíduos que não possuíam histórico de dor de dente. Ainda segundo a literatura, Nascimento et al. (2021) descreveram que as urgências odontológicas foram associadas a um alto nível de dor e impactaram negativamente na QdVRSO dos pacientes. O tipo de urgência mais prevalente foi de origem endodôntica (81%), e não houve diferença entre a dor e outras variáveis.

Segundo Dalabilia et al. (2020), que realizou um estudo epidemiológico transversal e retrospectivo utilizando dados dos prontuários odontológicos do Serviço de Urgência da Escola de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, localizada no Hospital São Vicente de Paulo e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), os casos de busca ao serviço por dor pulpar foram predominantes nas informações analisadas. Os resultados obtidos contribuem para o desenvolvimento de estratégias para controle da dor odontogênica, assim como para a melhora de protocolos clínicos.

A maior motivação por procura aos serviços odontológicos de urgência neste estudo foram restaurações fraturadas e cárie dentária. Os procedimentos mais realizados consistiram em restaurações diretas seguidas de selamento provisório e acesso à polpa dentária. Achado similar foi verificado por Costa et al. (2018), que, estudando um serviço de urgência odontológica, observou a cárie como sendo o problema mais constatado e que, de acordo com ele, a procura pelo serviço foi motivada, principalmente, pela dor.

No presente estudo, observou-se prevalência de pacientes que relataram não realizar tratamento odontológico há mais de um ano, ou que não se lembrava o tempo do último tratamento. Nesse contexto, vale ponderar que este levantamento foi realizado durante a pandemia de Covid-19, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020, e que tal fato influenciou o número e os tipos de procedimentos odontológicos realizados de forma global (SPAGNUOLO, 2020). No âmbito do SUS, houve uma redução na oferta de atendimento odontológico em todas as categorias durante o período pandêmico.

Outro dado relevante registrado foi que 85% da população estudada já havia procurado o serviço de urgência anteriormente e, destes, 56,7% já havia buscado três ou mais vezes o serviço. Constatou-se, ainda, que 97,7% dos entrevistados encontraram facilidade de acesso. A solução para evitar essa repetição de busca por atendimento de urgência e, assim, tirar a sobrecarga dessa demanda espontânea está ligada à facilitação do acesso ao tratamento odontológico abrangente na atenção primária, incluindo a expansão da oferta de tratamento especializado, especialmente para grupos com contexto socioeconômico desfavorável, como também, ampliação de horários alternativos de atendimento. 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 ao fortalecimento da Odontologia no Sistema Único de Saúde (SUS).

O modelo de atenção à saúde do SUS preconiza que as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) e as Estratégias de Saúde da Família (ESF's) atuem como porta de entrada a todo sistema. Segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no país, esse modelo também tem como objetivo garantir o atendimento de urgência na atenção básica e assegurar cuidados complementares a esses casos em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital), a fim de se proporcionar a integralidade nas ações de saúde bucal (BRASIL, 2004; FONSECA, 2014).

As urgências odontológicas têm como objetivos principais o alívio da dor, a devolução da estética e o restabelecimento da função mastigatória ao paciente

(TORTAMANO, 2008). Todavia, na prática, verifica-se que os serviços de pronto atendimento odontológico têm sido sobrecarregados pelo aporte volumoso de pacientes com casos de menor complexidade, que poderiam ser atendidos nos níveis mais básicos de assistência, utilizando, assim, o atendimento de urgência como brecha para acessar o serviço (DORNAS, 2003; SARVER, 2002; TORTAMANO, 2008).

Apesar da importância do tema para o planejamento em serviços, poucos estudos se dedicaram a avaliar o perfil dos usuários que buscam atendimento odontológico de urgência nos serviços municipais, apesar da enorme demanda desse serviço no país (FONSECA, 2014). Verifica-se, na literatura, que a maioria das pesquisas nesse campo foi realizada em serviços de urgência ligados a faculdades de Odontologia (SOUZA, 1997; MIALHE, 2010) e com ênfase principalmente nos tipos de procedimentos feitos em cada local.

Fica claro que o problema a ser enfrentado está no aprimoramento do processo de trabalho. Percebe-se, portanto, que a expansão da rede de atenção básica, por meio da Estratégia de Saúde da Família, é importante para se melhorar a equidade em saúde; porém, como mostrado neste estudo, tal ação, sozinha, pode ainda ser insuficiente, demandando outras medidas complementares, como corroborado por estudo de Fonseca (2014).

No âmbito da saúde bucal, apesar dos avanços, a organização de um modelo de assistência odontológica ainda se apresenta como um dos grandes desafios a serem superados pelo SUS, com necessidade de reformulação de suas práticas, considerando-se a qualidade de vida.

O atendimento de urgência na atenção primária apresentou impacto significativo na qualidade de vida (36,2%). O número muito grande de repetições de procura pelo serviço de urgência e, ainda, o fato de o procedimento restaurador ser o mais executado durante o atendimento da demanda espontânea podem sugerir que os pacientes do serviço municipal de saúde estejam utilizando o serviço odontológico de urgência como porta de entrada para o tratamento odontológico.

A reincidência da busca pelo serviço odontológico de urgência foi muito alta, e, em grande parte, a dor de dente não motivou essa procura. Os resultados encontrados refletem dificuldade no acesso ao serviço odontológico e necessidade de medidas de promoção e prevenção de saúde direcionadas à população, de forma a reduzir o sofrimento experimentado pelo agravamento dos problemas bucais. A criação de um terceiro turno de atendimento no serviço público e, ainda, a ampliação de atendimento a serviços especializados são consideradas estratégias capazes de melhorar o acesso e a qualidade de vida de toda população.

Dessa forma, reforça-se a relevância de marcadores subjetivos e estudos científicos que demonstrem a importância de se detectarem as peculiaridades dos serviços, permitindo que políticas públicas sejam feitas com intuito de melhorar o acesso aos serviços odontológicos com demanda programada. Além disso, considera-se válido efetuar uma classificação de risco para nortear o planejamento de medidas que ajustem o agendamento e otimizem o acesso ao serviço de acordo com a necessidade e agravos, permitindo, assim, maior equidade na oferta de tratamento.

5.1.7 CONCLUSÃO

O impacto na qualidade de vida devido à necessidade de realização de atendimento odontológico de urgência foi 36,2%, sendo os domínios com maior impacto relatado dor física e desconforto psicológico. A predileção de impacto na QdVRSO esteve associada a indivíduos: moradores da zona rural; que observaram gosto ruim na boca e mau hálito; e que tiveram dor intensa relatada. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Ficou constatado que a utilização de indicadores subjetivos complementa as informações clínicas e permite conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e a necessidade de tratamento. Esse levantamento torna-se fundamental para orientar o planejamento de ações estratégicas voltadas para assistência odontológica, priorizando aqueles com maiores impactos psicossociais ocasionados pelos agravos bucais, além de nortear medidas para melhorias e ampliação do acesso a esses serviços.

5.1.8 REFERÊNCIAS

1. Nascimento et al. Evaluation of the impact of pain from dental urgencies on the patients' Oral Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study. *Journal of Res in Dent*.2021; 9(2):01-04.
2. Martins AME, et al. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(7):1651-1666.
3. Hargreaves KM, Cohen S, Berman LH. Cohen's pathways of the pulp. 10 ed. St. Louis, Mo: Mosby Elsevier; 2011.
4. 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.
5. Sanchez H, Drumond M. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. *RGO*. 2011; 59 (1): 79-86.
6. 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.
7. 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.
8. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). Critério de Classificação Econômica do Brasil 2019. [acesso em: 20 setembro 2020]. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>
9. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.

Community Dent Oral Epidemiol. 1997; 25(4): 284–290.

10. Nadanovsky P, Oliveira B. H. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. Community Dent. Oral Epidemiol. 2005; 33: 307-314.

11. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social scienceand medicine. 1995; 41(10):403-409.

13. Carvalho AS, Duarte DA. O tratamento endodôntico no SUS pode impactar na qualidade de vida de adolescentes. REAS [Internet]. 2021 [acesso em: 10 setembro 2022];

14. 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: 19 agosto 2022]; 22:e200189. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/PBOCI/article/view/1022>

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. Mussolin MG, Mesquita-Lago LP, Saraiva MCP, Mestriner SF. Impact of oral and mental health over the quality of life of older people in a Family Health Unit. RGO, Rev Gaúch Odontol. 2020; 68:e20200043.

19. 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.
25. Nomura LH, Bastos JLD, Peres MA. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil, 2002. *Braz Oral Res.* 2004; 18(2):134-40.
20. Reis RS, et al. Self-Perception in Oral Health and Quality of Life of Users of a Dental Service. *Odontol. Clín. Cient. Recife*, 2021; 20(1):18-24.
21. Cardozo DD, Cassal JB, Bavaresco CS. Profile of users of urgent dental care in a primary health care unit. *Rev. APS.* 2011;14(1): 85-92.
22. 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.
23. Gabardo MC, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MT, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciênc Saúde Colet.* 2015; 20(5): 1531-40.
24. Pires OMDA et al. Fatores associados ao tipo de serviço odontológico utilizado por adultos. *Arq Odontol.* 2019; 54:e01.
25. Fonseca SAV et al. Influence of the organization of primary care and the socio-demographic characteristics of the population on the demand for municipal emergency dental care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(1):269-277, 2014.
26. Ferreira, DC et al. Psychosocial aspects and the impact of oral health on quality of life of Brazilian adults. *Rev Bras Epidemiol.* 2020; 23: E200049.
27. Gabardo MCL et al. Association between resilience and quality of life related to oral health in the elderly. *Rev Bras Epidemiol.* 2015; 18(1): 220-33.

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. Guerra MJC et al. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(12): 4777–4786.
30. 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.
31. 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.
32. Nova FAV, Ambrosano GMB, Pereira SM, Pereira AC, Meneghin MC. Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9.
33. Dalabilia V, Gambin DJ, De-Carli JP, Zanette F. Prevalence of odontogenic pain in a public dental urgency service in Southern Brazil. *Dental Press Endod*. 2020; 10(3):56-62.
34. 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.
35. 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.
36. Tortamano IP, Costa CG, Moraes LJ, Borsati MA, Rocha RG, Tortamano N. As Urgências Odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. *J Bras Clin Odontol Integr*. 2004; 8(43):78-85.

37. Dornas Jr G, Ferreira JM. Informações de Unidades de Pronto Atendimento – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. *Rev Inf Publica*. 2003; 5(1):27-48.
38. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med*. 2002; 9(9):916-923.
39. Souza HA, Damante JH, Ferreira Jr O. Urgência odontológica: experiência de 8 anos em serviços prestados. *Rev ABO Nac*. 1997; 5(3):177-182.
40. Mialhe FL, Possobon RF, Boligon F, Menezes MA. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. *Pesqui Bras Odontoped Clinic Int*. 2010; 10(3):483-487.

5.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2

Impacto do Atendimento Odontológico de Urgência na Qualidade de Vida

5.2.1 RESUMO

Esta pesquisa propôs avaliar o impacto do tratamento odontológico de urgência na qualidade de vida a partir da aplicação do questionário OHIP-14 anterior e posteriormente à realização do tratamento. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo de intervenção não controlado do tipo “antes e depois”, o qual analisou uma amostra final de 301 participantes. Foram utilizados quatro questionários para a coleta de dados: roteiro para definir o perfil sociodemográfico dos participantes; outro para caracterização socioeconômica; um questionário sobre dor orofacial; 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 por meio do teste não paramétrico de Wilcoxon. O perfil demográfico da população analisada foi de maioria feminina (67,1%), com idade de até 49 anos (74,8%), residente na área urbana do município (73,1%), que afirmou ter estudado por até 13 anos (88,7%) e ser pertencente às classes C e D/E (94,4%). O impacto na qualidade de vida antes da realização do atendimento odontológico de urgência foi declarado por 109 pessoas (36,2%), sendo os domínios mais relatados: desconforto psicológico (31,2%), dor física (24,9%) e incapacidade psicológica (12,3%). Já o impacto na qualidade de vida após a realização do atendimento de urgência foi declarado por apenas 09 pessoas (2,7%), com predominância, entre os domínios com maior impacto relatado, do desconforto psicológico (2,3%), da dor física (1%) e da incapacidade psicológica (0,3%). Observou-se a diminuição da frequência de impacto em todos os domínios analisados pelo OHIP-14, com destaque para a redução de 92,4% na frequência geral de impacto na qualidade de vida no período do estudo.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde bucal; Adultos.

5.2.2 ABSTRACT

This study proposed to analyze the impact of emergency dental treatment on quality of life through the application of the OHIP-14 questionnaire before and after treatment. It is a prospective, longitudinal, uncontrolled before-and-after intervention study that analyzed a final sample of 301 participants. Two questionnaires were used for data collection, one to define the sociodemographic profile of the participants and another for the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) to measure 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 population analyzed was mostly female (67.1%), aged up to 49 years (74.8%), residing in the urban area of the studied municipality (73.1%), who declared having studied for up to 13 (88.7%) and belonging to classes C and D/E (94.4%). The impact on quality of life before performing emergency dental care was reported by 109 people (36.2%), and the most reported domains were psychological discomfort (31.2%), physical pain (24.9%). and psychological disability (12.3%). The impact on quality of life after performing emergency care was declared by only 09 people (2.7%), and the domains with the highest reported impact were psychological discomfort (2.3%), physical pain (1%) and psychological disability (0.3%). 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 92.4% during the study period.

Keywords: Quality of life; Oral health; Adults.

5.2.3 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Odontologia tem mudado significativamente seu perfil de atendimento à população, principalmente dentro das camadas sociais que dependem exclusivamente da assistência pública. Caminha para um modelo pautado pelo acolhimento, respeito e integralidade (FAUSTO et al., 2020). O amadurecimento dessas questões e a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal da população brasileira, bem como o acesso aos serviços, levaram o Governo Federal a lançar, no ano de 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (BARROSO et al., 2018). Apesar dos inegáveis avanços obtidos nos últimos anos, ainda existe uma grande demanda por parte da população de assistência odontológica.

Na esfera da saúde bucal, por meio dos progressos, o preparo de um modelo de assistência odontológica ainda se mostra como um dos grandes enfrentamentos a serem suplantados pelo SUS. (PINTO, 2000; PUCCA JUNIOR et al., 2009). Embora conste uma diminuição dos índices de cárie dentária na população infantil nas duas últimas décadas, ainda persistem números muito elevados de doenças bucais em determinados grupos da sociedade, e grande parte da população permanece desamparada, quadro este que resulta, dentre diversos fatores, de décadas de desassistência e de aprendizados mutiladores (VARGAS, 2005; PUCCA JUNIOR et al., 2009).

O Brasil foi classificado, segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano da ONU, como o terceiro país com maior desigualdade social do mundo durante o ano de 2010, o que significa dizer também que permitir o acesso a tratamento a quem mais precisa consiste uma das grandes dificuldades das políticas públicas no país (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO, 2010).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implementada como uma proposta de reorientação da atenção primária, no intuito de levar a saúde para perto das famílias e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Dessa forma, exige que os profissionais tenham um olhar mais sensível para a identificação dos problemas, situações de risco e, conseqüentemente, definição de prioridades

(FAUSTO et al., 2020). Visando ampliar o acesso da população às ações de Saúde Bucal, o Ministério da Saúde (MS) propôs a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF, por meio da Portaria n.º 1.444, de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000).

As doenças bucais podem causar afastamento do trabalho e escolar, acarretando prejuízos no desempenho de atividades cotidianas ao provocar dor, sofrimento e impacto psicossocial, com repercussão negativa na qualidade de vida. A demanda espontânea é considerada uma das principais portas de entrada para a atenção básica, sendo, diversas vezes, utilizada de maneira recorrente pelos mesmos pacientes, fato esse que ocasiona uma sobrecarga de tal via de acesso, sem que haja resolutividade das queixas e condições clínicas (MIOTTO et al., 2012; FAUSTO et al., 2020).

A definição de demanda espontânea é a busca dos pacientes por atendimento odontológico motivado por alguma intercorrência clínica de acordo com sua autopercepção, geralmente sintomas dolorosos, infecciosos e/ou estéticos da cavidade bucal (SANCHEZ et al., 2021).

O atendimento de urgências odontológicas acaba por consumir grande parte do tempo dos profissionais, gerando uma enorme carga laboral para estes e sem a possibilidade de um melhor e mais adequado planejamento da rotina nos consultórios, uma vez que é impossível prever quantos pacientes precisam de atendimento. Frente a esse quadro alarmante de urgências odontológicas, a atenção primária se viu na necessidade de reorganizar as demandas e os processos de trabalho (SANCHEZ et al., 2021).

A realidade de superlotação nos serviços de urgência em saúde no Brasil é agravada por problemas de organização, como atendimento por ordem de chegada e ausência de estabelecimento de critérios clínicos, que podem trazer prejuízos significativos aos pacientes (SANCHEZ et al., 2021).

Costumeiramente, ações de promoção e prevenção em saúde bucal para os pacientes que procuram a demanda espontânea odontológica são deixadas de lado,

mesmo consistindo medidas essenciais para evitar recidivas, recorrências das doenças e na busca do autocuidado. Geralmente os estudos sobre a resolutividade da urgência demonstram essas serem pouco eficazes (BARROSO et al., 2018; FAUSTO et al., 2020).

É válido citar que a saúde bucal é de extrema relevância na vida dos indivíduos e desenvolve uma característica fundamental na conservação da qualidade de vida. Um aspecto bucal saudável viabiliza o indivíduo efetuar de forma segura atividades rotineiras, como falar, mastigar, sorrir, identificar o sabor dos alimentos, viver isento de dor e se relacionar com outras pessoas sem qualquer tipo de constrangimento (MACEDO; COSTA, 2015; REIS et al., 2021).

Os pesquisadores, na tentativa de compreender ainda mais essa questão, procuraram desenvolver e validar instrumentos de pesquisa que fossem capazes de mensurar o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos (GABARDO et al., 2013). Um dos indicadores internacionalmente mais utilizados para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Oral (QdVRSO) é o Perfil de Impacto da Saúde Oral (Oral Health Impact Profile – OHIP), por apresentar boas qualidades psicométricas e por permitir medir a autopercepção das consequências inerentes às condições orais (ALLEN, 2003; SLADE, 1997; SLADE; SPENCER 1994).

De acordo com o modelo de saúde oral de Locker (1998), os conceitos de saúde e doença não são absolutos, mas sim variáveis dinâmicas e contínuas, que oscilam entre diferentes graus e variam entre o estado ótimo, num extremo, e a morte, no outro. O OHIP-14 constitui um indicador subjetivo que visa fornecer uma medida da incapacidade, desconforto e deficiência atribuída à condição oral, a partir da autoavaliação.

Portanto, o presente estudo tem por objetivo analisar o impacto do atendimento odontológico de urgência na qualidade de vida dos pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica de um município no Sudeste do país por meio da aplicação do questionário OHIP-14 antes e depois da realização do tratamento e possíveis relações com variáveis sociodemográficas.

5.2.4 METODOLOGIA

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 odontológico de urgência, de forma presencial, nas unidades de saúde de um município no Sudeste do Brasil e, em um segundo momento, de dez a trinta dias após o atendimento odontológico, através de contato telefônico com os participantes.

O município estudado possui cobertura de 100% do território pelo Programa de Saúde da Família e apresenta, em todas as unidades, o serviço odontológico para atendimento da demanda programada e espontânea. O intervalo de um mês para o retorno por contato telefônico e nova aplicação do questionário OHIP-14 foi escolhido para permitir um período suficiente para abranger um maior número possível de participantes, de forma a prever necessidade de mais de uma tentativa de contato, haja vista sobretudo que alguns dos entrevistados residem em zona rural.

O modelo utilizado para cálculo amostral foi com prevalência de impacto de problemas bucais de 35%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%, obtendo-se uma amostra mínima de 240 participantes. A prevalência esperada de 35% foi utilizada e suportada por estudo realizado anteriormente no estado do Espírito Santo (MIOTTO et al., 2012). A fim de ajustar para uma taxa de perda igual a 20%, foram acrescentados a esse número 52 participantes, o que resultaria em uma amostra final de 312 participantes. Entretanto, no período da coleta, que ocorreu entre 02 de maio de 2021 e 10 de abril de 2022, foi obtido uma amostra de 301 indivíduos, quantidade suficiente e já representativa da população.

Em um primeiro momento, foram entrevistados 301 participantes, com 18 anos ou mais, que procuraram por atendimento nas unidades básicas municipais de saúde e que responderam a três questionários. Um roteiro estruturado serviu para a coleta de informações sociodemográficas, como: sexo, idade, moradia em zona urbana ou rural; outro para a identificação da condição socioeconômica dos participantes, a

qual 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 (Abep/Abipeme, 2019).

Já o roteiro “Perfil de Impacto de Saúde Bucal” avaliou a percepção dos participantes sobre o impacto da necessidade do tratamento de urgência na qualidade de vida. Utilizou-se a versão reduzida do questionário OHIP-14, e os resultados foram considerados como variável categórica em dois grupos: com impacto, para as respostas “sempre” e “frequentemente”; e sem impacto, para “às vezes”, “raramente” e “nunca”.

Para ser aplicado no Brasil, o OHIP-14 teve sua validação realizada em 2005. Após um estudo transversal com intuito de analisar o impacto da dor de dente na qualidade de vida de gestantes, os autores concluíram que a versão brasileira possui boas propriedades psicométricas, semelhante à original (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005). Atualmente, o OHIP-14 é um dos instrumentos mais utilizados no mundo todo, com pelo menos sete versões linguísticas e culturais, apresentando dentre suas vantagens: diversos domínios, aplicação breve, com valores de corte que permitem avaliar a gravidade e prevalência dos impactos negativos numa única administração. Vale ressaltar que os dados refletem não a perspectiva de investigadores, e sim a autopercepção dos pacientes, o que aumenta a probabilidade de conseguir explorar as consequências consideradas realmente importantes para estes (SLADE, 1997).

Na segunda etapa de coleta de dados, foi aplicado novamente o OHIP-14, após dez a trinta dias da realização do atendimento de urgência, por telefone, a todos os 301 participantes iniciais. A comparação da frequência de impacto no segundo momento em relação ao primeiro 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 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, parecer n.º 4741127.

5.2.5 RESULTADOS

Conforme observado na Tabela 1, o perfil demográfico da população do estudo foi de maioria feminina (67,1%), com idade de até 49 anos (74,8%), residente na área urbana do município (73,1%). Em relação à caracterização socioeconômica, a maioria declarou ter estudado por até 13 anos (88,7%) e ser pertencente às classes C e D/E (94,4%).

Tabela 1. Dados sociodemográficos de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município.

Característica	Número	Percentual
Sexo		
Feminino	202	67,1
Masculino	99	32,9
Faixa etária		
Menos 30 anos	76	25,2
30 – 39 anos	70	23,3
40 – 49 anos	73	24,3
50 anos ou mais	82	27,2
Escolaridade paciente		
Analfabeto	16	5,3
Fundamental I	47	15,6
Fundamental II	85	28,3
Médio incompleto	25	8,3
Médio completo	94	31,2
Superior incompleto	4	1,3
Superior completo	30	10,0
Condição socioeconômica		
Classe B1	1	0,3
Classe B2	16	5,3
Classe C1	63	20,9
Classe C2	125	41,6
Classe D/E	96	31,9
Zona de moradia		
Urbana	220	73,1
Rural	81	26,9
Total	301	100,0

Fonte:Elaboração Própria, 2022.

O impacto na qualidade de vida antes do atendimento odontológico de urgência foi declarado por 109 pessoas (36,2%), sendo que os domínios com maior impacto relatado foram desconforto psicológico (31,2%), dor física (24,9%) e incapacidade física (12,3%), como demonstrado na Tabela 2.

Tabela2. Impacto na qualidade de vida antes da realização do atendimento odontológico de urgência nas unidades de saúde do município.

Dimensão	Com impacto		Sem Impacto	
	Nº	%	Nº	%
Limitação funcional	8	2,7	293	97,3
Dor física	75	24,9	226	75,1
Desconforto psicológico	94	31,2	207	68,8
Incapacidade física	37	12,3	264	87,7
Incapacidade psicológica	30	10,0	271	90,0
Incapacidade social	17	5,6	284	94,4
Deficiência	16	5,3	285	94,7
Geral	109	36,2	192	63,8

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Pode-se notar, na Tabela 3, que o impacto na qualidade de vida após a realização do atendimento odontológico de urgência foi declarado por apenas 08 pessoas (2,7%), sendo que os domínios que obtiveram maior impacto relatado foram desconforto psicológico (2,3%), dor física (1%) e incapacidade psicológica (0,3%).

Tabela3. Impacto na qualidade de vida depois da realização do atendimento odontológico de urgência nas unidades de saúde do município.

Dimensão	Com impacto		Sem Impacto	
	Nº	%	Nº	%
Limitação funcional	0	0,0	301	100,0
Dor física	3	1,0	298	99,0
Desconforto psicológico	7	2,3	294	97,7
Incapacidade física	0	0,0	301	100,0
Incapacidade psicológica	1	0,3	300	99,7
Incapacidade social	0	0,0	301	100,0
Deficiência	0	0,0	301	100,0
Geral	8	2,7	293	97,3

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

Comparando-se as frequências de impacto na qualidade de vida encontradas antes e após o atendimento de urgência 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 (Tabela 4).

Tabela 4. Impacto na qualidade de vida antes e após a realização do atendimento odontológico de urgência nas unidades de saúde do município.

Dimensão	Antes Tratamento		Pós-tratamento		Teste Wilcoxon p-valor
	Nº	%	Nº	%	
Limitação funcional	8	2,7	0	0,0	0,005
Dor física	75	24,9	3	1,0	0,000
Desconforto psicológico	94	31,2	7	2,3	0,000
Incapacidade física	37	12,3	0	0,0	0,000
Incapacidade psicológica	30	10,0	1	0,3	0,000
Incapacidade social	17	5,6	0	0,0	0,000
Deficiência	16	5,3	0	0,0	0,000
Geral	109	36,2	8	2,7	0,000

Fonte: Elaboração Própria, 2022.

5.2.6 DISCUSSÃO

A utilização de indicadores subjetivos em saúde bucal auxilia os estudos epidemiológicos na Odontologia, uma vez que permite conhecer a percepção do indivíduo e contribui para o planejamento em saúde (MIOTTO et al., 2014). Assim, a autopercepção da saúde bucal é fundamental para os cirurgiões-dentistas, pois possibilita investigar como os pacientes avaliam e priorizam a sua saúde bucal, assim como a influência das condições bucais nas suas atividades diárias e na qualidade de vida.

Considerar as questões subjetivas e aspectos psicológicos faz-se tão imprescindível quanto as necessidades normativas. Nesse sentido, é fundamental introduzir o modelo de determinação social do processo saúde/doença como filosofia de trabalho, valorizando e responsabilizando também o paciente pela determinação de prioridades em seu tratamento odontológico (GUERRA et al., 2014). A concepção dos pacientes sobre esses componentes físicos e emocionais afetará diretamente seu comportamento em relação aos cuidados com a saúde (GABARDO et al., 2013).

Neste estudo, nota-se melhoria significativa nos valores do OHIP-14 em todos os domínios analisados após o atendimento odontológico de urgência. Quando comparadas as informações antes e após a realização do atendimento, verifica-se que a pontuação total do OHIP-14 melhorou em 92,4% no período avaliado. Os domínios mais mencionados pelos participantes, tanto na primeira aplicação do instrumento (antes do atendimento), como no segundo momento empregado (após o atendimento de urgência), foram desconforto psicológico, dor física e incapacidade psicológica.

É possível atribuir a melhora na qualidade de vida proporcionada pela realização do atendimento odontológico de urgência pelo seu caráter altamente eficaz na eliminação daquele incômodo específico, motivo pelo qual o indivíduo foi buscar o serviço. A dor de origem dental compromete a realização de atividades diárias, provoca diminuição das horas de sono, prejudica atividades de lazer, impõe restrições alimentares, acarreta desordens psicológicas, além de perda de dias de aprendizagem na escola e/ou absenteísmo no trabalho (MUSSOLIN, 2020). A

procura por serviços de urgências odontológicas é geralmente associada a um alto nível de dor e, por isso, impactam tão negativamente na QdVRSO dos pacientes (NASCIMENTO et al., 2021).

Um estudo analítico de corte transversal foi realizado em uma amostra aleatória de funcionários da Prefeitura Municipal de Venda Nova do Imigrante (ES), no qual se consta 43% de prevalência de dor dentária entre os trabalhadores e, também, uma taxa de 23,4% de absenteísmo por dor dentária. A predominância de dor encontrada demonstrou a necessidade de políticas de promoção de saúde bucal para melhoraria da qualidade de vida dos trabalhadores (MIOTTO et al., 2012).

O perfil sociodemográfico dos participantes que constituíram a amostra final do estudo se manteve igual da amostra inicial em todas as variáveis analisadas. Obteve-se predominância, na amostra, de mulheres; dado também verificado por outros autores em estudos realizados e que pode ser explicado tanto pelo fato de a mulher ser mais comumente relacionada à busca pelo autocuidado, como também pela ausência de oferta dos serviços odontológicos aos sábados ou em horários noturnos alternativos, o que ampliaria o acesso aos trabalhadores, predominantemente do sexo masculino (CARDOZO, 2011; COSTA et al., 2012; PIRES et al., 2018).

Sobre a experiência em sentir vergonha por causa de problemas com os dentes ou boca, constatamos por meio do impacto na dimensão incapacidade psicológica encontrada neste estudo, corroborado por outros autores (VARGAS; PAIXÃO, 2005, GOMES; ABEGG, 2007; SILVA et al., 2010; SANTILLO et al., 2014), mostrando que esses indivíduos carregam consigo a dificuldade de aceitação e o sentimento de humilhação perante a sua situação bucal atual.

O acesso ao serviço de atenção primária pela demanda programada possui longas filas, e a demora no atendimento acaba contribuindo para um elevado número de procura por atendimento de urgência nas unidades básicas de saúde. O paciente busca repetidas vezes pela urgência e negligencia, na maior parte das vezes, a busca por tratamento eletivo, efetivamente integral e reabilitador para toda sua condição bucal. Além disso, o indivíduo que usa o serviço público de saúde também

pode utilizar o serviço odontológico de urgência como porta de entrada ao sistema de atenção em saúde, o que gera uma sobrecarga na demanda espontânea nas unidades básicas (DORNAS, 2003; SARVER, 2002; TORTAMANO, 2006).

Botazzo et al. (1995), ao estudarem o acesso aos sistemas de saúde bucal no SUS, apresentaram a hipótese de que não se disponibilizava atendimento adequado no setor público para urgência/emergência e, ao final, concluíram que esses serviços estão universalizados, entretanto, não há atividades programáticas para esse grupo de usuários; dessa maneira, não há uma abordagem preventiva como habitualmente é feita com crianças em idade escolar e em alguns outros grupos prioritários.

Segundo Vale et al. (2013), a busca por serviços odontológicos muitas vezes ainda pode se limitar às situações de urgência, como dor de dente, já que não existe uma cultura de se buscar assistência voltada para as ações preventivas, o que caracteriza um aspecto negativo para a saúde bucal da população. Nos estudos de Flumiignan e Sampaio Neto (2014), o resultado demonstrou que apenas 14,4% da amostra por eles analisada fazia tratamento dentário como rotina.

A busca pelo atendimento odontológico de urgência no setor público é muito variável nos mais diversos serviços, o que deixa claro que a política de acesso e cobertura ao tratamento odontológico está diretamente relacionada à metodologia preconizada pelos governos. Com isso, as queixas pelas quais os usuários procuram os serviços também são muito diferentes entre municípios de um mesmo estado ou país (FLUMIIGNAN; SAMPAIO NETO, 2014).

O atendimento em unidade de urgências e emergências nem sempre resulta em condutas definitivas, exceto naqueles casos de extrações sem complicações. Um paciente com queixa de dor associada à necessidade de tratamento endodôntico, por exemplo, não terá seu tratamento finalizado em apenas uma consulta na unidade de pronto atendimento. Neste caso, se não ocorrer a continuidade do tratamento via Unidade Básica de Saúde ou Centro de Especialidades Odontológicas, o mesmo poderá recorrer em necessidade de novo atendimento pelo mesmo motivo por diversas vezes nos serviços de urgência. De acordo com Sanchez e Drumond (2011), essas novas urgências significarão em exodontias,

pois, ao longo do tempo, o dente tenderá a ser perdido, uma vez que a maioria dos casos tratados em serviços de urgência necessitam de continuidade.

Quanto ao acesso, há evidências de que a utilização de serviços de saúde entre grupos sociais distintos é provocada por diferentes motivos: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos; indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento. Dessa forma, a presença de barreiras e o acesso restrito aos serviços odontológicos representam dificultadores para detecção e tratamento precoces da cárie dentária e outros agravos à saúde bucal, aspectos estes, por sua vez, relevantes no que tange à prevenção dos casos de dor (BASTOS et al., 2007).

Os achados deste estudo podem sugerir uma reflexão sobre a necessidade de se ampliar o acesso universal ao atendimento odontológico eletivo na atenção primária no SUS, considerando que, ao se tratar integralmente a saúde bucal e se investir em prevenção em saúde, a tendência é de uma diminuição na busca por atendimentos de urgência. Frente a isso, segundo Bulgareli et al. (2018), é essencial avaliar informações relativas ao acesso, demanda reprimida e resolutividade do atendimento de urgência, pois esses dados podem refletir a efetivação da integralidade do cuidado.

Antes da realização do tratamento odontológico de urgência, foi declarada frequência de impacto na qualidade de vida de 36,2%, valores semelhantes a outros estudos na mesma região. Dez a trinta dias após a realização do atendimento odontológico, houve redução expressiva no impacto em todos os domínios analisados do OHIP-14 e redução de 92,4% no impacto geral, apontando, assim, que há benefícios consideráveis do serviço odontológico de urgência no município estudado; entretanto, as repetidas buscas pelo serviço de demanda espontânea demonstram que não há resolutividade na maneira como o serviço está estruturado, evidenciando a necessidade de melhoria de acesso à atenção primária e as especialidades, a fim de elevar a qualidade de vida e saúde bucal da população e também o fluxo de acesso aos serviços.

Portanto, fica claro que o serviço de urgência oferecido pelo município estudado tem um grau de resolutividade satisfatório e que contempla a população naquilo que ela busca para o momento, ainda que os atendimentos de urgência nas unidades básicas vinculadas às ESF's não tenham uma sistematização que permita absorver ou encaminhar os pacientes a outros níveis de resolutividade. Essa é uma lacuna que merece planejamento por parte do poder público, garantindo a integralidade das ações em saúde bucal.

5.2.7 CONCLUSÃO

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 92,4% no período do estudo. Esses dados fortalecem a necessidade de análises com parâmetros subjetivos e psicométricos, com intuito de entender a necessidade do indivíduo que utiliza o sistema público de saúde em cada região e, assim, poder traçar políticas e programas que promovam uma efetiva melhoria na qualidade da população. Dessa forma, é possível priorizar ações que realmente causem o impacto necessário e que possam atenuar as desigualdades sociais.

5.2.8 REFERÊNCIAS

1. Fausto HCVC et al. Classificação do risco individual em saúde bucal para organização do atendimento odontológico. Rev. APS. 2020; 23(2): 301-315.
2. 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.
3. Barroso RFF, Emmi DT. Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2008 fev [Citado em: 12 mar 2018]; 13(1):35-41.
4. Pinto, VG. Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Editora Santos, 2000. 4 ed.
5. Pucca Junior GA et al. Oral health policies in Brazil. Braz Oral Res. 2009; 23(1): 9– 16.
6. 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.
7. Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento (PNUD). Relatório de desenvolvimento humano. Brasília (DF): PNUD; 2010.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [Citado em: 2018 mar 12].
9. Sanchez TP, Borchardt D, Tribis L. Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica através da caracterização e implantação da classificação de risco por cores, régua da dor e gestão longitudinal da clínica na Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2756.

10. 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
11. Macedo-Costa MR et al. Adequação do meio bucal no controle da cárie dentária: uma proposta de promoção de saúde. *RFO*. 2015; 20(2):150-154.
12. Reis RS, et al. Self-Perception in Oral Health and Quality of Life of Users of a Dental Service. *Odontol. Clín. Cient. Recife*, 2021; 20(1):18-24.
13. Gabardo MC, Moysés ST, Olandoski M, Moysés SJ, Pattussi MP. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 33(6): 439-45.
14. Allen P F, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent. Health*. 1997;14(3):133–138.
15. Slade, G. D. Derivation and validation of a shortform oral health impact profile. *Community Dent. Health*. 1997; 25(4):284-290.
16. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994; 11(1): 3–11.
17. 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, 1997:11-23.
18. 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>

19. Nadanovsky P, Oliveira BH. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2005; 33: 307-314.
20. 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.
21. Guerra MJC et al. Impact of oral health conditions on the quality of life of workers. *Ciênc Saúde Colet.* 2014; 19(12): 4777–4786.
22. Mussolin MG, Mesquita-Lago LP, Saraiva MCP, Mestriner SF. Impact of oral and mental health over the quality of life of older people in a Family Health Unit. *RGO, Rev Gaúch Odontol.* 2020;68: e20200043.
23. Nascimento et al. Evaluation of the impact of pain from dental urgencies on the patients' Oral Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study. *Journal of Res in Dent.*2021; 9(2):01-04.
24. Miotto MHMB, Silotti JCB, Barcellos LA. Dor dentária como motivo de absenteísmo em uma população de trabalhadores. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(5):1357-1363.
25. Cardozo DD, Cassal JB, Bavaresco CS. Profile of users of urgent dental care in a primary health care unit. *Rev. APS.* 2011;14(1): 85-92.
26. Pires OMDA et al. Fatores associados ao tipo de serviço odontológico utilizado por adultos. *Arq Odontol.* 2019; 54:e01.
27. 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.

- 28 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.
29. Silva MA et al. Oral Health Impact Profile: uso e necessidade de próteses em idosos do nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11):4305-4312, 2019.
30. 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.
31. Dornas Jr G, Ferreira JM. Informações de Unidades de Pronto Atendimento – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. *Rev Inf Publica* 2003; 5(1):27-48.
32. Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. *Acad Emerg Med* 2002; 9(9):916-923.
33. Tortamano IP, Horliana ACRT, Costa CG, Romano MM, Soares MS, Rocha RG. Antibiótico terapia no tratamento de abscessos periapicais agudos: quando indicar e como proceder? *Rev Odonto*. 2008; 16:90-7.
34. Botazzo C, Bertolini SR, Corvelho, VM. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. *Saúde Debate*. 1995; (10): 43-53.
35. Costa EB, do Vale, TM, Costa SD. Avaliação da percepção e autocuidado em Saúde Bucal na Atenção Básica na perspectiva do envelhecimento. *Actas De Saúde Coletiva*. 13(3): 93-105.
36. Flumignan JDP, Sampaio Neto LF. Atendimento odontológico em unidades de emergência: caracterização da demanda. *Rev. bras. odontol*. 2014;71(2):124-9.

37. Sanchez H, Drumond M. Atendimento de urgências em uma Faculdade de Odontologia de Minas Gerais: perfil do paciente e resolutividade. RGO. 2011; 59 (1): 79-86.

38. Bastos RS et al., The impacts of oral health-related quality of life of elderly people living at home: a cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(5):1899-1909, 2021.

39. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Castro M, Ambrosano GM, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saúde Pública* 2018; 52:44.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, foi possível verificar o perfil epidemiológico dos pacientes que buscaram atendimento de urgência no serviço municipal de saúde bucal de Alfredo Chaves/ES, bem como o perfil dos problemas bucais, a frequência pela procura do serviço, os procedimentos realizados e ainda o impacto dessas variáveis na qualidade de vida dessa população estudada.

A maior prevalência de impacto na qualidade de vida antes do atendimento odontológico de urgência foi nos domínios desconforto psicológico, dor física e incapacidade psicológica, fornecendo dados que fortalecem a necessidade de análises com parâmetros subjetivos e psicométricos, com intuito de entender a necessidade do indivíduo que utiliza o sistema público de saúde naquela região e assim poder traçar políticas e programas que promovam uma efetiva melhoria na qualidade daquela população. Dessa forma é possível priorizar ações que realmente causem o impacto necessário e que possam atenuar as desigualdades sociais.

Em pessoas que buscaram o atendimento odontológico de urgência, predileção de impacto na qualidade de vida esteve associada a indivíduos moradores da zona rural, com percepção de gosto ruim e mau hálito nos últimos seis meses e participantes com dor moderada. Neste estudo, não foi detectado predileção de impacto relacionada ao perfil sociodemográfico.

Por fim, houve expressiva redução de impacto em todos os domínios analisados do OHIP-14 e no impacto geral (92,4%) de dez a trinta dias após o atendimento, sugerindo assim, que há benefícios consideráveis do serviço odontológico de urgência, o que fortalece a ideia da importância de se concentrar esforços para a melhoria do acesso ao serviço de urgência e ainda, a atenção primária e secundária.

7 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.

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: 10abr. 2021.

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>

BULGARELI J. V., et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.6, n9, p.52-44, 2018.

BASTOS, R. S, et al., The impacts of oral health-related quality of life of elderly people living at home: a cross-sectional study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.5, p.1899-1909, 2021.

BARROSO, R. F. F.; EMMI D. T., Avaliação das ações de saúde bucal no Programa Saúde da Família no distrito de Mosqueiro, Pará. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.13, n.1, p.35-41, 2008.

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.

BOTAZZO, C.; BERTOLINI, S. R.; CORVELHO, V. M. Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. **Divulg. Saúde Debate**, n.10, p. 43-53, 1995.

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

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. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BULGARELI, J. V. et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. **Rev. Saúde Pública.**, p.52-44, 2018.

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.

CARDOZO, D. D.; CASSAL, J. B.; BAVARESCO, C. S., Profile of users of urgent dental care in a primary health care unit. **Rev. APS.**, v.14, n.1, p.85-92, 2011.

DORNAS, J. R. G.; FERREIRA, J.M., Informações de Unidades de Pronto Atendimento – possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. **Rev. Inf. Publica**, v.5, n.1, p.27-48, 2003.

FONSECA, S. A. V. et al., Influence of the organization of primary care and the socio-demographic characteristics of the population on the demand for municipal emergency dental care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.1, p.269-277, 2014.

DALABILIA V.; GAMBIN D.J.; DE-CARLI, J.P.; ZANETTE F. Prevalence of odontogenic pain in a public dental urgency service in Southern Brazil. **Dental Press Endod.**, v.10, n.3, p.56-62, 2020

FAUSTO, H. V. C. et al., Classificação do risco individual em saúde bucal para organização do atendimento odontológico. **Rev. APS**, v.23, n.2, p.301–315, 2020.

FERREIRA, D. C. et al. Psychosocial aspects and the impact of oral health on quality of life of Brazilian adults. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.23, n.7, p.41-49, 2020.

GABARDO, M. C. et al., Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. **Ciênc. Saúde Colet.** v.20, n.5, p. 1531-40, 2015.

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.

GILBERT, G. H; DUNCAN, R. P; SHELTON, B. J. Social determinants of tooth loss. **Health Serv. Res.**, v. 38, n. 6 (pt 2), p. 1843-62, 2003.

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.

GUERRA, M. J. C. et al. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4777-4786, 2014.

KANEGANE K.; PENHA S. S.; BORSATTI M. A.; ROCHA R. G. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 6, p. 786-792, 2003.

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.

LACERDA J. T.; TRAEBERT J.; ZAMBENEDETTI M. L. Dor Orofacial e Absenteísmo em Trabalhadores da Indústria Metalúrgica e Mecânica. **Saúde Soc.** v. 27, n.4, p. 182-191, 2008.

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

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADEG.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.

MIALHE, F. L., et al. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. **Pesqui. Bras. Odontoped. Clinic.**, v.10, n.3, p.483-487, 2010.

MANHÃES, A. L.; COSTA, A. J. Access to and utilization of dental services in the state of Rio De Janeiro, Brazil: An exploratory study based on the 1998 national household sample survey. **Cad. Saude Publica**, v.24, p.207-218, 2008.

MIOTTO, M. H. M. B.; LOUREIRO, C. A. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. **UFES Rev. Odontol.**, v. 5, n. 3, p. 6-14, 2003.

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.

MIOTTO, M. H. M. B.; ALMEIDA, C. S.; BARCELLOS, L. A. Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n.9, p.3931-3940, 2014.

MOREIRA, R. S. et al. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1665-1675, 2005.

MUSSOLIN, M. G. et al. Impact of oral and mental health over the quality of life of older people in a Family Health Unit. **Rev. Gaúch. Odontol.**, v.68, n.2, p.23-27, 2020.

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

NOMURA, L. H.; BASTOS, J. L. D.; PERES, M. A. Dental pain prevalence and association with dental caries and socioeconomic status in schoolchildren, Southern Brazil. **Braz. Oral Res.**, v.18, n. 2, p.134-40, 2004.

NOVA, F. A. V. et al., Associação do risco familiar com saúde bucal, qualidade de vida e variáveis socioeconômicas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.10, n.34, p.1-9, 2015.

PAPAIIOANNOU, W., OULIS, C. J., YFANTOPOULOS, J. The oral health related quality of life in different groups of senior citizens as measured by the OHIP-14 questionnaire. **Oral Biol. Dent.**, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2015.

PINHEIRO, R. S; ESCOSTEGUY, C. C. **Epidemiologia e serviços de saúde**. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2004.

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

PINTO, E. C.; BARROS, V. J. A.; COELHO, M. Q.; COSTA, S. M. Urgências odontológicas em uma Unidade de Saúde vinculada à Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, Minas Gerais. **Arq. Odontol.**, v. 48, n. 3, p. 166-174, 2013.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Relatório de desenvolvimento humano. Brasília (DF): PNUD; 2010.**

PUCCA JR, G. A. A saúde bucal do idoso? Aspectos demográficos e epidemiológicos. **Medcenter**, 2000.

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. Pain, anxiety and quality of life related to the oral health of patients treated in a dental emergency clinic. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.4, p.1277-1286, 2019.

REIS, R. S, et al. Self-perception in oral health and quality of life of users of a dental service. **Odontol. Clín. Cient.**, v.20, n.1, p.18 - 24, 2021.

SANCHEZ, T. P.; BORCHARDT, D.; TRIBIS, L. Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica através da caracterização e implantação da classificação de risco por cores, régua da dor e gestão longitudinal da clínica na Unidade Básica de Saúde Jardim das Palmas. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.16, n.43, p.2756-2762, 2021.

SISCHO, L.; BRODER H. L. Oral Health-related Quality of Life What, Why, How, and Future Implications. **J. Dent. Res.**, v. 90, n. 11, p. 1264-1270, 2011.

SANDERS, A. E., et al. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Community Dent. Health**, v.37, n.2, p.171-181, 2009.

SARVER, J. H.; CYDULKA, R. K.; BAKER, D. W. Usual source of care and nonurgent emergency department use. **Acad. Emerg. Med.**, v.9, n.9, p.916-923, 2002.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a shortform oral health impact profile. **Community Dent. Health**, 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.

SOUZA, H. A.; DAMANTE, J. H., FERREIRA, J. R. O. Urgência odontológica: experiência de 8 anos em serviços prestados. **Rev. ABO Nac.**, v.5, n.3, p.177-182, 1997.

SARVER, J. H.; CYDULKA, R.K.; BAKER, D.W. Usual source of care and nonurgent emergency department use. **Acad. Emerg. Med.** v.9, n.9, p.916-923, 2002.

SOUZA, 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.

TORTAMANO, I. P., et al. As Urgências Odontológicas e o tratamento clínico e medicamentoso integrado. **J. Bras. Clin. Odontol. Integr.**, v.8, n.43, p.78-85, 2004.

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 - Roteiro para Caracterização Sociodemográfica

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

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

Tipo de acesso a serviços de saúde bucal:	
Não tenho acesso	
Público (SUS)	
Particular	
Plano de saúde	

ANEXO A - Roteiro para Caracterização da Situação Socioeconômica

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					
Empregada mensalista					
Máquina de Lavar Roupa (excluindo tanquinho)					
Banheiro					
DVD (incluindo qualquer dispositivo que leia DVD exceto automóvel)					
Geladeira					
Freezer (independente ou parte de geladeira duplex)					
Computador (exceto tablets e smartphones)					
Lavadora de Louça					
Microondas					
Motocicleta					
Máquina Secadora de Roupa (incluindo lava e seca)					

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	

Qual seu nível de escolaridade ou por quantos anos você estudou?	
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)	

Classificação Socioeconômica: _____

APÊNDICE B - Questionário Sobre Dor Orofacial

SAÚDE BUCAL
<p>1 – ESTÁ SENTINDO DOR? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>
<p>2 – SE SIM, HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ SENTINDO DOR? <input type="checkbox"/> Há um dia. <input type="checkbox"/> Há mais de dois dias. <input type="checkbox"/> Há uma semana. <input type="checkbox"/> Há mais de uma semana.</p>
<p>3 – MOTIVAÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA? <input type="checkbox"/> Abscesso Endodôntico. <input type="checkbox"/> Cárie Dentária. <input type="checkbox"/> Dentina Exposta. <input type="checkbox"/> Trauma Dentário. <input type="checkbox"/> Fratura Dentária. <input type="checkbox"/> Restaurações Fraturadas. <input type="checkbox"/> Abscesso Periodontal. <input type="checkbox"/> Pericoronarite.</p>
<p>4 – SEU ÚLTIMO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO FOI HÁ QUANTO TEMPO? <input type="checkbox"/> Há mais de um ano. <input type="checkbox"/> Há menos de um ano. <input type="checkbox"/> Está em tratamento odontológico, atualmente. <input type="checkbox"/> Não sabe responder.</p>
<p>5 – NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, VOCÊ SENTIU DOR DE DENTE ESPONTÂNEA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>
<p>6 – SE A RESPOSTA FOR SIM, QUAL A INTENSIDADE DA DOR SENTIDA? <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa <input type="checkbox"/> Muito Intensa <input type="checkbox"/> Horrível <input type="checkbox"/> Intolerável</p>
<p>7 – VOCÊ PODERIA MARCAR NA LINHA ABAIXO O TAMANHO DESSA SUA ÚLTIMA DOR DE DENTE? Você deve considerar que 0 (zero) significa nenhuma dor e 10 (dez) a dor pior possível.</p> <p align="center">0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p align="center">Nenhuma dor Dor pior impossível</p>
<p>8 – NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, VOCÊ COSTUMA TER GOSTO RUIM NA BOCA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>
<p>9 – NOS ÚLTIMOS SEIS MESES VOCÊ ACHA QUE TEM APRESENTADO MAU HÁLITO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO</p>
<p>10 – EM RELAÇÃO AOS ÚLTIMOS SEIS MESES QUAL A MELHOR DECLARAÇÃO QUE DESCREVE VOCÊ? <input type="checkbox"/> Nunca tinha dor ou desconforto na boca ou rosto. <input type="checkbox"/> Tinha vários episódios de dor ou desconforto <input type="checkbox"/> Tinha dor ou desconforto o tempo todo. <input type="checkbox"/> Poucas vezes tinha dor ou desconforto.</p>

11 – JÁ PROCUROU, EM OUTRA OCASIÃO, O ATENDIMENTO DE URGENCIA ODONTOLÓGICO NESTA UNIDADE? ()SIM ()NÃO
12 – SE SIM, QUANTAS VEZES? () Uma vez. () Duas vezes. () Mais de duas vezes.
13 – ENCONTROU FACILIDADE DE ACESSO AO ATENDIMENTO DE URGENCIA ODONTOLÓGICO NESTA UNIDADE? ()SIM ()NÃO
14 – QUANTAS VEZES PRECISOU PROCURAR PARA SER ATENDIDO? () Uma vez. () Duas vezes. () Mais de duas vezes.
15 – PROCEDIMENTO REALIZADO: () Acesso a polpa dentária. () Capeamento pulpar. () Restauração direta. () Selamento provisório da cavidade. () Exodontia. () Medicação: () Analgésico () Anti-inflamatório () Antibiótico

ANEXO B - 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 C - 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 NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: AMANDA COUTINHO BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46303121.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.741.127

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo analítico longitudinal, prospectivo e comparativo (antes e depois) a ser realizado pelo programa de pós-graduação em Saúde coletiva Universidade Federal do Espírito Santo. A pesquisa será realizada por meio de entrevistas de pacientes que realizarem tratamento odontológico de urgência nas unidades básicas vinculadas a estratégia de Saúde da Família do município de Alfredo Chaves/ES. Inicialmente a entrevista será de forma presencial e, posteriormente por telefone dez dias após o atendimento odontológico.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o impacto do atendimento odontológico de urgência na qualidade de vida e possíveis associações com as variáveis sociodemográficas relacionadas

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora: "Os riscos da pesquisa estão relacionados à quebra de sigilo, divulgação dos dados obtidos e ao 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."

Endereço: Av. Marechal Campos 1458, prédio de direção do Centro de Ciências da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 25.040-001
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com

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



Continuação do Parecer: 4.741.127

Quanto aos benefícios, a autora informa que:

"Não há um benefício direto ao indivíduo, entretanto, indiretamente, os resultados do estudo poderão evidenciar a importância de priorizar um atendimento de urgência odontológica efetivo e resolutivo pelo seu impacto na qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde, e ainda, poderão ser benéficos para nortear políticas públicas de saúde."

Os riscos, as formas de minimiza-los e os benefícios das pesquisa estão de acordo com a Resolução do CNS 466/2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante cientificamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada

Projeto - apresentado

Questionários de avaliação - apresentados

Orçamento e cronograma - apresentados

TCLE - apresentado

Carta de anuência da Prefeitura de Alfredo Chaves - apresentado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1724604.pdf	25/05/2021 18:56:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	25/05/2021 18:50:04	AMANDA COUTINHO BARBOSA	Aceito
Outros	Cartaanuencia.pdf	25/05/2021 14:08:19	AMANDA COUTINHO BARBOSA	Aceito

Endereço: Av. Marechal Campos 1468, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
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: 4.741.127

Folha de Rosto	202104301713.pdf	30/04/2021 16:16:28	AMANDA COUTINHO BARBOSA	Aceito
Outros	Escala_Herft.pdf	30/04/2021 15:34:52	AMANDA COUTINHO BARBOSA	Aceito
Outros	Perfil_Impacto.pdf	30/04/2021 15:34:37	AMANDA COUTINHO BARBOSA	Aceito
Outros	Questionarios.pdf	30/04/2021 15:06:09	AMANDA COUTINHO BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.pdf	30/04/2021 15:05:20	AMANDA COUTINHO BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA, 28 de Maio de 2021

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

Endereço: Av. Marechal Campos 1463, prédio da direção do Centro de Ciência da Saúde, segundo andar
Bairro: S/N **CEP:** 25.040-001
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (37)3335-7211 **E-mail:** cep.ufes@hotmail.com