

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS & MARIA DEANE - FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA
QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS**

PEDRO HENRIQUE DUARTE FRANÇA DE CASTRO

MANAUS

2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO LEÔNIDAS & MARIA DEANE - FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

PEDRO HENRIQUE DUARTE FRANÇA DE CASTRO

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA
QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD – FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedades e Endemias na Amazônia.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira

MANAUS

2015

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

C355a Castro, Pedro Henrique Duarte França de.
Avaliação do impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de hipertensos / Pedro Henrique Duarte França de Castro. - 2014.
75 f.: il. color.
Dissertação (mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas. Parcerias: Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD – FIOCRUZ), Universidade Federal do Pará.
Orientadora: Profª. Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo.
Coorientadora: Profª. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira.

1. Saúde bucal 2. Qualidade de vida 3. Odontologia preventiva
4. Hipertensão I. Rebelo, Maria Augusta Bessa, orientadora II. Universidade Federal do Amazonas III. Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane (CPqLMD – FIOCRUZ) IV. Universidade Federal do Pará V. Título

CDU (1976): 616.314-083 (043.3)

PEDRO HENRIQUE DUARTE FRANÇA DE CASTRO

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, em convênio com o Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (CPqLMD – FIOCRUZ) e Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedades e Endemias na Amazônia.

Aprovado em 27 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira – Presidente
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Prof^a. Dra. Flávia Cohen Carneiro – Membro Titular
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Prof^a. Dra. Adriana Corrêa de Queiroz Pimentel – Membro Titular
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Ao meu Pai.
Meu herói e maior incentivador.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª. Dra. Maria Augusta Bessa Rebelo, exemplo de vida profissional; obrigado por acreditar no potencial do projeto e dar todo o apoio necessário para seu desenvolvimento. Apoio que atravessou fronteiras.

À minha co-orientadora, Prof^ª. Dra. Janete Maria Rebelo Vieira, sempre muito acessível e atenciosa; obrigado pelo apoio no desenvolvimento deste projeto, pela oportunidade e confiança dada no desenvolvimento do estágio docente e acima de tudo, pela relação amiga.

À Prof^ª. Dra. Flávia Cohen Carneiro (UFAM), pelas contribuições dadas a minha vida acadêmica, desde a graduação; através de intervenções diretas e de pequenos gestos; e pela postura ética e humanística que impõe no seu trabalho como professora e pesquisadora, referência para mim.

Ao Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Goes (UFPE), por ter dedicado atenção ao projeto e ter se disponibilizado a vir a Manaus para participar da banca de qualificação, o que resultou em contribuições valiosas.

Ao estatístico Antônio Alcirley da Silva Balieiro (ILMD – Fiocruz/AM) pelo acompanhamento da pesquisa, do projeto até as análises finais, sem nunca medir esforços.

Ao Prof. Dr. Mario Vianna Vettore (University of Sheffield, Inglaterra), por ter me ajudado a dar os primeiros passos no programa SPSS, e ser fonte de inspiração para pesquisa científica.

À Gabriela Meira, minha equipe de campo e parceira de PMAQ/CEO, me acompanhou desde a calibração até a coleta de dados e tornou o trabalho mais leve com o seu bom humor.

Ao colega Paulo Roberto Pires de Souza Júnior, pela ajuda mútua no preparo para a seleção; parceiro e amigo antes mesmo de entrar no mestrado.

À Maiana Souza e Danielle Costa Ferreira, trio inseparável nas atividades de grupo, obrigado pelos momentos compartilhados.

Aos colegas Nara Munik e José Felipe Gomes, do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da UFAM (PPGO/UFAM), de programas diferentes, unidos pela linha de pesquisa; obrigado pelo companheirismo nos momentos de estudo, a força mútua nos momentos difíceis e pelos momentos de descontração.

A todos os colegas de turma: André, Daniel, Danielle, Elivandra, Fabiana, Francinara, Ivanildes, Karen, Loreci, Lúcia, Maiana, Marla, Paulo, Raquel, Roberta, Vanessa e Vivian; expoentes das mais variadas áreas. É um privilégio participar desta turma “diferenciada”.

À Renata Magalhães, Elen Ferreira e Rosinete Lacerda, da Secretaria Acadêmica (ILMD – Fiocruz/AM), pela simpatia e disposição em sempre ajudar nos trâmites burocráticos.

À Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, nos mais de 100 servidores com que tive contato, entre coordenadores, cirurgiões dentistas, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de saúde bucal e técnicos de enfermagem; sem o apoio deles a logística de campo seria impossível.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa.

Aos familiares e amigos, pelos momentos de convívio, pelo apoio, compreensão e incentivo frente às minhas escolhas.

A Deus, por ter reunido todas essas pessoas e esforços, tornando possível cada passo na realização desta pesquisa.

RESUMO

O estudo foi do tipo observacional, transversal, descritivo e analítico, que buscou estimar a prevalência dos agravos bucais, caracterizar as condições socioeconômicas, de estilo de vida, morbidade bucal referida, uso de serviços, bem como analisar a associação dessas variáveis com o impacto na qualidade de vida em relação à saúde bucal (QVRSB) em pacientes hipertensos. Os dados foram analisados através dos testes de Qui-Quadrado, Mann-Whitney, Exato de Fisher, seguidos de Regressão Logística. A prevalência de impacto na QVRSB foi de 70%, estimada por meio do instrumento OHIP-14. Nas análises univariadas, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com e sem impacto para as variáveis: dor de dente nos últimos 6 meses ($p < 0,001$); sangramento gengival ($p = 0,04$); a necessidade e uso de prótese superior ($p = 0,007$) e etilismo ($p = 0,043$). A regressão logística revelou maior chance de impacto para a variável Prótese Superior Insatisfatória, quando comparada a Prótese Superior Satisfatória (OR 7,14 [IC95% 1,60 – 31,95]), Necessidade de Prótese Superior (OR 7,03 [IC95% 1,78 – 27,75]) e Não necessidade de Prótese Superior (OR 11,08 [IC95% 2,02 – 60,82]); maior chance de impacto para o indivíduo que bebeu nos últimos 30 dias (OR 5,3 [IC95% 1,35 – 20,80]); e maior chance de impacto para o indivíduo que teve sua última consulta há mais de dois anos, quando comparado a aquele que teve sua consulta entre um a dois anos (OR 2,93 [IC95% 1,01 – 8,50]). Desta forma, recomenda-se que a atenção à saúde bucal deva integrar os cuidados aos pacientes hipertensos, a fim de se reduzir a prevalência de impacto na QVRSB e melhorar os resultados de saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde bucal, Hipertensão Arterial Sistêmica, Qualidade de vida.

ABSTRACT

This was an observational, cross-sectional, descriptive and analytical study, which aimed to estimate the prevalence of dental caries, characterize socioeconomic variables, lifestyle, oral morbidity, use of services and to analyze the association of these variables with impact on oral health-related quality of life (OHRQoL) in hypertensive patients. Data were analyzed using chi-square test, Mann-Whitney and Fisher, followed by logistic regression. The prevalence of impact on OHRQoL was 70%, estimated by OHIP-14. In univariate analysis, there was a statistically significant difference between individuals with and without impact for the variables toothache in the last 6 months ($p < 0.001$); gingival bleeding ($p = 0.04$); need and use of upper prosthesis ($p = 0.007$) and alcohol consumption ($p = 0.043$). Logistic regression revealed a greater chance of impact for the variable unsatisfactory upper prosthesis in relation to the satisfactory upper prosthesis (OR 7.14 [95% CI 1.60 to 31.95]), Prosthesis Need in upper arch (OR 7.03 [95 % 1.78 to 27.75]) and no need for prosthesis in the upper arch (OR 11.08 [95% CI 2.02 to 60.82]); greater chance of impact for the individual who drank in the past 30 days (OR 5.3 [95% CI 1.35 to 20.80]); and more likely to impact on the individual who had his last visit for more than two years, compared to one who had his consultation between one to two years (OR 2.93 [95% CI 1.01 to 8.50]). Thus, it is recommended that the oral health care should integrate the care of hypertensive patients in order to reduce the prevalence of impact on OHRQoL and improve health outcomes and quality of life.

Key word: Oral health, Hypertension, Quality of life.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Espacialização geográfica das UBS selecionadas.	39
Figura 2 - Variáveis coletadas no estudo.	41
Figura 3 - Gráfico de densidade - Tempo de medicação antihipertensiva e Impacto na QVRSB.	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das UBS de acordo com o seu porte e localização geográfica.	37
Tabela 2 - Quantidade de UBS sorteadas de acordo com o seu porte e localização geográfica.	38
Tabela 3 - Distribuição da amostra, proporcional a quantidade de pacientes cadastrados em cada zona geográfica.	38
Tabela 4 - Análise univariada dos fatores socioeconômicas nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.	46
Tabela 5 - Prevalência, Extensão e Severidade dos impactos na qualidade de vida em relação a Saúde Bucal do hipertensos.	47
Tabela 6 – Prevalência de impacto por dimensão e por item do OHIP-14.	47
Tabela 7 - Análise univariada dos fatores de Morbidade bucal referida e uso de serviços nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.	48
Tabela 8 - Análise univariada dos fatores de Estilo de Vida nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.	50
Tabela 9 - Análise univariada dos fatores de Condições de Saúde Bucal nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.	51
Tabela 10 - Análise univariada dos componentes do índice CPO-D nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.	52
Tabela 11 – Regressão logística para o grupos de hipertensos Com Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.	53

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	67
Apêndice B - Ficha 1/6 de coleta de dados - Caracterização socioeconômica, morbidade bucal autoreferida e uso de serviços (BRASIL, 2009 - Adaptado).	68
Apêndice C - Ficha 2/6 de coleta de dados - Caracterização da experiência com atividade física e uso de cigarro (IBGE, 2013 – adaptado).	69
Apêndice D - Ficha 3/6 de coleta de dados - Caracterização da experiência com bebida alcoólica (IBGE, 2013 – adaptado).	70
Apêndice E - Ficha 4/6 de coleta de dados - Caracterização do impacto na qualidade de vida em relação a saúde - OHIP-14 (Desenvolvido por Slade <i>et al.</i> (1994) e traduzido por Oliveira e Nadanovsky (2005)).	71
Apêndice F - Ficha 5/6 de coleta de dados - Caracterização da condição da coroa dentária e Uso/Necessidade de Prótese – CPO-D e UNP (BRASIL, 2009 - Adaptado).	72
Apêndice G - Ficha 6/6 de coleta de dados - Caracterização da condição periodontal – CPI e PIP (BRASIL, 2009 - Adaptado).	73

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Termo de Anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.	74
Anexo B - Parecer do CEP/UFAM com aprovação do Projeto de Pesquisa.	75

LISTA DE ABREVIATURAS

CD	Cirurgião Dentista
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DIDL	<i>Dental Impact on Daily Living</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GOHAI	Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OHIP	<i>Oral Health Impact Profile</i>
OIDP	Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PA	Pressão Arterial
PIP	Perda de Inserção Periodontal
PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
QVRSB	Qualidade de Vida em Relação à Saúde Bucal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3. REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 Hipertensão Arterial	21
3.2 HIPERDIA	23
3.3 Saúde, Qualidade de vida e Qualidade de vida em relação à saúde	25
3.4 Qualidade de vida em relação a saúde bucal	27
3.5 Condições bucais e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal	29
4. METODOLOGIA	35
4.1 Desenho do Estudo	35
4.2 Local da Pesquisa e População do Estudo	35
4.3 Critérios de Inclusão	36
4.4 Critérios de Exclusão	36
4.5 Plano Amostral	36
4.6 Coleta de Dados	40
4.6.1 Características Socioeconômicas e demográficas	41
4.6.2 Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal	41
4.6.3 Condição de Saúde Bucal	42
4.6.4 Morbidade bucal e uso de serviços	43
4.6.5 Tabagismo, Consumo de Álcool e Atividade Física	44
4.7 Análise dos Dados	44
4.8 Aspectos Éticos	45
5. RESULTADOS	46
6. DISCUSSÃO	54
7. CONCLUSÕES	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICES	67
ANEXOS	74

1. INTRODUÇÃO

O interesse nas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas repercussões têm sido crescente nas últimas décadas. Fato compatível com o processo de transição demográfica e epidemiológica percebido mundialmente, pelo qual também passa a população brasileira (MARTINS *et al*, 2007).

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras (PAIM *et al*, 2008).

Paralelamente a essa mudança na carga de doença, houve uma rápida transição sociodemográfica no Brasil, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos, acompanhado pela industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas (MONTEIRO *et al*, 2000).

Entre essas doenças, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública da atualidade. As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte no Brasil; morbidade que aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (BRANDÃO *et al*, 2010). Essa condição pode ser prevenida e controlada através de medidas medicamentosas e não medicamentosas.

Visando organizar a assistência ao hipertenso e/ou diabético, o Ministério da Saúde (MS), em 2001, lançou em todo o país o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes, materializado no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), que constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento desses usuários, no qual os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos pacientes e preenchimento desses dados. O programa visa permitir o monitoramento dos pacientes e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada (BRASIL, 2001).

Por outro lado, a Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que a prevenção e o tratamento das doenças bucais devem integrar-se aos cuidados relacionados às doenças crônicas por representarem fatores de risco comuns (PETERSEN *et al*, 2005). Entretanto, não há orientações de como deve ocorrer à inserção da saúde bucal no programa HIPERDIA, ficando a cargo das equipes planejarem e organizar a atenção integral aos pacientes.

Além de apresentarem fatores de risco comuns, pesquisas clínicas têm demonstrado associações entre DCNT e agravos bucais como edentulismo, doença periodontal e cárie (KHADER *et al*, 2006; LOPES *et al*, 2010). Estudos epidemiológicos têm sugerido a existência de relação entre os agravos bucais e hipertensão (HUJOEL *et al*, 2000; HOLMLUND *et al*, 2006; DESVARIEUX *et al*, 2010; TSAKOS *et al*, 2010; NESSE *et al*, 2010; IWASHIMA *et al*, 2014). Também foram encontradas alterações no fluxo e no pH da saliva, importante fator de proteção da saúde bucal (KAGAWA *et al*, 2012). Estudos recentes apontam a doença periodontal como fator de risco para HAS (IWASHIMA *et al*, 2014; LEONG *et al*, 2014).

Atualmente, busca-se compreender a repercussão dessas condições sob a ótica biopsicossocial. Ao contrário do modelo biomédico, essa nova perspectiva se alinha ao conceito de saúde proposto pela a OMS, em que saúde é não apenas a ausência de doença, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social. Esta mudança de paradigma traz consigo o interesse pelo estudo da influência do processo saúde-doença na qualidade de vida.

Neste sentido, têm-se estudado os efeitos de condições adversas funcionais, sociais e psicológicas sobre a cavidade bucal. Tais efeitos levam em consideração as experiências e os comportamentos dos indivíduos com relação à doença e se fundamentam a partir de indicadores subjetivos ou sócio-dentais em saúde bucal (RODRIGUES *et al*, 2004). A avaliação dos problemas que efetivamente afetam a qualidade de vida do indivíduo e dificultam o seu desempenho normal de atividades diárias e relacionamento interpessoal têm sido considerada essencial na definição de necessidade de tratamento e no desenho de políticas públicas (SHEIHAM, 2000; PANDOLFI *et al*, 2011) adequadas às condições regionais e à cultura local (COHEN-CARNEIRO, 2009). O mesmo se aplica a grupos de interesse em saúde pública, como os hipertensos, uma vez que estudos mostram inadequadas condições de saúde bucal desses pacientes e maior risco de doença periodontal (LOPES *et al*, 2010).

Diversos instrumentos foram desenvolvidos para se identificar a repercussão de alterações bucais na qualidade de vida do indivíduo, no desempenho normal de suas atividades diárias e no relacionamento interpessoal. Com frequência cada vez maior, esses instrumentos são empregados em pesquisas odontológicas (CASTRO *et al*, 2007). Entre os quais se destacam o OHIP-49 (*Oral Health Impact Profile – Perfil do Impacto da Saúde Bucal*) e sua versão mais curta, o OHIP-14, que

procuram revelar se o paciente sofreu algum incidente social devido a problemas com seus dentes, boca ou próteses (SLADE, 1997).

O levantamento epidemiológico de saúde bucal brasileiro mais recente, o SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012), se propôs ir além dos índices tradicionais para aferição dos agravos bucais. Ele traz informações acerca da caracterização socioeconômica, da utilização de serviços odontológicos, morbidade bucal autoreferida e autopercepção de saúde bucal. No entanto, os dados são categorizados por faixa etária e domínio (cidades, regiões). Desta forma, não se conhece o perfil epidemiológico de saúde bucal dos pacientes hipertensos, que representa um grupo de interesse na atenção primária.

E a partir dessa visão, tendo a medida de impacto negativo na qualidade de vida como desfecho, o objetivo dessa pesquisa é identificar associações com os agravos bucais, fatores sociais e comportamentais, em portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as condições de saúde bucal de hipertensos sob a ótica biopsicossocial.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal, por meio do instrumento OHIP-14, em pacientes hipertensos acompanhados no programa HIPERDIA, na cidade de Manaus/AM;
- Caracterizar o perfil demográfico e socioeconômico dos pacientes hipertensos do programa HIPERDIA, na cidade de Manaus/AM;
- Caracterizar comportamentos de risco tais como tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e atividade física dos pacientes hipertensos do programa HIPERDIA, na cidade de Manaus/AM;
- Caracterizar as condições de saúde bucal por meio de índices objetivos de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), condição periodontal (CPI e PIP) e uso/necessidade de prótese em pacientes hipertensos acompanhados no programa HIPERDIA, na cidade de Manaus/AM;
- Testar a associação entre as variáveis coletadas e a qualidade de vida dos pacientes hipertensos acompanhados no programa HIPERDIA, na cidade de Manaus /AM.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É um importante problema de saúde pública no Brasil. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BOING *et al*, 2007).

O diagnóstico é realizado através da constatação de valores elevados de PA (sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg) em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões. O nível de PA elevado em uma única aferição não é suficiente para o diagnóstico (SBC, 2010).

O objetivo do tratamento é a redução do risco de eventos cardiovasculares. Modificações de estilo de vida devem ser indicadas a todos porque podem promover retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe e redução nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da HAS (BRASIL, 2006).

A abordagem não medicamentosa se baseia na intervenção nos fatores de risco com modificações dos hábitos de vida que favorecem a redução dos valores de PA e diminuição significativa de risco cardiovascular associado. Entre estes fatores, merecem destaque: controle do peso corporal; orientação alimentar; abandono do tabagismo e etilismo; redução do excesso de sal nos alimentos; prática de exercício físico; e controle do estresse psicossocial (BRASIL, 2006). Leong *et al* (2014) inclui a

promoção de saúde periodontal nesta lista de fatores de risco passíveis de abordagem não medicamentosa para redução da PA.

Não havendo redução dos valores de PA após adoção das medidas de modificação de estilo de vida isoladamente, em hipertensos com comportamento limítrofe da PA (130-139/85-89 mmHg) e baixo risco cardiovascular, está indicada a associação com tratamento medicamentoso. O período de tempo recomendado para avaliação é de, no máximo, seis meses.

A abordagem combinada, não-medicamentosa e medicamentosa, em pessoas com PA limítrofe justifica-se pelo fato de que nessa faixa há uma grande parcela de portadores de DCV e renal estabelecidas, diabetes, múltiplos fatores de risco e síndrome metabólica.

Em um estudo observacional observou-se que as DCV estão associadas a sintomas de ansiedade e depressão que podem influenciar fatores hemodinâmicos incluindo a pressão arterial (SERAFINI *et al*, 2010).

Com relação à saúde bucal, foram encontradas alterações salivares qualitativas em pacientes hipertensos quando comparados a hipertensos em uso de medicação para controle da HAS. Foi relatado valores menores de pH da saliva para estes pacientes, o que afeta diretamente no processo de desmineralização e remineralização do esmalte e dentina (KAGAWA *et al*, 2012).

Além disso, estudos têm mostrado condições desfavoráveis e maior risco de doença periodontal neste grupo de pacientes (HUJOEL *et al*, 2000; HOLMLUND *et al*, 2006; DESVARIEUX *et al*, 2010; LOPES *et al*, 2010; TSAKOS *et al*, 2010; NESSE *et al*, 2010; IWASHIMA *et al*, 2014).

É bem conhecido que a HAS e periodontite compartilham fatores de risco comuns, como o tabagismo, estresse, avançar da idade, e fatores socioeconômicos.

Esses fatores de risco podem confundir a associação entre hipertensão e periodontite. Entretanto, de acordo com a American Heart Association (AHA), estudos observacionais apoiam uma associação entre a doença periodontal e doença cardiovascular, independente de fatores de risco comuns (LOCKHART *et al*, 2012; LEONG *et al*, 2014).

Leong *et al* (2014) revisaram a literatura sobre possíveis mecanismos para explicar esta associação. A inflamação, a infecção bacteriana e o estresse oxidativo gerado pela doença periodontal poderiam contribuir para uma disfunção endotelial, o que elevaria a PA. No entanto, ainda não há comprovação que indique uma relação causal.

3.2 HIPERDIA

Com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, o Ministério da Saúde lança, em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, através da ação programática denominada HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) que possibilita o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade (BRASIL, 2001).

Souza e Garnelo (2008) consideram que dessa forma, o Ministério da Saúde reconhece a importância da Atenção Básica na abordagem desses agravos, indicando que o cuidado ofertado deva ir além do binômio queixa-conduta, permitindo identificar assintomáticos, monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo.

Malfatti *et al* (2011) destacam que no programa HIPERDIA, após o diagnóstico e o cadastro dos pacientes, espera-se que ocorra uma vinculação dos usuários com as unidades de saúde da família, ocorrendo a prestação de um atendimento diferenciado, com ações de uma equipe multiprofissional na unidade de saúde e/ou nos domicílios. Nesse modelo assistencial, o princípio da integralidade se daria em todos os seus sentidos, mediante comprometimento pessoal, familiar e comunitário, a vigilância da saúde, o acolhimento dos usuários e a garantia das referências aos níveis de maior complexidade. Porém, Souza e Garnelo (2008) realizaram uma pesquisa avaliativa, analisando as características do HIPERDIA e da organização da Atenção Básica em Manaus, e apontam para uma baixa capacidade de responsabilização, escuta e acolhimento de problemas que fugissem do foco imediato da ação programática e mesmo de ações não medicamentosas previstas nas rotinas do HIPERDIA.

Helena *et al* (2010) analisaram a assistência a pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) prestada por equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) em Blumenau-SC. Foram entrevistadas 595 pessoas com HAS moradoras da área de 10 ESF. As variáveis estudadas foram: características demográficas e socioeconômicas, estilo de vida, tratamento, comorbidades, adesão ao tratamento, satisfação com o serviço e níveis pressóricos. O perfil observado e a associação entre as características socioeconômicas (pessoas de baixa escolaridade, cor não branca, baixa renda, baixo poder de consumo e aposentados) permitem supor que os participantes deste estudo, em sua maioria, eram pessoas em posição socialmente desfavorável. Houve um predomínio de diabetes mellitus associada com HAS (44,8%). As frequências observadas dos itens de satisfação sugerem que a maioria dos usuários estava satisfeita com as unidades de ESF, com melhor

desempenho para questões relacionais. Os itens que apresentaram pior desempenho se referiam à estrutura e ao acesso. Os autores concluíram que apesar do acesso a consultas e medicamentos e de se mostrarem satisfeitas, a baixa proporção de pessoas com pressão arterial controlada sugere que o cuidado adequado às pessoas com HAS nas unidades de ESF permanece como desafio. E recomendam que a equipe de saúde contemple os saberes de todos os profissionais disponíveis.

Miranzi *et al* (2008) buscaram descrever o perfil epidemiológico e avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com *Diabetes mellitus* e hipertensão arterial associados, acompanhados por uma equipe de Saúde da Família através de um estudo observacional do tipo inquérito transversal. Os dados sociodemográficos indicados no Programa HIPERDIA revelaram maior participação de mulheres (66,7%), com média de idade de 56 anos; maior percentual de indivíduos com 1º grau incompleto (56,7%); e de analfabetos (33,3%). Os entrevistados apresentavam hipertensão e diabetes associados, sendo que 25% já tiveram problemas cardíacos e 50%, antecedentes de problemas cardiovasculares. A maioria (96,7%) era acompanhada pela ESF; 80,6% usavam medicamentos; 19,4% tinham hábito de fumar; 27,8% não praticavam exercícios físicos, e 47,2% eram obesos. A avaliação da Qualidade de Vida foi tida como positiva entre os entrevistados na maioria dos aspectos mensurados. Os autores consideram que a autopercepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e ao controle da doença e apontam para a necessidade da realização de estudos, que identifiquem os fatores responsáveis pela percepção negativa quanto à condição de saúde.

3.3 Saúde, Qualidade de vida e Qualidade de vida em relação à saúde

A definição de saúde vem sendo trabalhada ao longo do tempo. Existem, de forma simplificada, três formas de definir saúde, sendo esta como (I) ausência de doença, (II) bem-estar ou (III) valor social. A saúde como ausência de doença é um conceito intrínseco no senso comum da população, provavelmente devido à prática biomédica hegemônica, em que o paciente só procura o serviço de saúde na presença de doença. Em 1948, a OMS propõe que saúde seja não apenas a ausência de doença, mas o perfeito bem-estar físico, mental e social. Porém, esta definição recebe críticas por fazer dissociação entre os aspectos físico, mental e social e estabelecer saúde como algo praticamente inatingível. A definição mais contemporânea e ampla, a saúde é entendida como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Imbuído dessa noção ampla de saúde, é um tanto desconfortável se pensar em Saúde Bucal ou Saúde Mental, por exemplo. É evidente que não se podem ter recortes de saúde e neste sentido autores defendem que o conceito de saúde bucal é uma abstração útil e se configura como uma designação didática, pois não pode subsistir como saúde parcial, sendo um termo que serve para identificar objetivos parciais em programas de saúde (CHAVES, 1986).

Já a qualidade de vida foi definida pela OMS (1998a) como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Minayo *et al* (2000) coloca que “qualidade de vida é uma noção

eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural”.

Para o conceito de qualidade de vida em relação à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si (MINAYO *et al*, 2000). A qualidade de vida ligada à saúde é o valor atribuído à vida, ponderado pelas deteriorações funcionais; as percepções e condições sociais que são induzidas pela doença, agravos, tratamentos; e a organização política e econômica do sistema assistencial (AUQUIER, 1997, *apud* MINAYO, 2000).

Neste sentido, tornou-se imperioso que as medidas para a avaliação de saúde incorporassem dimensões não apenas clínicas, mas também sociais e psicológicas. Assim, a OMS (1998b) desenvolveu um instrumento com a finalidade de avaliar a qualidade de vida sob perspectiva transcultural em âmbito internacional com cem questões nos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais. O instrumento foi denominado *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), sendo em seguida adaptado para uma versão reduzida, o WHOQOL-BREF. Os instrumentos são genéricos. Entretanto, existem também os indicadores específicos de qualidade de vida relacionados à saúde que consideram o impacto de condições definidas, como por exemplo, os problemas que acometem a cavidade

bucal (CASTRO *et al*, 2007).

3.4 Qualidade de vida em relação à saúde bucal

A saúde bucal historicamente vem sendo avaliada por meio de critérios exclusivamente clínicos. Sheiham *et al* (2000) defendem que a inclusão de parâmetros de avaliação do impacto social das doenças bucais é essencial na definição de necessidade de tratamento e no desenho de políticas públicas. Só assim é possível definir os problemas que efetivamente afetam a qualidade de vida do indivíduo e dificultam o seu desempenho normal de atividades diárias e relacionamento interpessoal.

Diante da necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal, foram desenvolvidos os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Destacam-se o OHIP-49, sua versão mais curta OHIP-14, o GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica) e o ODP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário).

Visto que estes instrumentos foram desenvolvidos para aplicação em populações estrangeiras, na língua inglesa, Castro *et al* (2007) avaliaram criticamente o processo de adaptação transcultural dos principais instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal através de uma revisão sistemática da literatura, considerando como padrão o protocolo para adaptação transcultural destes instrumentos o proposto por Guillemin *et al* (1993) e verificaram grande disparidade nas metodologias empregadas para adaptar instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Tal constatação limita a comparabilidade dos resultados obtidos pela utilização de indicadores adaptados que seguem metodologias muito díspares. Casas-Anguita *et al* (2001) defendem que

a adaptação de instrumentos é preferível e citam como três as razões principais: a complexidade do processo de criação de um questionário, o fato de a adaptação permitir confiabilidade e validade similar ao instrumento original e a necessidade de elementos de referência para serem utilizados em investigações em que participam vários países.

O instrumento OHIP-14, versão reduzida do OHIP-49, foi desenvolvido na Austrália, por Slade *et al* (1994). O questionário original é composto por 49 itens que englobam sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social (SLADE *et al*, 1994). Posteriormente, o instrumento foi simplificado pelo próprio autor para 14 itens, dois em cada uma das sete dimensões, mantendo sua confiabilidade (SLADE, 1997). A versão reduzida foi traduzida para o português, adaptada e testada em adultos em área urbana (ALMEIDA *et al*, 2004; OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005) e rural (COHEN-CARNEIRO *et al*, 2010). Optou-se pela utilização do OHIP-14 no presente estudo por ser um dos instrumentos de avaliação de impactos da saúde bucal na qualidade de vida mais difundido e utilizado, por sua facilidade de uso, reduzido número de questões e por já existir versão adaptada e testada para populações urbanas brasileiras.

3.5 Condições bucais e impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Drumond-Santana *et al* (2007) avaliaram o impacto da doença periodontal na qualidade de vida de portadores de diabetes mellitus, através de um estudo transversal com 167 participantes. Foi aplicado o instrumento OHIP-14 a cada participante em forma de entrevista, estimando-se a prevalência de impacto na

QVRSB em 75%, e em seguida realizado o exame periodontal avaliando a presença de sangramento gengival e nível clínico de inserção. A doença periodontal foi classificada como: (I) gengivite, (II) periodontite leve a moderada e (III) periodontite avançada. Considerando-se o diagnóstico da doença periodontal, 15,7% indivíduos foram classificados como periodontalmente saudáveis, 35,2% apresentaram gengivite, 27,7% periodontite leve a moderada e 21,4% periodontite avançada. As maiores médias do formulário aplicado (OHIP-14) foram encontradas nos grupos com periodontite. Entretanto, não houve relação entre gravidade da periodontite e qualidade de vida. Os grupos saudável e gengivite apresentaram médias similares, sendo estas estatisticamente inferiores aos grupos com periodontite. Em todos os grupos, as perguntas que obtiveram as maiores médias foram as referentes ao incômodo na mastigação, desconforto pessoal e inibição.

Miotto *et al* (2012) avaliaram a prevalência de impactos dos problemas bucais na qualidade de vida e associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e utilização de serviços por adultos e idosos de Marechal Floriano (ES). Não foi realizado exame clínico e sim percepção dos indivíduos sobre a situação da dentição, inclusive sobre a necessidade de prótese parcial ou total. Entre os resultados que chamaram a atenção: A maior procura por serviço odontológico foi para tratamento de rotina e prevenção (63,6%), seguido pelo tratamento de urgência (26,3%). A prevalência de impacto observada foi de 35%, com 83 participantes que declararam impacto na qualidade de vida produzido por problemas bucais. Quando analisada a variável faixa etária, observou-se significância estatística nas dimensões limitação funcional, incapacidade física e incapacidade social. No teste Mantel-Haenszel combinado, os indivíduos acima de 40 anos declararam maior frequência de impacto. Calculado o OR, os indivíduos apresentaram uma chance 2,37 vezes

maior de impacto, quando comparados com aqueles com menos de 40 anos. Em relação à variável necessidade de prótese parcial removível (PPR), observou-se significância estatística nas dimensões limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade social e deficiência. No teste Mantel-Haenszel combinado, OR de 2,771, para os indivíduos que necessitam de PPR.

Através de uma abordagem quali-quantitativa, Haikal *et al* (2011) buscaram aprofundar o entendimento das relações entre autopercepção de saúde bucal, impacto da saúde bucal na qualidade de vida e estado clínico bucal de idosos. Os autores concluíram que os resultados dos indicadores subjetivos de qualidade de vida podem ser subestimados.

Cohen-Carneiro *et al* (2010) testaram as propriedades psicométricas do OHIP-14 em população ribeirinha no Amazonas e compararam a prevalência, severidade e extensão do impacto na qualidade de vida em relação à saúde bucal de duas comunidades da Amazônia brasileira com diferentes distâncias do centros urbanos e acesso a serviços odontológicos. No seu estudo piloto, realizaram a adaptação do instrumento já traduzido para o português, trocando apenas as palavras “estressado” por “nervosa” e “relaxar” por “descansar”. Foram realizadas entrevistas utilizando questionário sócio-demográfico, o OHIP-14, questões de autopercepção de saúde e necessidade de tratamento. E foram realizados exames bucais por um único examinador previamente calibrado. Após os testes estatísticos, as propriedades psicométricas da versão brasileira do OHIP-14, aplicada a população ribeirinha da Amazônia Brasileira, foi considerada satisfatória no coeficiente alfa de Cronbach (0,70). A média de impacto na qualidade de vida foi bastante superior à encontrada em outras populações, e entre as duas comunidades pesquisadas, a mais distante do centro urbano teve a média de impacto ainda maior.

Chapelin *et al* (2008) avaliaram o impacto dos problemas bucais na qualidade de vida de usuários submetidos a tratamento odontológico em uma Unidade de Saúde no município de Viana (ES). Noventa e oito pacientes de 15 a 60 anos assistidos pela unidade foram submetidos a uma entrevista padronizada sobre: situação sociodemográfica, estrutura da prática odontológica e o OHIP-14. Somente 53 pacientes tiveram o tratamento concluído (TC) e estes responderam novamente ao OHIP-14. Os resultados do OHIP-14 foram analisados de forma dicotomizada: com impacto e sem impacto. Os resultados mostraram maior frequência de impacto nas dimensões desconforto psicológico e dor física, porém 78,6% dos entrevistados não perceberam o impacto dos problemas bucais em sua qualidade de vida. Em relação à faixa etária, os indivíduos acima de 40 anos apresentaram maior prevalência de impactos no escore total; analisado por dimensão, o resultado só foi significativo para limitação funcional ($p=0,016$). Indivíduos com 40 anos ou mais tiveram uma chance 2,6 vezes maior de sofrer impacto dos problemas bucais em sua qualidade de vida. Encontrou-se uma maior prevalência de impacto nas dimensões limitação funcional e dor física para aqueles que visitaram o CD por urgência. Quem necessitava de prótese teve 4,4 vezes mais chance de apresentar impacto em sua qualidade de vida. Na análise multivariada do escore geral do OHIP-14, os resultados mostraram que o grupo de classe D e E teve 2,9 mais chance de impacto. Em relação à variável necessidade de prótese, quem precisava teve 2,8 mais chance de impacto, comparando com os indivíduos que não precisavam. Dos pacientes que iniciaram o tratamento odontológico com impacto, pode-se afirmar que 77,8% apresentaram redução do impacto após tratamento odontológico concluído, melhorando, assim, a qualidade de vida desses pacientes.

Pandolfi *et al* (2011) avaliaram a possível associação entre a percepção de saúde bucal de usuários do serviço público odontológico do município de Vitória-ES, e I) as variáveis sociodemográficas, II) necessidade declarada de prótese parcial e total e III) utilização de serviço odontológico. Participaram 270 usuários das Unidades de Saúde de Vitória-ES, com idade ≥ 15 anos. O indicador subjetivo *Dental Impact on Daily Living* (DIDL) foi utilizado para medir o impacto dos problemas bucais nas dimensões da qualidade de vida – dor conforto, restrição alimentar, desempenho e aparência. Foram testadas como possíveis preditoras de impacto as variáveis independentes sexo, condição socioeconômica, escolaridade, faixa etária, utilização de serviços, necessidade declarada de prótese total e parcial. Na análise por dimensão foi revelada uma diferença estatisticamente significativa nas dimensões conforto e desempenho: os usuários abaixo de 40 anos declararam maior satisfação nestas dimensões. A variável condição socioeconômica foi estatisticamente significativa somente na dimensão desempenho. Os indivíduos de condição socioeconômica B e C relataram maior satisfação com sua condição bucal, quando comparados com os da classe D e E. Em relação à dimensão restrição alimentar, 40% dos indivíduos que frequentavam o serviço odontológico por urgência declararam insatisfação. Não considerando as dimensões isoladamente, verificou-se que aqueles que utilizaram o serviço de urgência estavam mais insatisfeitos. A necessidade declarada de prótese total e parcial apresentou resultados estatisticamente significantes nas dimensões conforto e desempenho, demonstrando que a necessidade percebida de PT e PPR é capaz de gerar insatisfação com a condição bucal. Os autores defendem a utilização dos indicadores subjetivos no sentido de garantir políticas e estratégias apropriadas de assistência.

Bortoli *et al* (2003) avaliaram a autopercepção de saúde bucal e sua relação com um indicador subjetivo de impactos das condições bucais na qualidade de vida (OHIP-14) e indicadores clínicos tradicionais, em um grupo de 38 adultos entre 46 e 73 anos. Foi realizado exame bucal, sendo avaliado a condição clínica por meio dos índices CPO-D e CPI e foram aplicados dois questionários: I) um de auto avaliação de saúde bucal e o II) OHIP-14. Observou-se que as pessoas com maior número médio de impactos identificaram uma pior saúde bucal, bem como relataram mais problemas com os dentes e/ou com as gengivas. Não houve correlação significativa entre o OHIP-14 e o Índice CPO-D nem entre a autopercepção e esse Índice. Este fato chama atenção visto que normalmente a avaliação das necessidades populacionais leva em conta apenas necessidades normativas (CPO-D), ignorando os aspectos sócio-comportamentais e culturais.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

O estudo foi observacional do tipo transversal, descritivo e analítico.

4.2 Local de Pesquisa e População do Estudo

O presente estudo foi realizado na cidade de Manaus, capital do Amazonas. O município conta com 211 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas por quatro Distritos de Saúde: Norte, Sul, Leste e Oeste. Além destas, a rede municipal de saúde possui unidades na zona rural que não foram consideradas no presente estudo devido a ausência de dados relativos ao número de cadastrados no SISHIPERDIA e devido à incompatibilidade com o instrumento utilizado para mensurar a qualidade de vida em relação à saúde bucal, adaptado e testado para populações urbanas.

Para o zoneamento das unidades, optou-se pela divisão em zonas geográficas. Esta difere da divisão em Distritos de Saúde nos Distritos Sul e Oeste, que compõe as Zonas Sul e Centro-sul, bem como as Zonas Oeste e Centro-oeste, respectivamente. As Zonas Norte e Leste fazem correspondência com os Distritos de Saúde com a mesma designação.

A população de Manaus é estimada em 2.020.301 habitantes (IBGE, 2013), sendo que de acordo com dados do SISHIPERDIA, consultado no dia 27/08/2013, havia 159.108 hipertensos cadastrados, o que representa 7,8% da população estimada. Considerando o número de hipertensos também diabéticos, esta prevalência sobe para 10,5%, ficando próximo aos dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), que apontam para uma prevalência de 11% a 20% da população brasileira com mais de 20 anos portadora de hipertensão arterial.

Para este estudo, foram considerados apenas os indivíduos hipertensos livres de diabetes cadastrados no SISHIPERDIA, acompanhados pela Atenção Primária à Saúde, na cidade de Manaus/AM.

4.3 Critérios de Inclusão

- Hipertenso cadastrado no programa HIPERDIA, acompanhados em unidades de saúde da atenção primária, na cidade de Manaus/AM.

4.4 Critérios de Exclusão

- Indivíduos incapacitados de responder aos questionários;
- Portador de Diabetes Mellitus;
- Menores de 18 anos.

4.5 Plano amostral

A abordagem clássica da inferência estatística fundamenta-se na amostra aleatória simples, método que requer que cada membro da população tenha uma chance igual e independente de ser selecionado. Entretanto, outros métodos probabilísticos podem ser utilizados, devido a restrições orçamentárias ou por limites de tempo associados à coleta de uma grande quantidade de informações ao longo de um extenso território geográfico (SZWARCOWALD *et al*, 2008).

A amostragem por conglomerados em múltiplos estágios com probabilidades desiguais de seleção possibilita prover uma amostra representativa da população em tempo hábil, de acordo com o orçamento e recursos humanos disponíveis. A combinação de vários métodos probabilísticos de amostragem para seleção de uma

amostra representativa da população é chamada de desenho complexo de amostragem.

Esta foi a estratégia utilizada no presente estudo. Trata-se de uma amostragem por conglomerados em dois estágios. O primeiro estágio é representado pelo sorteio da UBS em cada zona/porte e o segundo estágio sendo o sorteio dos pacientes de cada UBS.

As UBS foram tabuladas por zonas administrativas (Norte, Sul, Centro-Sul, Leste, Oeste e Centro-Oeste) e pelo porte (grande [G], Média [M] e Pequena [P]), definido através do número de pacientes hipertensos cadastrados, pela técnica de percentil (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das UBS de acordo com o seu porte e localização geográfica em Manaus-AM.

	G	M	P	Total
SUL	24	22	10	56
NORTE	16	20	17	53
LESTE	8	8	29	45
OESTE	15	16	7	38
CENTRO-OESTE	7	3	2	12
CENTRO-SUL	4	2	1	7
Total	74	71	66	211

O método utilizado para a seleção dos conglomerados é a amostragem com Probabilidade Proporcional ao Tamanho (PPT) (SZWARCOWALD, 2008). Neste caso, as UBS são sorteadas guardando a proporcionalidade de cada estrato, em número suficiente para contemplar todas as zonas (Tabela 2). Este método, além da facilidade de aplicação, tem a vantagem de contribuir para a redução da variância entre as unidades de seleção.

Tabela 2 – Quantidade de UBS sorteadas de acordo com o seu porte e localização geográfica em Manaus-AM.

	G	M	P	Total
SUL	3	3	1	7
NORTE	2	3	2	7
LESTE	1	1	4	6
OESTE	2	2	1	5
CENTRO-OESTE	1	1	0	2
CENTRO-SUL	1	0	0	1
Total	10	10	8	28

O número amostral (n) foi obtido tomando-se como referência a prevalência de impacto obtida no estudo de Drumond-Santana (2007) que utilizou o mesmo instrumento em população semelhante. A amostra de 350 indivíduos foi dividida proporcionalmente ao número de pacientes cadastrados em cada zona geográfica (Zona Sul – 26,57%; Zona Norte – 25,14%; Zona Leste – 20,85%; Zona Oeste – 18,28%; Zona Centro-Oeste – 5,71%; Zona Centro-Sul – 3,42%).

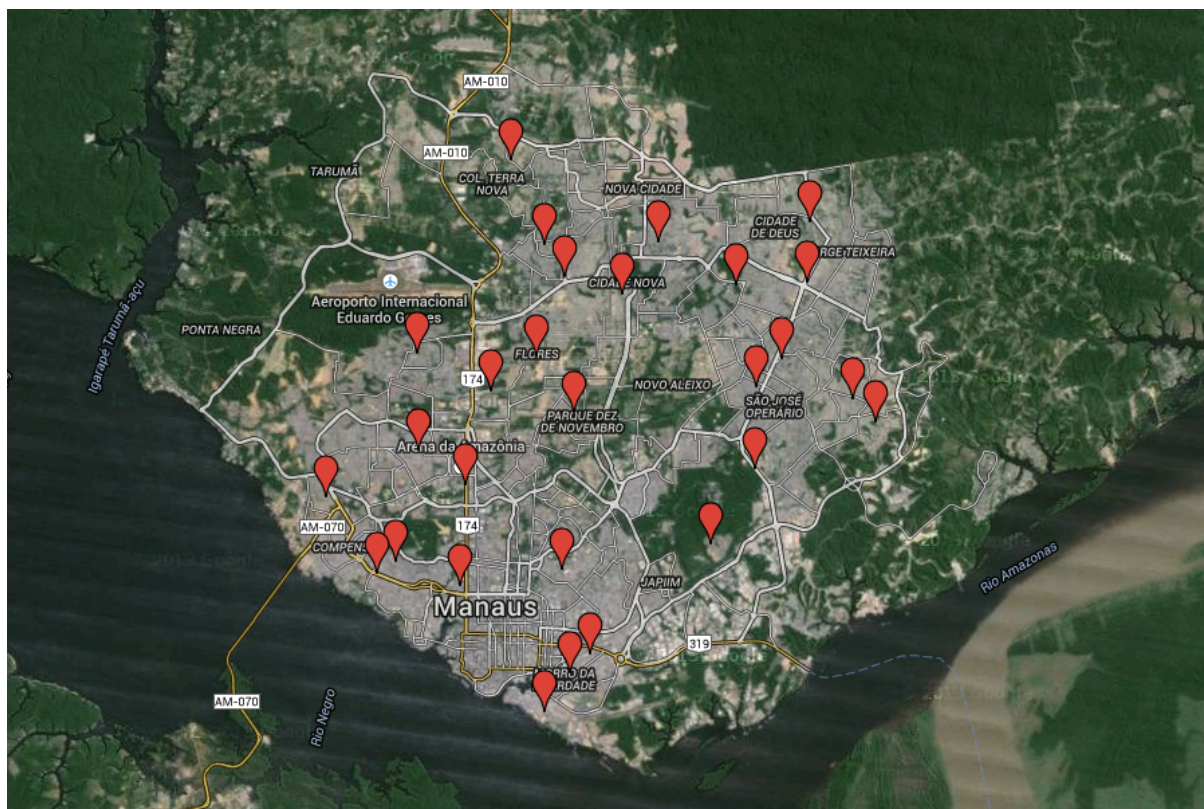
Tabela 3 - Distribuição da amostra, proporcional a quantidade de pacientes cadastrados em cada zona geográfica em Manaus-AM.

	G	M	P	Total
SUL	40	36	17	93
NORTE	27	33	28	88
LESTE	13	13	47	73
OESTE	25	27	12	64
CENTRO-OESTE	14	6	0	20
CENTRO-SUL	12	0	0	12
Total	131	115	105	350

Foi realizada uma seleção aleatória sistematizada das UBS através da lista fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Nos casos de UBS sorteadas que estavam sem profissional médico, ou não dispunha de consultório odontológico, foi sorteada uma nova unidade (Figura 1). Visitas às UBS foram

pactuadas com os respectivos Distritos de Saúde que informaram aos diretores de cada unidade sobre a realização da pesquisa, sob anuência da secretaria.

Figura 1 – Espacialização geográfica das UBS selecionadas.



Para cada unidade, foram programados dois dias de coleta de dados. Neste período, o profissional responsável pelo acolhimento da demanda identificava os pacientes já diagnosticados com HAS, presentes na unidade para consulta ou agendamento, e encaminhava para equipe de pesquisa que o convidava a participar como voluntário.

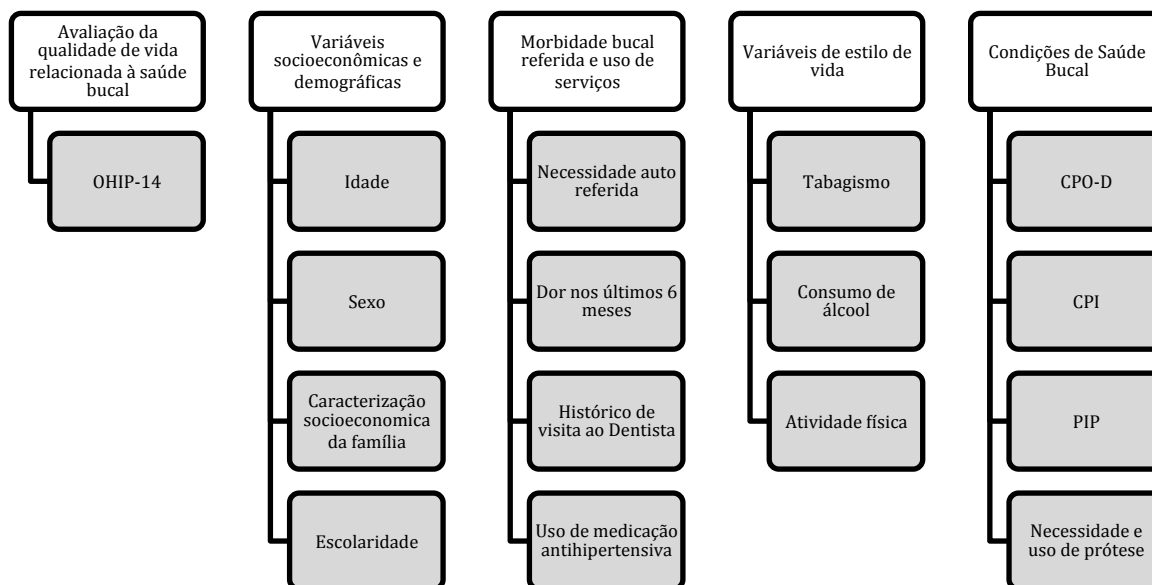
Nos casos em que não se atingiu o número de pacientes previstos para cada UBS, um dia adicional de coleta de dados foi planejado. Nas unidades em que o terceiro dia não foi suficiente para completar a amostra, o número faltante foi dado como perda.

4.6 Coleta de Dados

Com o objetivo de padronizar a mensuração e reprodução das observações segundo os critérios pré-determinados para o diagnóstico, foi realizado o processo de calibração intraexaminador, garantindo a confiabilidade e reprodutibilidade dos resultados. O processo de calibração foi realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Amazonas (FAO/UFAM) e contou com a participação de 20 pacientes voluntários. Todos os voluntários foram reexaminados, com um intervalo de uma semana entre os exames. A variação intraexaminador foi analisada através do coeficiente Kappa. Obteve-se o coeficiente Kappa de 0,95 para cárie dental (CPO-D), 0,68 para doença periodontal (CPI) e 0,75 para perda de inserção periodontal (PIP), o que representa concordância excelente para o primeiro índice e concordância boa para os dois últimos (OMS, 1993). Os valores também foram superiores ao mínimo aceitável (0,65) preconizado no projeto SB-Brasil 2010 (BRASIL, 2009).

A coleta de dados ocorreu no período entre agosto e dezembro de 2014, consistindo de entrevistas e exames clínicos. A equipe de campo foi composta por um único examinador e um anotador. Foram utilizados os consultórios odontológicos das unidades, respeitando assim a privacidade do participante e garantindo boas condições ergonômicas e de iluminação para o exame clínico. O exame clínico foi realizado com o auxílio de espelho bucal plano e sonda milimetrada OMS. Após leitura e explicação dos objetivos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) foi entregue ao participante em duas vias, sendo solicitada a entrega de uma via assinada. As variáveis coletadas foram as seguintes:

Figura 2 – Variáveis coletadas no estudo.



4.6.1 Características socioeconômicas e demográficas

Os participantes responderam a um questionário para caracterizar as condições socioeconômicas e demográficas. O modelo utilizado foi o disponibilizado pelo projeto técnico do SB-BRASIL 2010 (BRASIL, 2009), com adaptações (Apêndice B).

A idade foi registrada em anos completos. A escolaridade foi mensurada considerando o total de anos estudados, sem reprovação, considerando desde o primeiro ano do ensino fundamental, sendo registrado de acordo com as faixas: até 04 anos de estudo; entre 05 e 08 anos; entre 09 e 11 anos; e maior que 11 anos. A renda familiar neste estudo foi categorizada em: até R\$ 500; R\$ 501 a R\$ 1.500; R\$ 1.501 a R\$ 2.500; e maior que R\$ 2.501.

4.6.2 Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal

Para isto, os participantes responderam o instrumento *Oral Health Impact Profile* – OHIP-14, traduzido para o português, adaptado para populações urbanas e

testado em adultos por Oliveira e Nadanovsky (2005) (Apêndice E). Foi adotada uma explicação padrão da escala de frequência: 0 - Nunca (nunca, nos últimos seis meses), 1 - Raramente (uma ou duas vezes, nos últimos seis meses), 2 - As vezes (todos os meses ou todas as semanas, nos últimos seis meses), 3 - Repetidamente (quase todos os dias ou duas ou mais vezes por semana, nos últimos seis meses) e 4 - Sempre (o tempo todo, nos últimos seis meses), conforme estudo de Cohen-Carneiro (2009).

4.6.3 Condição de Saúde Bucal

Para a mensuração dos perfis clínicos, foram realizados exames bucais utilizando índices, de acordo com as diretrizes para levantamentos epidemiológicos de saúde bucal da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997), para avaliar a prevalência e a gravidade dos principais agravos bucais: como a cárie dentária (CPO-D), doenças periodontais (CPI e PIP) e Uso e Necessidade de Prótese. A ficha utilizada foi a disponibilizada pelo projeto técnico do SB-BRASIL 2010, com adaptações (BRASIL, 2009) (Apêndice F e G). Os critérios para condição dentária de coroa e suas codificações estão de acordo com o Manual da OMS (OMS, 1997), resumidos no Apêndice F.

Os dados relativos a condição periodontal foram obtidos através do emprego do Índice CPI, que é a proposta atual da OMS onde são suprimidas as necessidades de tratamento, complementado pelo exame da Perda de Inserção Periodontal (PIP) para população adulta e idosa. Os componentes do CPI (Sangramento, Cálculo e Bolsa periodontal) foram coletados separadamente. Os códigos e critérios do CPI e PIP estão descritos nos Apêndice G.

A avaliação do uso e necessidade de prótese ajuda a entender o agravamento “edentulismo”. O Apêndice F resume os códigos e critérios utilizados neste índice. Uma observação importante é que a verificação da necessidade de prótese deve incluir uma avaliação da qualidade da prótese quando a mesma está presente. Os dois índices não são excludentes, ou seja, é possível estar usando e também necessitar de uma prótese. O critério de decisão para determinar que uma prótese que está em uso é inadequada e, portanto, deve ser trocada, será baseado nas seguintes condições: a) Retenção – está folgada ou apertada; b) Estabilidade e reciprocidade – apresenta deslocamento ou báscula; c) Fixação – lesiona os tecidos; d) Estética – apresenta manchas ou fraturas e não está adequada ao perfil facial do paciente. Caso pelo menos uma dessas condições esteja presente, recomenda-se a troca da prótese e, portanto, procede-se a avaliação da necessidade (BRASIL, 2009). Para a análise dos dados, cada arcada foi categorizada em: não necessita de prótese (não usa e não necessita); necessita prótese (não usa e necessita de prótese); prótese insatisfatória (usa e necessita de nova prótese); e prótese satisfatória (usa e não necessita de nova prótese).

4.6.4 Morbidade bucal referida e uso de serviços

Foi aplicado questionário para caracterização da morbidade bucal referida e uso de serviços, de acordo com o projeto técnico do SB-BRASIL 2010 (BRASIL, 2009) (Apêndice B), no sentido de avaliar condições subjetivas importantes na compreensão do processo saúde-doença bucal, bem como utilização de serviços. Acrescentou-se a esta categoria, o tempo de utilização de medicação antihipertensiva, em anos completos, como variável de uso de serviço.

4.6.5 Tabagismo, Consumo de álcool e Atividade Física

Para colher informações sobre tabagismo, consumo de álcool e atividade física, foram utilizadas as seções que tratam destes hábitos no questionário da PeNSE 2012 (IBGE, 2012), com adaptações. Originalmente, o instrumento contempla os assuntos: características sociodemográficas, alimentação, imagem corporal, atividade física, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas, rede de proteção, saúde bucal, comportamento sexual, violência, e acidentes. Este questionário permite a comparabilidade com pesquisas internacionais conduzidas pela Organização Mundial da Saúde e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) (IBGE, 2012).

4.7 Análise dos Dados

Inicialmente foi realizada a análise exploratória e descritiva dos dados. As variáveis contínuas, tais como idade e CPO-D foram apresentadas por medianas e intervalos interquartílicos (IQR). As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e frequências relativas.

Em seguida, foi conduzida uma regressão logística para testar a associação entre as variáveis que apresentaram nível de significância estatística na análise univariada de até 20% (valor de $p \leq 0,20$) com o grupo de hipertensos com impacto na qualidade de vida em relação à saúde bucal. Foram obtidas as medidas de Odds Ratios (OR) e Intervalo de Confiança de 95% (IC95%).

Os escores do OHIP-14 foram apresentados por Prevalência, Extensão e Severidade, de acordo com Slade (2005). A prevalência é o percentual de indivíduos que tiveram ao menos uma resposta Repetidamente ou Sempre no questionário. Já a extensão é representada pela média de vezes de respostas Repetidamente ou

Sempre, podendo variar de 0 a 14. E a severidade é a média da somatória dos escores recebidos em cada item do instrumento, podendo variar de 0 a 56.

A prevalência de impacto foi utilizada como critério de definição do grupo de indivíduos com impacto na QVRSB. Todas as análises foram realizadas no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0.

4.8 Aspectos Éticos

Todos os sujeitos convidados a participar da pesquisa como voluntário receberam uma explicação sobre os objetivos, os riscos e os benefícios do estudo, através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A participação foi condicionada a assinatura do TCLE pós-informado em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e a outra com o sujeito.

Os riscos apresentados aos participantes do estudo foram mínimos, visto que o exame clínico da boca é simples, rápido e fácil de fazer, realizado com toda técnica e biossegurança, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

As necessidades de tratamento detectadas foram encaminhadas para a Equipe de Saúde Bucal (ESB) referência da UBS.

O projeto foi registrado na Plataforma Brasil e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), recebendo a aprovação sob o registro CAAE 30667614.5.0000.5020 (Anexo B). O projeto recebeu também a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, através da Comissão de Ética em Pesquisa (COEP) (Anexo A).

5. RESULTADOS

A amostra final foi composta de 200 hipertensos, sendo 63 (31,5%) homens e 137 (68,5%) mulheres. A mediana da idade foi de 58 (IQR 44 – 69) anos, sendo que menos de 25,5% tem segundo grau completo. Predominou a faixa de rendimento familiar menor que R\$ 500 mensais (42,6%), seguida das faixas R\$ 501 a R\$ 1.500 (33,8%), R\$ 1.501 a R\$ 2.500 (14,4%), e maior que R\$ 2.500 (9,2%). A descrição das variáveis socioeconômicas e demográficas podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise univariada dos fatores socioeconômicos nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.

	Com Impacto	Sem Impacto	Total	P-valor
	Mediana(IQR ^{>})	Mediana(IQR ^{>})	Mediana(IQR ^{>})	
Idade	58 (44 – 66,5)	60.5 (44 – 70,2)	58 (44 - 69)	0,326 ⁺
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				0,595 ⁺
Masculino	42 (30)	21 (35)	63 (31,5)	
Feminino	98 (70)	39 (65)	137 (68,5)	
Rendimento familiar				0,231 ⁺
Até R\$500	58 (43)	25 (41,7)	83 (42,6)	
R\$501 a R\$1500	46 (34,1)	20 (33,3)	66 (33,8)	
R\$1.501 a R\$2.500	22 (16,3)	6 (10)	28 (14,4)	
Maior que R\$2.500	9 (6,7)	9 (15)	18 (9,2)	
Escolaridade				0,402 ⁺
Até 4 anos de estudo	56 (40)	20 (33,3)	76 (38)	
Entre 5 e 8 anos	52 (37,1)	21 (35)	73 (36,5)	
Entre 9 e 11 anos	32 (22,9)	19 (31,7)	51 (25,5)	

[†] Teste de Chi-quadrado

⁺ Teste de Mann-Whitney

[>] IQR – Intervalo Interquartilico

A Tabela 5 apresenta os resultados do OHIP-14, de acordo com Slade (2005). A prevalência de impacto foi de 70%, o que significa dizer que 70% dos indivíduos, em pelo menos um item, responderam repetidamente/sempre. A média

de vezes que cada indivíduo respondeu repetidamente/sempre foi de 2,05; o mesmo que extensão. Já a severidade, média da somatória dos escores dados aos itens do OHIP-14, foi de 9,35. Os respectivos intervalos de confiança de 95% podem ser encontrados na Tabela 5.

Tabela 5 – Prevalência, Extensão e Severidade dos impactos na qualidade de vida em relação a Saúde Bucal do hipertensos.

	Média (IC 95%)
Prevalência (% de pessoas que responderam uma ou mais vezes repetidamente/sempre)	70 (64 – 76)
Extensão (média de itens respondidos repetidamente/sempre)	2,05 (1,73 – 2,37)
Severidade (media da somatória dos escores do OHIP-14)	9,35 (8,04 – 10,66)

O item “Você se sentiu preocupado?” relativo à dimensão de Desconforto Psicológico foi o que mais colaborou com a prevalência de impacto na QVRSB, ambos com frequência relativa de 36% (Tabela 6). As demais dimensões em ordem

Tabela 6 – Prevalência de impacto por dimensão e por item do OHIP-14.

Dimensão	OHIP item	Prevalência (IC95%)	
		Item	Dimensão
Limitação funcional	Problema com a pronúncia	16 (10 - 21)	27 (21 - 33)
	Paladar alterado	18 (12 - 23)	
Dor	Dores nos dentes ou boca	23 (17 - 28)	34 (29 - 42)
	Desconforto para comer	25 (18 - 31)	
Desconforto psicológico	Se sentiu preocupado	36 (29 - 43)	36 (29 - 43)
	Se sentiu estressado	11 (6 - 15)	
Inabilidade física	Alimentação prejudicada	19 (13 - 24)	23 (17 - 29)
	Refeições interrompidas	17 (12 - 22)	
Inabilidade psicológica	Dificuldades para relaxar	7 (3 - 10)	28 (22 - 34)
	Se sentiu envergonhado	26 (20 - 32)	
Inabilidade social	Se sentiu irritado	4 (1 - 6)	4 (1 - 6)
	Dificuldade para trabalhar	3 (0 - 5)	
Incapacidade	Vida menos satisfatória	5 (2 - 7)	5 (2 - 7)
	Totalmente incapaz	0*	

*O item é uma constante, não há intervalo de confiança.

decrecente de prevalência de impacto: Dor 34% (29 – 42); Inabilidade psicológica 28% (22 – 34); Limitação funcional 27% (21 – 33); Inabilidade física 23% (17 – 29); Incapacidade 5% (2 – 7); e Inabilidade social 4% (1 – 6).

Outros itens que tiveram destaque foram “Se sentir envergonhado”, com prevalência de 26%; desconforto para comer, com 25%; e dores nos dentes ou boca, com 23%. As prevalências para todos os itens do OHIP-14 e suas respectivas dimensões podem ser observadas na Tabela 6.

Em relação ao bloco de variáveis sobre morbidade bucal referida e uso de serviços (Tabela 7), a frequência relativa de indivíduos que auto referiram necessidade de tratamento odontológico foi semelhante nos grupos com e sem impacto ($p = 1$), mostrando que não há qualquer relação entre as variáveis.

Tabela 7 - Análise univariada dos fatores de Morbidade bucal referida e uso de serviços nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.

	Com Impacto	Sem Impacto	Total	P-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	
Necessidade de tratamento referido				1*
Não	76 (54,3)	33 (55)	109 (54,5)	
Sim	64 (45,7)	27 (45)	91 (45,5)	
Dor de dente nos últimos 6 meses				< 0,001*
Não	103 (73,6)	60 (100)	163 (81,5)	
Sim	37 (26,4)	0 (0)	37 (18,5)	
Última consulta odontológica				0,127*
Há menos de um ano	45 (32,1)	15 (25)	60 (30)	
Entre um a dois anos	38 (27,1)	25 (41,7)	63 (31,5)	
Dois anos ou mais	57 (40,7)	20 (33,3)	77 (38,5)	
Uso de medicação antihipertensiva				0,349*
Maior que 15 anos	13 (9,3)	9 (15)	22 (11)	
Menor que 15 anos	127 (90,7)	51 (85)	178 (89)	

* Teste de Chi-quadrado

No entanto, encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos com e sem impacto para a variável dor de dente nos últimos 6 meses ($p < 0,001$). A prevalência de dor de dente nos últimos 6 meses foi de 26,4% para os indivíduos que apresentaram impacto na QVRSV, enquanto os indivíduos livres de impacto não relataram dor de dente nos últimos 6 meses.

Sobre o uso de serviços, a análise univariada mostrou não haver diferença estatisticamente significativa entre os grupos com e sem impacto. Entretanto, a variável foi submetida a regressão logística por apresentar valor de $p = 0,127$.

Analisando o comportamento e a relação entre as variáveis Tempo de uso da medicação antihipertensiva e Impacto na QVRSB, através do gráfico de densidade (Figura 3), é possível visualizar uma tendência a declínio do impacto a partir dos 15 anos de utilização da medicação. Assim, este foi o ponto de corte adotado para a análise univariada. Entretanto, não foi demonstrada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,349$).

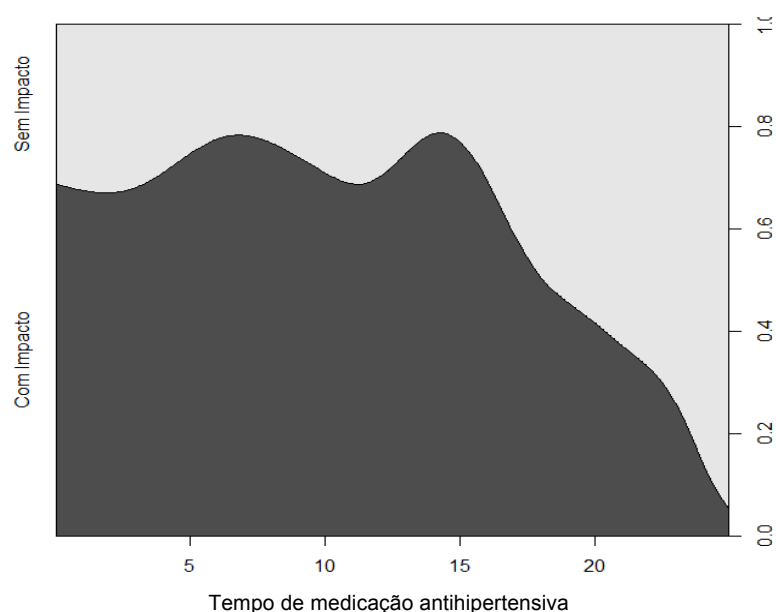


Figura 3 – Gráfico de densidade - Tempo de medicação antihipertensiva e Impacto na QVRSB.

A Tabela 8 traz as frequências absolutas e relativas do conjunto de variáveis de estilo de vida, e a respectiva análise univariada para impacto na QVRSB. A prevalência de indivíduos que não pratica exercício físico nenhum dia na semana e que teve impacto foi muito próxima à prevalência dos indivíduos sem impacto, 62,1% e 63,3%, respectivamente. Com o $p = 1$, demonstra-se não haver diferença entre os grupos.

Tabela 8 - Análise univariada dos fatores de Estilo de Vida nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.

	Com Impacto	Sem Impacto	Total	P-valor
	n (%)	n (%)	n (%)	
Atividade Física				1*
Nenhum dia na semana	87 (62,1)	38 (63,3)	125 (62,5)	
Ao menos 1 dia na semana	53 (37,9)	22 (36,7)	75 (37,5)	
Tabagismo				0,763 [#]
Fumou nos últimos 30 dias	9 (6,4)	5 (8,3)	14 (7)	
Não fumou nos últimos 30 dias	131 (93,6)	55 (91,7)	186 (93)	
Etilismo				0,043*
Bebeu nos últimos 30 dias	36 (25,7)	7 (11,7)	43 (21,5)	
Não bebeu nos últimos 30 dias	104 (74,3)	53 (88,3)	157 (78,5)	

*Teste de Chi-quadrado

[#]Teste exato de Fisher

A grande maioria (93%) relatou não ter fumado nos últimos 30 dias, em ambos os grupos. Já o hábito de tomar bebida alcoólica foi mais prevalente nos indivíduos com impacto, chegando a 25,7%. Houve diferença significativa ($p=0,043$) quando comparado aos indivíduos sem impacto (Tabela 8).

O índice CPO-D foi apresentado através da mediana e a amplitude interquartilica, que concentra a maior parte da amostra. O CPO-D não diferiu entre os grupos, sendo igual a 26 em ambos (Tabela 9). A análise dos componentes também não evidenciou qualquer diferença estatística (Tabela 10).

Tabela 9 - Análise univariada dos fatores de Condições de Saúde Bucal nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.

	Com Impacto	Sem Impacto	Total	P-valor
	Mediana(IQR ^{>})	Mediana(IQR ^{>})	Mediana(IQR ^{>})	
CPO-D	26 (21 - 32)	26 (19 - 32)	26 (20 - 32)	0,684 ⁺
	n (%)	n (%)	n (%)	
CPI – Sangramento Gengival				0,04[#]
Ausente	8 (7,9)	8 (21,1)	16 (11,5)	
Presente	93 (92,1)	30 (78,9)	123 (88,5)	
CPI – Cálculo				0,492 [#]
Ausente	7 (6,9)	4 (10,5)	11 (7,9)	
Presente	94 (93,1)	34 (89,5)	128 (92,1)	
CPI – Bolsa Periodontal				0,868 [#]
Hígido	56 (55,4)	19 (50)	75 (54)	
Bolsa rasa	43 (42,6)	18 (47,4)	61 (43,9)	
Bolsa profunda	2 (2)	1 (2,6)	3 (2,2)	
PIP				0,846 [#]
Perda de inserção entre 0 a 3mm	39 (38,6)	15 (39,5)	54 (38,8)	
Perda de inserção entre 4 a 5mm	46 (45,5)	16 (42,1)	62 (44,6)	
Perda de inserção entre 6 a 8mm	10 (9,9)	4 (10,5)	14 (10,1)	
Perda de inserção entre 9 a 11mm	4 (4)	3 (7,9)	7 (5)	
Perda de inserção de 12mm ou mais	2 (2)	0 (0)	2 (1,4)	
Prótese Superior				0,007[*]
Não necessita prótese	9 (6,4)	8 (13,3)	17 (8,5)	
Necessita prótese	52 (37,1)	24 (40)	76 (38)	
Prótese insatisfatória	47 (33,6)	7 (11,7)	54 (27)	
Prótese satisfatória	32 (22,9)	21 (35)	53 (26,5)	
Prótese Inferior				0,101 [#]
Não necessita prótese	9 (6,4)	4 (6,7)	13 (6,5)	
Necessita prótese	108 (77,1)	42 (70)	150 (75)	
Prótese insatisfatória	9 (6,4)	1 (1,7)	10 (5)	
Prótese satisfatória	14 (10)	13 (21,7)	27 (13,5)	

* Teste de Chi-quadrado

+ Teste de Mann-Whitney

Teste exato de Fisher

> IQR – Intervalo Interquartilico

A condição periodontal foi medida através dos índices CPI e PIP. Optou-se por registrar e apresentar os componentes do índice CPI (Sangramento gengival, Cálculo e Bolsa periodontal) separadamente. A variável sangramento gengival apresentou diferença significativa entre os grupos ($p=0,04$), estando presente em 92,1% dos indivíduos com impacto e 78,9% nos indivíduos sem impacto.

Assim como o sangramento gengival, a presença de cálculo apresentou alta prevalência em ambos os grupos, 92,1% em média. Não houve diferença significativa para a variável bolsa periodontal. A prevalência média encontrada para cada categoria foi: hígido 54%; bolsa rasa 43,9%; e bolsa profunda 2,2% (Tabela 9).

Ainda no conjunto de variáveis sobre a condição periodontal, a maior parte da amostra se concentrou nas duas primeiras faixas de perda de inserção entre 0 e 3mm e 4 a 5mm, 38,8% e 44,6% respectivamente. As outras faixas podem ser observadas na Tabela 9.

Tabela 10 - Análise univariada dos componentes do índice CPO-D nos grupos de hipertensos Com e Sem Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.

	Com Impacto	Sem Impacto	Total	P-valor [†]
	Mediana (IQR)	Mediana (IQR)	Mediana (IQR)	
Cariado	0 (0 - 2,2)	0 (0 - 3)	0 (0 - 3)	0,132
Perdido	24 (12 - 32)	24 (8 - 32)	24 (10 - 32)	0,73
Restaurado	0 (0 - 2)	0 (0 - 4)	0 (0 - 2)	0,226
Hígido	6.5 (0 - 11)	6.5 (0 - 12,5)	6.5 (0 - 12)	0,675

[†]Teste de Mann-Whitney

Sobre o uso e necessidade de prótese, foi observado que a utilização da prótese superior é mais frequente do que a inferior. Enquanto 53% dos indivíduos utilizam algum tipo de prótese na arcada superior, apenas 18,5% utilizam na arcada inferior. Mesmo a necessidade sendo aproximada: apenas 8,5% da amostra não necessitam de nenhuma prótese na arcada superior e 6,5% na arcada inferior. Houve diferença significativa apenas na análise do uso e necessidade de prótese superior ($p=0,007$).

Por fim, foi conduzida a regressão logística com as variáveis que apresentaram nível de significância estatística na análise univariada de até 20% (valor de $p \leq 0,20$). O método utilizado para a eleição do modelo final foi o método *stepwise backward*, ficando a variável dor de dente nos últimos 6 meses fora do modelo final (Tabela 11).

Tabela 11 – Regressão logística para os grupos de hipertensos Com Impacto na qualidade de vida em relação à Saúde Bucal.

	OR (IC 95%)	P-valor
Sangramento (Presente* x Ausente)	2,04 (0,82 – 5,44)	0,2858
Prótese Sup. (Prótese Insatisfatória* x Não necessita prótese)	11,08 (2,02 – 60,82)	0,0057
Prótese Sup. (Prótese Insatisfatória* x Necessita prótese)	7,03 (1,78 – 27,75)	0,0054
Prótese Sup. (Prótese Insatisfatória* x Prótese satisfatória)	7,14 (1,60 – 31,95)	0,0101
Etilismo (Bebeu* x Não bebeu nos últimos 30 dias)	5,30 (1,35 – 20,80)	0,0169
Última Consulta (Há mais de 2 anos* x Entre um a dois anos)	2,93 (1,01 – 8,50)	0,0475
Última Consulta (Há mais de 2 anos* x Há menos de um ano)	3,10 (0,99 – 9,76)	0,0525

*Categoria de referência

Na regressão logística, foi revelada maior chance de impacto negativo para os indivíduos que utilizavam Prótese Superior Insatisfatória, quando comparada a Prótese Superior Satisfatória (OR 7,14), Necessidade de Prótese Superior (OR 7,03) e Não necessidade de Prótese Superior (OR 11,08).

Também foi encontrada maior chance de impacto negativo para o indivíduo que bebeu nos últimos 30 dias (OR 5,3); e maior chance de impacto negativo para o indivíduo que teve sua última consulta há mais de dois anos, quando comparado a aquele que teve sua consulta entre um a dois anos (OR 2,93).

6. DISCUSSÃO

Este estudo teve como principal objetivo avaliar as condições de saúde bucal dos hipertensos, sob a ótica biopsicossocial. O desfecho principal foi o impacto na qualidade de vida em relação a saúde bucal, medido através do instrumento OHIP-14. Além disso, outras características foram coletadas permitindo-se traçar o perfil desta população quanto aos aspectos sociodemográficos, clínicos, comportamentais, morbidade bucal referida e uso de serviços. Associações entre estas variáveis e o desfecho foram testadas. Estudos semelhantes ainda não foram realizados.

A saúde bucal de portadores de doenças crônicas não transmissíveis é um tema pertinente e vem sendo largamente estudado não só no âmbito nacional como internacionalmente (DRUMOND-SANTANA *et al*, 2007; LOPES *et al*, 2010; SALCEDO-ROCHA *et al*, 2011; GARCIA *et al*, 2012). A hipertensão e/ou a medicação antihipertensiva podem levar a redução do fluxo e do pH salivar (KAGAWA *et al*, 2013). Estas alterações reduzem a capacidade protetora da saliva para doença cárie (BRETAS *et al*, 2008).

Estudos tem demonstrado que agravos bucais podem impactar negativamente na qualidade de vida das pessoas (SLADE *et al*, 2005; DRUMOND-SANTANDA *et al*, 2007; WALTER *et al*, 2007; CHAPELIN *et al*, 2008; MARCIAS *et al*, 2008; COHEN-CARNEIRO *et al*, 2010; HAIKAL *et al*, 2011; PANDOLFI *et al*, 2012; MIOTTO *et al*, 2012). Em contraponto, Sung *et al* (2014) encontraram que a qualidade de vida em relação a hipertensão arterial pode ser um determinante na variação da PA e a melhoria nessa medida de qualidade de vida pode levar a mudanças favoráveis na variação da pressão arterial.

A prevalência de impacto negativo na QVRSB, medida pelo OHIP-14, para a amostra do presente estudo foi de 70%, valor que se aproximou a prevalência de 68,1% encontrada para idosos asilados (MARCINAS, 2008), aos 75% para diabéticos dentados (DRUMOND-SANTANA *et al*, 2007) e superior aos 12,6% para adolescentes (BIAZEVIC *et al*, 2008) e 35% para população de adultos e idosos de um município da região sudeste (MIOTTO *et al*, 2012). Destaca-se que os estudos existentes na literatura sobre QVRSB não incluíram portadores de HAS, o que torna mais complexa a análise e comparação dos dados.

Vale ressaltar que os sintomas iniciais das doenças bucais não são graves e como resultado, muitos indivíduos tendem a considerar suas condições como normais ou sem importância. Assim, os resultados apresentados pelos exames clínicos e pela autoavaliação de saúde bucal tendem a apresentar semelhanças apenas em episódios de dor e comprometimento estético/funcional. Outros problemas de saúde bucal podem ser subestimados, se considerarmos apenas os resultados dos instrumentos de avaliação do impacto da QVRSB.

Em relação as características sociodemográficas, este estudo teve uma proporção maior de mulheres na amostra, o que tem sido encontrado em outros estudos realizados com indivíduos que buscam os serviços de saúde, como os de Miranzi *et al* (2008), Salcedo-Rocha *et al* (2011) e Miotto *et al* (2012).

Estudos sobre diferenças de gênero na saúde em sociedades industrializadas apontam que as mulheres utilizam mais serviços de saúde e relatam mais morbidade e problemas psicológicos (PINHEIRO *et al*, 2002). O que pode, em parte, ter contribuído para que as dimensões com maior impacto negativo na QVRSB terem sido (I) Desconforto Psicológico, que aborda a ocorrência de situações em que o indivíduo ficou preocupado ou estressado devido a problemas com seus

dentes, sua boca ou prótese, nos últimos seis meses e (II) Dor, que aborda a sensação de dor e o incomodo ao comer.

Apesar de estudos apontarem para maior impacto negativo entre os grupos socialmente e economicamente desfavorecidos, e entre as pessoas que têm visitas pouco frequentes ao dentista (SLADE, 1997; CHAPELIN *et al*, 2008; PANDOLFI *et al* 2011), as variáveis rendimento familiar, escolaridade e última consulta odontológica não tiveram associação com a presença de impacto para a amostra pesquisada. No entanto, na regressão logística mostrou maior chance de impacto para os indivíduos com mais de 2 anos sem visitar o cirurgião-dentista OR 2,93 (1,01 – 8,50).

A prevalência de prática de exercício físico foi similar nos grupos com e sem impacto. Esperava-se encontrar diferença, apoiado na teoria cultural/comportamental para inequidades em saúde. Essa teoria tem enfoque nas escolhas comportamentais e de estilo de vida, que são influenciados por normas culturais e não são escolhidos livremente (SISSON, 2007). Assim, a hipótese de que os indivíduos que tem mais acesso às praticas esportivas e são ativos teriam menos problemas com a saúde bucal foi rejeitada.

A prevalência de tabagismo na amostra (7%) foi considerada baixa e menor do que o encontrado (19,4%) no estudo de Miranzi *et al* (2008), o que pode ser reflexo da abordagem não medicamentosa, realizada pelo programa HIPERDIA, que se baseia na intervenção nos fatores de risco com modificações dos hábitos de vida que favorecem a redução dos valores de PA e diminuição significativa de risco cardiovascular associado (SBC, 2010).

Considerado neste estudo como o hábito de tomar bebida alcoólica nos últimos trinta dias, o etilismo esteve associado com o impacto na QVRSB. O etilismo

tem sido apontado como fator de risco para as DCNT, como hipertensão e diabetes (SBC, 2010), bem como para o câncer de boca.

O presente estudo abordou índices periodontais clínicos, tais como sangramento à sondagem, presença de bolsa periodontal e perda de inserção. Tsakos *et al* (2010) pondera que enquanto o sangramento gengival é um marcador de inflamação ativa, outras medidas clínicas de doença periodontal, como perda de inserção e profundidade de bolsa são indicativas do tempo de experiência de doença periodontal. Estes sinais podem ser assintomáticos, o que não levaria ao impacto na QVRSB. No entanto, outros sintomas da doença periodontal incluem as consequências da inflamação crônica e destruição de tecidos que suportam os dentes, tais como sangramento à escovação, dentes com mobilidade e mau hálito persistente.

Ng e Leung (2006) demonstraram em seu estudo pioneiro sobre o impacto das condições periodontais na qualidade de vida que as doenças periodontais afetam diretamente na qualidade de vida. O estudo incluiu parâmetros autoreferidos de sinais e sintomas de doenças periodontais e foi capaz de demonstrar que o impacto na qualidade de vida aumenta com o avançar da doença periodontal.

Nesse estudo, a presença de sangramento gengival foi o único marcador de doença periodontal associada à QVRSB. Um dado importante, visto que Tsakos *et al* (2010) encontraram associação entre sangramento gengival e HAS. O autor sugere que esta associação pode acontecer pelo efeito direto na disfunção endotelial ou por estímulo indireto através da resposta inflamatória. Entretanto, a metodologia empregada não foi capaz de indicar ou explicar uma possível relação causal entre doença periodontal e HAS.

Pesquisas clínicas vêm obtendo êxito em revelar melhoria na QVRSB após tratamento das doenças periodontais. Shanbhag *et al* (2012) realizaram uma revisão sistemática sobre o impacto do tratamento periodontal na QVRSB e dos 11 artigos selecionados, 9 reportavam melhoria significativa na QVRSB após o tratamento. Mais recente, Brauchie *et al* (2013) e Jansson *et al* (2014) também encontraram associação entre as doenças periodontais e o impacto negativo na QVRSB, bem como a melhoria após tratamento.

A variável dor de dente nos últimos 6 meses teve prevalência de 18,5% para a amostra pesquisada. O último levantamento epidemiológico nacional encontrou prevalência de 23,4% para a população em geral de 35 a 44 anos e 9,9% para a faixa de 65 a 74 anos; dados da região Norte (BRASIL, 2012). A presença de dor nos últimos 6 meses foi mais prevalente no grupo de indivíduos com impacto, chegando a 26,4%, enquanto no grupo sem impacto a ausência de dor foi uma constante.

O índice CPO-D encontrado foi igual a 26, para uma idade mediana da amostra igual a 58 anos. O levantamento epidemiológico mais recente traz os índices de 20,57 e 28,73 para as seguintes faixas, respectivamente: 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, na cidade de Manaus/AM (BRASIL, 2012). O principal componente a contribuir para o índice foi o de dentes perdidos. Quando comparadas as medianas do índice CPO-D e seus componentes, nos grupo com e sem impacto, não foram encontradas diferenças significantes, assim como em estudo prévio (BORTOLI *et al* 2003).

Os estudos encontrados na literatura (CHAPELIN *et al*, 2008; VASCONCELOS *et al*, 2012; PALMA *et al*, 2013), assim como os levantamentos epidemiológicos nacionais realizados (BRASIL, 2012), descrevem a prevalência dos

componentes das variáveis Uso e Necessidades de prótese de forma dicotômica (presente e ausente). Analisando dessa forma Chapelin *et al* (2008), Vasconcelos *et al* (2012) e Palma *et al* (2013) encontraram que a necessidade de prótese impacta negativamente na QVRSB, sem fazer distinção entre aquele que precisa usar e aquele que precisa substituir uma prótese insatisfatória.

No presente estudo optou-se por realizar a unificação das duas variáveis, transformando em status da necessidade/uso de prótese, dando maior poder de interpretação aos dados. Desta maneira, esteve associado ao impacto negativo na QVRSB o status da necessidade/uso de prótese superior. Não foi possível encontrar a mesma associação para a arcada inferior. Possivelmente por ter predominado os casos de necessidade de prótese inferior (75%) na amostra, dificultando a comparação das proporções.

A pior situação encontrada foi de prótese superior insatisfatória. A regressão logística demonstrou haver maior chance de impacto para esta situação quando comparada a Prótese Superior Satisfatória (OR 7,14), Necessidade de Prótese Superior (OR 7,03) e Não necessidade de Prótese Superior (OR 11,08). Segundo Silva *et al* (2010) os pacientes buscam superar os problemas decorrentes do uso de próteses insatisfatórias visto que a perda dos dentes levam a prejuízos funcionais, geram constrangimento e sentimento de incompletude. Deve-se considerar também a condição financeira desfavorável que limita o acesso ao tratamento odontológico reabilitador protético, visto que a oferta de próteses dentárias na rede pública de saúde é recente e insipiente.

Em relação a medicação antihipertensiva, a análise exploratória mostrou tendência de redução do impacto na QVRSB após 15 anos do seu uso. Entretanto, não foi possível demonstrar esta associação estatisticamente. Acredita-se que essa

tendência esteja associada a fatores de confusão que não foram controlados, como a redução dos eventos de dor dentária em detrimento da redução do número de dentes presentes com o avançar da idade.

Este comportamento de queda do impacto na QVRSB com o decorrer do uso da medicação antihipertensiva foi inesperado, visto que Kagawa *et al* (2013) relata a redução do pH salivar independente do uso da medicação antihipertensiva e ainda, o número de medicações pode reduzir o fluxo salivar, reduzindo assim a capacidade protetora da saliva para agravos bucais. Além disso, Saleem *et al* (2012) não encontraram associação entre aderência ao tratamento medicamentoso para HAS e melhores condições de qualidade de vida em relação a saúde, de forma geral.

Por fim, é prudente lembrar que esse é um estudo transversal sendo necessário cautela na interpretação dos dados. No entanto, como o objetivo de inquéritos transversais é fornecer estimativas de prevalência para a população de estudo e permitir a geração de novas hipóteses, o desenho e as análises foram adequadas nesse levantamento pioneiro sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida de pacientes hipertensos.

7. CONCLUSÕES

Os dados do presente estudo indicaram que a condição de saúde bucal (sangramento gengival, dor nos últimos 6 meses, necessidade/uso de prótese superior) e fatores de comportamento (etilismo e maior tempo sem visita ao dentista) estiveram associados à QVRSB de pacientes hipertensos.

Apesar de serem necessários novos estudos para um melhor entendimento destes achados, o conhecimento acumulado é suficiente para recomendar a adoção de medidas de atenção à saúde bucal para esta população, a fim de reduzir a prevalência de impacto na QVRSB e se obter melhores resultados em saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; LOUREIRO, C.A.; ARAÚJO, V. E. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP-14 na forma simplificada. Parte I: Adaptação cultural e linguística. **UFES Rev Odontol**; v.6, p.6-15, 2004.

BIAZEVIC, M. G. H. *et al.* Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents. **Braz oral res**, v.22, n.1, p.36-42, 2008.

BOING, A.C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev Bras Hipertens**, v.14, n.2, p.84-88, 2007.

BORTOLI, D. *et al.* Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. **Publ. UEPG Ci Biol Saúde**, Ponta Grossa, v.9, n.3, p.55-65, Set. 2003.

BRANDAO, A. A. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J Bras Nefrol**, São Paulo, v.32, v.1, Set. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 58p. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAUCHIE, F.; NOACK, M.; REICH, E. Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life. **Int Dent J**, v.63, p.306-311, 2013.

BRETAS, L.P. *et al.* Flow Rate and Buffering Capacity of the Saliva as Indicators of the Susceptibility to Caries Disease. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.8, n.3, p.289-293, Set. 2008

CASAS-ANGUITA, J.; REPULLO-LABRADOR, J.R.; PEREIRA-CANDEL, J. P. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. **Med Clin (Barc)**. v.116, p.789-796, 2001.

CASTRO, R. A. L.; PORTELA, M. C.; LEÃO, A. T. Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p.2275-2284, Out. 2007.

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

CHAVES, M. **Odontologia social**. São Paulo: Artes Médicas; 1986.

COHEN-CARNEIRO, F. *et al.* Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.6, p.1122-1130, Jun. 2010.

_____. Condição de Saúde Bucal em Populações Ribeirinhas no Estado do Amazonas: estudo de caso. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro : s.n., 113f., 2009.

DESVARIEUX, M. *et al.* Periodontal Bacteria And Hypertension: The Oral Infections and Vascular Disease Epidemiology Study (INVEST). **J Hypertens**, v.28, n.7, p.1413–1421, 2010.

DRUMOND-SANTANA, T. *et al.* Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, Mar. 2007.

GARCIA, P. O.; SANTOS, S. P.; MENDONÇA, S. M. S. Manifestações Bucais em Pacientes Portadores de Artrite Reumatóide. Pós em **Rev Cent Uni New Pai**. v.5, n.1, p.276-282, 2012.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol**, v.46, p.1417-1432, 1993.

HAIKAL, D. S. A. *et al.* Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. **Ciênc Saúde Colet**, v.16, n.7, p.3317-3329, 2011.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**, São Paulo, v.19, n.3, p.614-626, 2010.

HOLMLUND, A.; HOLM, G.; LIND, L. Severity of Periodontal Disease and Number of Remaining Teeth Are Related to the Prevalence of Myocardial

Infarction and Hypertension in a Study Based on 4,254 Subjects. **J Periodontol**, v.77, n.7, 2006.

HUJOEL, P. P. *et al.* Periodontal disease and coronary heart disease risk. **JAMA**, v.284, n.11, 2000.

KHADER, Y. S. *et al.* Periodontal status of diabetics compared with nondiabetics: a meta-analysis. **J Diabetes Complications**; v.20, n.1, p.59-68, 2006.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2013.

IWASHIMA, Y. *et al.* Additive Interaction of Oral Health Disorders on Risk of Hypertension in a Japanese Urban Population: The Suita Study. **American J Hypertension**, v.27, n.5, 2014.

JANSSON, H. *et al.* Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health-Related Quality of Life. **J Periodontol**, v.85, p.438-445, 2014.

KAGAWA, R. *et al.* Influence of hypertension on pH of saliva in older adults. **Oral Diseases**, v.19, p.525-529, 2013.

LEONG, X. F. *et al.* Association between Hypertension and Periodontitis: Possible Mechanisms. **The Scientific World Journal**, v.1, n.1, 2014.

LOCKHART, P. B. *et al.* Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? A scientific statement from the american heart association," **Circulation**, v.125, n.20, p. 2520-2544, 2012.

LOPES, A. C. B. A.; CABRERA, M. A. S. Saúde bucal em usuários de medicamentos cardiovasculares e antidiabéticos na atenção primária à saúde. **Rev Esp Saúde**, Londrina, v.11, n.2, p.39-47, Jun, 2010.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet**, v.16, n.1, p.1383-1388, 2011.

MARCIAS, A. V. G. Avaliação das condições de saúde bucal em idosos asilados no município de Campos, RJ. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n., 81 f., 2008.

MARTINS, J. J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.2, p.254-62. Abr-Jun. 2007.

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

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.

MIRANZI, S. S. C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p.672-9. Out-Dez. 2008.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil. In: Monteiro CA, ed. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 247-255, 2000.

NESSE, W. *et al.* Increased Prevalence of Cardiovascular and Autoimmune Diseases in Periodontitis Patients: A Cross-Sectional Study. **J Periodontol**, v.81, n.11, 2010.

NG, S. K. S.; LEUNG, W. K. Oral health-related quality of life and periodontal status. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.34, p.114–22, 2006.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile – short form. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.33, p.307-14, 2005.

OMS. Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys. Geneva: ORH/EPID, 1993.

_____. Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life assessment. The WHOQOL Group. **Psychol Med**, v.28, p.551-8, 1998a.

_____. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med**, v.46, p.1569-85, 1998b.

_____. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: ORH/EPID, 1997.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet** 2011.

PALMA, P. V.; CAETANO, P. L.; LEITE, I. C. G. Impact of Periodontal Diseases on Health-Related Quality of Life of Users of the Brazilian Unified Health System. **Int J Dent**, v.1, p.1-6, 2013.

PANDOLFI, M. *et al.* Saúde Bucal e Qualidade de Vida de Usuários dos Serviços Odontológicos de Vitória (ES). **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.11, n.3, p.311-16, Jul-Set. 2011.

PETERSEN, P. E.; OGAWA, H. Strengthening the prevention of periodontal disease: the WHO approach. **J Periodontol**; v.76, p.2187-93, 2005.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Colet**, v.7, n.4, p.687-707, 2002

RODRIGUES, S. M.; VARGAS, A. M. D.; MOREIRA, A.N. Saúde bucal e qualidade de vida no idoso. **Rev Científica FACS**, v.1, n.12, 2004.

SALCEDO-ROCHA, A. L. *et al.* Oral Health: Validation of a questionnaire of self-perception and self-care habits in Diabetes Mellitus 2, hypertensive and obese patients. The UISESS-B scale. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v.1, n.16, p.834-839, 2011.

SALEEM, F. *et al.* Does treatment adherence correlates with health related quality of life? findings from a cross sectional study. **BMC Public Health**, v.12, p.318, 2012.

SERAFINI, G. *et al.* The impact of anxiety, depression, and suicidality on quality of life and functional status os pacientes with congestive heart failure and hypertension: an observational cross-sectional study. **Prim Care Companion J Clin Psychiatry**, v.12, 2010.

SHANBHAG, S.; DAHIYA, M.; CROUCHER, R. The impact of periodontal therapy on oral health-related quality of life in adults: a systematic review. **J Clin Periodontol**, v.39, p.725-735, 2012.

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

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

_____. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.25, p.284-290, 1997.

_____. *et al.* Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. **British Dental J**, v.198, p.489-493, 2005.

SILVA, M. E. S.; MAGALHAES, C. S.; FERREIRA, E. F. Perda dentária e expectativa da reposição protética: estudo qualitativo. **Ciênc. saúde coletiva**, v.15, p.813-820, 2010.

SISSON, K. L. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, p.81-88, 2007.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.1, p.1-51, 2010.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em município de Pequeno Porte na região Sul do Brasil. **Arq Bras Cardiol**, v.87, p.496-503, 2006.

SOUZA, M. L. P.; GARNELO, L. “É muito dificultoso!”: etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.91-99, 2008.

SUNG, J. Relationship between blood pressure variability and the quality of life. **Yonsei Med J**, v.55, p.374-379, 2014.

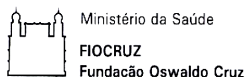
SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v.11, n.1, 2008.

TSAKOS, G. *et al.* Is periodontal inflammation associated with raised blood pressure? Evidence from a National US survey. **J Hypertens**, v.28, p.2386–2393, 2010.

VASCONCELOS, L. C. A. D. *et al.* Self-perceived oral health among elderly individuals in a medium-sized city in Northeast Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 28, p.1101–1110, 2012.

WALTER, M. H. *et al.* Oral Health Related Quality of Life and its Association with Sociodemographic and Clinical Findings in 3 Northern Outreach Clinic. **J Can Dent Assoc**, v.73, n.2, 153-158, 2007.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE - FIOCRUZ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa Avaliação do Impacto das Condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida de Hipertensos e/ou Diabéticos sob a responsabilidade do pesquisador Pedro Henrique Duarte França de Castro, a qual pretende Avaliar a associação entre as condições de saúde bucal e qualidade de vida dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos do programa HIPERDIA, na cidade de Manaus /AM.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de participação como sujeito da pesquisa sendo submetido a exame clínico da boca (serão examinados seus dentes e gengivas) e será realizado um questionário na forma de entrevista.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, visto que o exame clínico da boca é simples, rápido e fácil de fazer, realizado com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para o entendimento do impacto dos agravos bucais na qualidade de vida e no conhecimento sobre as condições bucais dos hipertensos e diabéticos, o que auxilia no planejamento de políticas públicas de saúde. Se for detectado alguma necessidade de tratamento odontológico, você será informado e encaminhado para o atendimento de saúde bucal da sua unidade ou da unidade de referência.

Se depois de consentir em sua participação o Sr(a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(a) Sr(a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Teresina, 476, Adrianópolis, Manaus – AM, pelo telefone (92) 3621-2323, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

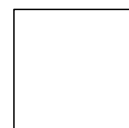
Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ___/___/___

Assinatura do Pesquisador Responsável



Impressão datiloscópica

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- 01 - Nº Identificação: _____.
- 02- Zona administrativa: _____.
- 03 - Terapia medicamentosa? (1) Sim (2) Não
- 04 - Há quantos anos? _____.
- 05 - Idade: _____.
- 06 - Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
- 07 - Cor: (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Amarela (5) Indígena (9) ND

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

08	Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	Quantos bens tem em sua residência? Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos? 1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

12	Até que série o sr(a) estudou? Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? 0-Não; 1-Sim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Aponte na linha ao lado o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 10 (dez) uma dor muito forte	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez? 1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Tris anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	Onde foi a sua última consulta? 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	Qual o motivo da sua última consulta? 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20	O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta? 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Apêndice B – Ficha 1/6 de coleta de dados - Caracterização socioeconômica, morbidade bucal autoreferida e uso de serviços (BRASIL, 2009 – adaptado).

ATIVIDADE FÍSICA

21. NOS ÚLTIMOS 7 DIAS, em quantos dias você praticou alguma atividade física como esportes, dança, ginástica, musculação, lutas ou outra atividade?

(1) Nenhum dia nos últimos sete dias (PULAR A PRÓXIMA PERGUNTA)

(2) 1 dia nos últimos sete dias

(3) 2 dias nos últimos sete dias

(4) 3 dias nos últimos sete dias

(5) 4 dias nos últimos sete dias

(6) 5 dias nos últimos sete dias

(7) 6 dias nos últimos sete dias

(8) 7 dias nos últimos sete dias

22. Normalmente, quanto tempo por dia duram essas atividades que você faz?

(1) Menos de 10 minutos por dia

(2) 10 a 19 minutos por dia

(3) 20 a 29 minutos por dia

(4) 30 a 39 minutos por dia

(5) 40 a 49 minutos por dia

(6) 50 a 59 minutos por dia

(7) 1 hora ou mais minutos por dia

23. Se você tivesse oportunidade de fazer atividade física na maioria dos dias da semana, qual seria a sua atitude?

(1) Não faria mesmo assim

(2) Faria atividade física em alguns dias da semana

(3) Faria atividade física na maioria dos dias da semana

(4) Já faço atividade física em alguns dias da semana

(5) Já faço atividade física na maioria dos dias da semana

USO DE CIGARRO

24. Alguma vez na vida, você já fumou cigarro, mesmo uma ou duas tragadas?

(1) Sim

(2) Não (PULAR PARA PERGUNTA 08)

25. Que idade você tinha quando experimentou fumar cigarro pela primeira vez?

(0) Nunca

(1) menos de 15

(2) 15 a 16 anos

(3) 17 a 19 anos

(4) 20 ou mais

26. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você fumou cigarros?

(1) Nenhum dia nos últimos 30 dias

(2) 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias

(3) 3 a 5 dias nos últimos 30 dias

(4) 6 a 9 dias nos últimos 30 dias

(5) 10 a 19 dias nos últimos 30 dias

(6) 20 a 29 dias nos últimos 30 dias

(7) Todos os dias nos últimos 30 dias

27. NOS ÚLTIMOS 12 MESES, você tentou parar de fumar?

(1) Não fumei nos últimos 12 meses

(2) Sim

(3) Não

ÁLCOOL

28. Alguma vez na vida você tomou uma dose de bebida alcoólica?

(1) Sim

(2) Não

29. Que idade você tinha quando tomou a primeira dose de bebida alcoólica?

(0) Nunca

(1) menos de 15

(2) 15 a 16 anos

(3) 17 a 19 anos

(4) 20 ou mais

30. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, em quantos dias você tomou pelo menos um copo ou uma dose de bebida alcoólica?

(1) Nenhum dia nos últimos 30 dias (0 dias)

(2) 1 ou 2 dias nos últimos 30 dias

(3) 3 a 5 dias nos últimos 30 dias

(4) 6 a 9 dias nos últimos 30 dias

(5) 10 a 19 dias nos últimos 30 dias

(6) 20 a 29 dias nos últimos 30 dias

(7) Todos os dias nos últimos 30 dias

31. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, nos dias em que você tomou alguma bebida alcoólica, quantos copos ou doses você tomou por dia?

(1) Não tomei nenhuma bebida alcoólica nos últimos 30 dias

(2) Menos de um copo ou dose nos últimos 30 dias

(3) 1 copo ou 1 dose nos últimos 30 dias

(4) 2 copos ou 2 doses nos últimos 30 dias

OHIP-14

Nº Identificação: _____.

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

- 1 – Você teve problemas para falar alguma palavra? ()
- 2 – Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado? ()
- 3 – Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes? ()
- 4 – Você se sentiu incomodado(a) ao comer algum alimento? ()
- 5 – Você ficou preocupado(a)? ()
- 6 – Você se sentiu estressado(a)? ()
- 7 – Sua alimentação ficou prejudicada? ()
- 8 – Você teve que parar suas refeições? ()
- 9 – Você encontrou dificuldade para relaxar? ()
- 10 – Você se sentiu envergonhado(a)? ()
- 11 – Você ficou irritado(a) com outras pessoas? ()
- 12 – Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias? ()
- 13 – Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior? ()
- 14 – Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias? ()

0 - Nunca (nunca, nos últimos seis meses)

1 - Raramente (uma ou duas vezes, nos últimos seis meses)

2 - As vezes (todos os meses ou todas as semanas, nos últimos seis meses)

3 - Repetidamente (quase todos os dias ou duas ou mais vezes por semana, nos últimos seis meses)

4 - Sempre (o tempo todo, nos últimos seis meses)

Apêndice E – Ficha 4/6 de coleta de dados - Caracterização do impacto na qualidade de vida em relação a saúde - OHIP-14 (Desenvolvido por Slade *et al.* (1994) e traduzido por Oliveira e Nadanovsky (2005)).

FICHA DE EXAME

Nº Identificação: _____.

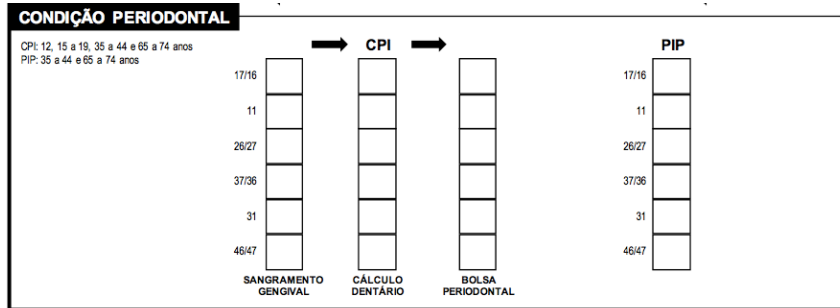
CÁRIE DENTÁRIA															
Todos os grupos etários. Condição de Raiz, somente de 35 e 44 e 65 a 74 anos															
18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	26	27	28
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Coroa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 0 – Hígido
 1 – Cariado
 2 – Restaurado
 3 – Perdido por Cárie
 4 – Perdido por outras razões
 5 – Selante
 6 – Apoio de prótese ou coroa
 7 – Não erupcionado
 8 - Trauma
 9 – Excluído

EDENTULISMO	
15-19, 35-44 e 65-74 anos	
USO DE PRÓTESE	
Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NECESSIDADE DE PRÓTESE	
Sup	Inf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Código	Critério
Uso de Prótese	
0	Não usa prótese dental
1	Usa uma ponte fixa
2	Usa mais do que uma ponte fixa
3	Usa prótese parcial removível
4	Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis
5	Usa prótese dental total
9	Sem informação
Necessidade de Prótese	
0	Não necessita de prótese dental
1	Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento
2	Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento
3	Necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais de um elemento
4	Necessita prótese dental total
9	Sem informação

Apêndice F – Ficha 5/6 de coleta de dados - Caracterização da condição da coroa dentária e Uso/Necessidade de Prótese – CPO-D e UNP (BRASIL, 2009 - adaptado).



SG: (0) Ausência (1) Presença (9) Sextante excluído

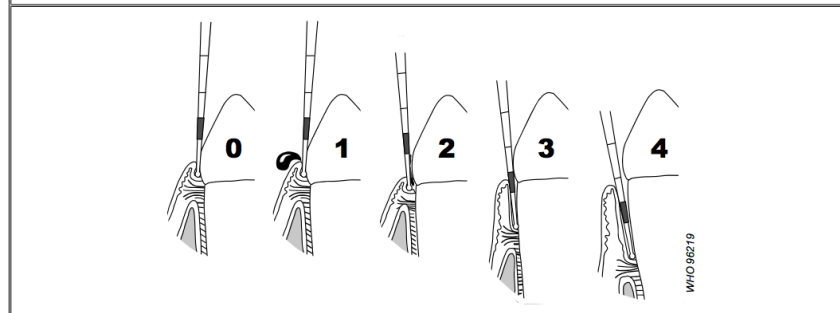
Cálculo: (0) Ausência (1) Presença (9) Sextante excluído

BP : (0) Sextante Hígido (1) Bolsa Rasa – 4/5mm (2) Bolsa Profunda – 6mm ou + (9) Sextante excluído

PIP:




Código	Condição	Critério
0	Perda de inserção entre 0 e 3 mm	JCE não visível e CPI entre 0 e 3.
1	Perda de inserção entre 4 mm e 5 mm	JCE visível na área preta da sonda CPI.
2	Perda de inserção entre 6 mm e 8 mm	JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm.
3	Perda de inserção entre 9 mm e 11 mm	JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm.
4	Perda de inserção de 12 mm ou mais	JCE visível além da marca de 11,5 mm
X	Sextante Excluído	Quando menos de dois dentes funcionais estão presentes

Exemplos



Apêndice G – Ficha 6/6 de coleta de dados - Caracterização da condição periodontal – CPI e PIP (BRASIL, 2009).

ANEXOS

 <p>PREFEITURA DE MANAUS SEMPRE AO SEU LADO</p>	Saúde	 <p>Comissão de Ética em Pesquisa - COEP</p>
Manaus, 21 de fevereiro de 2014		
TERMO DE ANUÊNCIA		
<p>Declaramos para os devidos fins de direito que a pesquisa intitulada “Avaliação do impacto das condições de Saúde Bucal na Qualidade de Vida da Hipertensos e Diabéticos” de responsabilidade do pesquisador Pedro Henrique Duarte França de Castro sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Bessa Rebelo foi autorizada pela Comissão de Ética em Pesquisa dessa Secretaria - COEP/SEMSA.</p>		
<p>Esse procedimento busca orientar-se com o item III. 1, da Res. CNS n.º 466/12, em que:</p>		
<p>“a revisão ética de toda e qualquer pesquisa envolvendo seres humanos não poderá ser dissociada de sua análise científica. Não se justifica submeter seres humanos a riscos inutilmente e toda a pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos”.</p>		
<p>Contudo, considerando que a Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA ainda está em fase de estruturação para dar início à validação junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP informamos que essa anuência deve ser encaminhada junto com o Projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente cadastrado no COEP.</p>		
 <p>Nora Ney Rodrigues Coordenadora da Comissão de Ética em Pesquisa COEP/SEMSA</p>		
<p>Av. Mário Ypiranga Monteiro, Nº 1695 CEP - 69057-002 Telefone/Fax: 3236-8987 e-mail: coep@pmm.am.gov.br</p>		

Anexo A – Termo de Anuência da Comissão de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – COEP/SEMSA.



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS

Pesquisador: Pedro Henrique Duarte França de Castro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30667614.5.0000.5020

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazonia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 640.479

Data da Relatoria: 07/05/2014

Situação do Parecer: Aprovado

MANAUS, 08 de Maio de 2014

Assinador por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950 **Bairro:** Adrianópolis **CEP:** 69.057-070 **UF:** AM
Município: MANAUS **Telefone:** (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130

Anexo B – Parecer do CEP/UFAM com aprovação do Projeto de Pesquisa.