

PERCEPÇÃO SOBRE SAÚDE BUCAL DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

Amanda Laísa de Oliveira Lima,
Vívian Wanderley Teixeira de Albuquerque,
Jéssyca Ítala Barros Wanderley da Silva,
Fernanda Braga Peixoto,
Sônia Maria Soares Ferreira
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde

RESUMO: Para analisar a percepção de saúde bucal de mulheres convivendo com HIV/aids e se esta percepção tem impacto na qualidade de vida, 108 mulheres responderam a um questionário posteriormente analisado pelo SPSS17[®]. As mulheres tinham mediana de 36 anos, viviam na capital, baixa escolaridade, baixa renda e sem ocupação definida; a maioria percebeu sua saúde bucal regular e os impactos das doenças bucais na qualidade de vida foram moderadamente percebidos, sendo o desconforto psicológico, mais impactante que a dor. As pacientes com problemas de saúde bucal tiveram maior impacto, reforçando a necessidade de um planejamento mais amplo de ações de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, saúde bucal, HIV/AIDS, Odontologia, Mulheres

ABSTRACT: To analyze the perception of oral health of women living with HIV / AIDS and this perception has an impact on quality of life, 108 women answered a questionnaire subsequently analyzed by SPSS17[®]. Women had a median of 36 years, lived in the capital, low education, low income and without job defined, their perception about oral health was regular and the impacts of oral diseases on quality of life were moderately perceived. Psychological distress was more striking than pain. Patients with oral health problems had the greatest impact, reinforcing the need for a broader planning of health actions.

KEY-WORDS: Quality of life, oral health, HIV/AIDS, Women, Dentistry

INTRODUÇÃO

Desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu saúde como um “*completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade*”³⁴ entende-se que um indivíduo para ser considerado saudável precisa viver com qualidade. Qualidade de vida foi definida 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*” (Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life assessment). Portanto, com base nesses conceitos, a mensuração da saúde não pode mais restringir-se à ausência de doenças ou agravos e sim se deve considerar as diversas dimensões envolvidas, bem como as repercussões dos problemas de saúde da vida diária dos indivíduos.

A saúde bucal (SB) é um componente indissociável da saúde geral, daí a necessidade de determinar a repercussão integral de alterações presentes na cavidade bucal, o que levou ao desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Com o objetivo de avaliar criticamente o processo de adaptação transcultural dos principais instrumentos de qualidade de vida relacionados à saúde bucal, Castro *et al.*, 2007 analisaram vários destes estudos destacando o OHIP-49 (Perfil do Impacto da Saúde Bucal), sua versão mais curta OHIP-14, o GOHAI (Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica) e o OIDP (Índice de Impactos Odontológicos no Desempenho Diário) como os mais usados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Para Buczynski *et al.*, 2008: [...] Houve uma mudança do paradigma médico para um conceito mais amplo de comportamento social que se compromete a desenvolver maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos. Como resultado, tem-se passado de uma preocupação com a doença, para uma preocupação com a saúde; não preocupação em curar e sim em prevenir e promover saúde; não ênfase aos serviços de saúde e sim ao ambiente social e físico como maiores determinantes de saúde. Logo, o paciente é visto não como um corpo e sim como uma pessoa, dando-se uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo e às suas interpretações de saúde e doença. Desta forma uma dentição confortável e funcional permite o indivíduo a continuar a desempenhar o seu papel social.

A aids é hoje uma pandemia. A doença deixou de afetar um grupo específico (homossexuais, hemofílicos e drogados), passando a ocorrer de forma crescente em mulheres e crianças. Segundo dados do Ministério da saúde, o Brasil possui 592.914 casos de aids acumulados de 1980 a Junho de 2010. Destes, 207.080 casos no sexo feminino. Estes casos estão concentrados na região sudeste, que possui 58% dos casos. No Nordeste, concentram-se 12,5% dos casos. Apesar do número de casos de aids ser maior entre homens do que entre mulheres, essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. O aumento proporcional do número de casos entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos (número de casos em homens dividido pelo número de casos em mulheres). Em 1989, a razão de sexo era de cerca de seis casos de aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2009, chegou a 1,6 casos em homens para cada 1 caso em mulheres.

A aids tornou-se uma condição crônica graças à melhora do tratamento e evolução dos medicamentos. Devido a isto, grande atenção tem-se dado as implicações para o longo período de cuidados que podem levar as complicações advindas do tratamento bem como sua interação com os provedores de assistência médica.

Para Buczynski *et al.*, 2008 [...] “É importante considerar que nenhuma doença nos tempos atuais fez crescer tanto o número de papéis clínicos, emocionais ou éticos, como fez a infecção pelo HIV. O controle da pandemia de HIV/aids extrapola os limites da intervenção médica ou da saúde pública em sua concepção mais estreita. O complexo nosológico HIV/aids assume características de problema social e multifacetado, seja pelas associações doença, sexualidade e morte, seja pelo estigma a ele atribuído ou até mesmo pelas conseqüências econômico- produtivas que acarreta ao infectado ou doente”. Assim, não se pode desprezar a força das representações simbólicas do processo saúde doença e seu impacto sobre a vida dos indivíduos que com ela convivem no seu cotidiano.

Tunala (2002) realizou um estudo com o objetivo de categorizar e descrever as fontes de estresse cotidianas relatadas pelas mulheres portadoras do HIV e levantar sugestões para melhorar seu acolhimento e atendimento em serviços especializados. Para a autora: (...) Além dos problemas, que poderiam ser classificados como aqueles decorrentes diretamente da presença do vírus e da doença, existem outros que pertencem às dificuldades vividas em quaisquer relacionamentos e na vida cotidiana de mulheres empobrecidas. A soropositividade e a aids, portanto, não eliminam outras fontes de estresse e acabam por diferenciar seus portadores das outras pessoas, com estigmas como “aidético”, utilizado pela sociedade para desmerecer as pessoas que têm HIV. Os serviços especializados e o treinamento de seus profissionais se beneficiariam de referenciais mais claros de como acolher e aconselhar essas

mulheres no manejo de suas vidas, naquilo em que sua condição de portadora modifica em seu convívio social, no trabalho, na família, no cuidado e futuro dos filhos.

O estudo de Santos et al.(2007) mostrou que portadores de aids têm melhor qualidade de vida – física e psicológica – que outros pacientes, mas pior nos domínios de relações sociais. Para os autores, nestes resultados podem estar refletidas os processos de estigma e discriminação associados às dificuldades na revelação diagnóstica em espaços sociais (trabalho, família e amigos) e para uma vida sexual tranqüila.

Segundo Tostes, 1998 (...) as implicações negativas da infecção sobre a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids parecem se intensificar na população feminina em decorrência da renda inferior à dos homens,baixo nível de escolaridade, dependência econômica dos seus parceiros, sobrecarga determinada pela incumbência das tarefas do lar, cuidado dos filhos e de outros parentes, deterioração do status econômico com a progressão da doença, assim como a atribuição da infecção na grande maioria das vezes ao parceiro (atual ou anterior), o que poderia ser um fator de grande mágoa, raiva e decepção.

Pelo exposto, ser mulher e conviver com HIV/aids proporciona diversas mudanças; em suas vidas e de quem está em volta, ou seja, seus familiares e amigos. É evidente que surgem várias dificuldades que por sua vez, nem mulher, ou família e a equipe de saúde estão preparadas para enfrentá-las (MARTINS et al., 2008). Neste contexto, é importante buscar conhecimentos que ajudem no entendimento destas dificuldades para buscar as soluções necessárias a uma oferta adequada dos serviços de saúde. Portanto, o foco no manejo clínico da infecção deve ser ampliado para um cuidado mais integral às mulheres portadoras. Para tal, é importante ter conhecimento a respeito de sua percepção sobre saúde bucal para adequadamente elaborar prioridades de atendimento e contribuir para a formulação de programas de atenção odontológica. Deste modo, o objetivo do presente trabalho foi analisar a percepção de saúde bucal de mulheres convivendo com HIV/aids e se esta percepção tem impacto na qualidade de vida.Também foi avaliado o perfil social, educacional e econômico destas mulheres e se determinantes sociais e pessoais que poderiam atuar como barreiras para o acesso ao tratamento.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo do tipo transversal descritivo foi desenvolvido no setor de odontologia do Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) do PAM Salgadinho e no hospital dia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Alagoas, com as pacientes dos programas Municipal e Estadual de AIDS, respectivamente.

A amostra foi composta por 108 mulheres convivendo com HIV/aids que obedeciam os seguintes critérios de inclusão: Ser paciente do SAE do programa Municipal de AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho; ter idade igual ou superior a 18 anos de idade; aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).Pacientes cujo estado físico e a severidade da doença impossibilitavam a realização da entrevista foram excluídos do estudo.O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do CESMAC.

As pacientes foram recrutadas de acordo com a demanda de atendimento do serviço, na sala de espera, através de abordagem direta, sutil e individual onde foram explicados os objetivos e os passos metodológicos da pesquisa.

As participantes responderam ao questionário com 52 perguntas, sendo 20 com o objetivo de traçar o perfil sócio-demográfico, 12 englobavam percepção da saúde bucal dos

indivíduos, 14 se referiam ao instrumento Oral Impact Profile (OHIP-14) e as seis últimas investigavam as possíveis barreiras de acesso ao tratamento odontológico.

Foi escolhida uma versão do OHIP-14 traduzida, validada e já adaptada culturalmente à língua portuguesa (OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005). O OHIP-14 é composto por 14 questões, que avaliam sete dimensões (limitação funcional, dor, desconforto psicológico, inaptidão física, inaptidão psicológica, inaptidão social e incapacitação). As entrevistadas foram solicitadas a indicarem, em uma escala de cinco pontos de Likert, a frequência na qual eles experimentavam contatos com cada problema dentro de um período de seis meses. As categorias de resposta para a escala de cinco pontos foram: nunca (0), poucas vezes (1), ocasionalmente (2), frequentemente (3) e muito frequentemente (4). Para evitar que os indivíduos só lembrassem a primeira e última opção de resposta, essas foram mostradas em cartões respostas.

Os dados dos questionários foram armazenados e analisados através do software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows, versão 17. Em uma primeira etapa, foi realizada a distribuição de frequência de todas as variáveis do estudo.

O teste Qui-Quadrado foi utilizado para comparação entre proporções, com grupos de variáveis categóricas. Para calcular o OHIP-14 de cada indivíduo foi utilizado o método aditivo, variando, assim de 0 a 56, sendo as pontuações mais altas correspondendo a uma qualidade de vida relacionada à saúde bucal mais pobre.

O primeiro teste estatístico utilizado com todas as variáveis foi o teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov. Este teste mostrou que os dados não tinham distribuição normal e devido a isto os testes não paramétricos foram escolhidos para efetuar as comparações. Os testes não paramétricos foram utilizados para comparações do OHIP-14 entre grupos de variáveis categóricas. Quando se tratava de dois grupos, foi utilizado o teste Mann-Whitney e, para mais de dois grupos, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis. Para o teste de correlação entre medias foi utilizado o teste de Spearman.

Para todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Medidas objetivas das doenças da boca refletem apenas os aspectos clínicos da doença sem levar em consideração os impactos psicossociais, emocionais e funcionais do processo de doença (MULLIGAN et al., 2008). Os instrumentos que medem qualidade de vida relacionada à saúde bucal tentam coletar estas informações. Embora esta avaliação tenha sido usada em diferentes aspectos na odontologia, poucos estudos têm sido realizados com pacientes soropositivos (SANTO *et al.*, 2010; YENGOPAL & NAIDOO, 2007; COATES et al., 1996). Apenas um relaciona infecção pelo HIV em mulheres e OHIP-14 (MULLIGAN et al., 2008). Este estudo que tem como objetivo avaliar a percepção sobre saúde bucal de mulheres convivendo com HIV/aids, entrevistou 108 mulheres, com uma média de idade 36,46, \pm 10,88, e mediana de 36 anos, sendo a mais nova com 18 anos e a mais velha com 67 anos. Esta idade é semelhante ao estudo de Santo *et al.*, 2010³⁰, com pacientes soropositivos portugueses, no qual relata uma faixa etária mais prevalente de 22 a 44 anos.

A maioria destas mulheres (84,3%) residiam na capital e havia estudado (91,7%), embora tenha predominado a baixa escolaridade (66,7): analfabetas (13%) ou não concluíram o ensino fundamental (47,2%); Menos de um quarto das entrevistadas passou menos de 5 anos na escola, diferente do estudo de Santo *et al.*, 2010, cujo pacientes tinham em sua maioria 9 anos de estudo, mas semelhante ao estudo de Souza et al., 2009 (Tabela 1)

Em relação ao perfil financeiro (Tabela 1), a maioria (81,5%) não trabalhava, sendo 39,8% desempregados; 16,7% em benefício; e 14,8% aposentadas. Dos 15,7% ativos, 6,5% possuíam carteira assinada. Ter residência própria foi relatado por 55% da população do estudo. No entanto, 70,4% possuíam renda familiar de 1 salário mínimo. Estes achados são semelhantes aos encontrados no estudo de Sousa et al., 2009, onde a maioria dos participantes foram mulheres, com baixo nível educacional e baixa renda.

Das entrevistadas, 95,4% estavam em tratamento médico ou odontológico. Para 66,7% nunca houve dificuldade em conseguir tratamento odontológico, sendo que 92,6% através do SUS. A maioria (90,7%) relatou não ter encontrado dificuldade de receber tratamento odontológico por ser soropositiva. Ainda com relação à acessibilidade, 30,6% moravam a aproximadamente 500 metros de um posto de saúde, entretanto, a maioria afirmou pouco utilizar os serviços oferecidos pelo mesmo. A distância da residência dos pacientes aos serviços especializados foi para a maioria (63,9%) uma distância maior que 2 km. (Tabela 2) Os estudos de Gift *et al.*, 1997 consideram que a propensão dos indivíduos ao ingresso a serviços de saúde está relacionada à percepção que estes possuem da sua condição bucal e da situação clínica presente.

A maioria (63,9%) da população do estudo chegou aos serviços indicados por outros profissionais de saúde, excluindo-se o CD.

Tabela 1: Distribuição dos indivíduos segundo as variáveis de identificação, escolaridade e perfil financeiro.

IDENTIFICAÇÃO, ESCOLARIDADE E PERFIL FINANCEIRO	N	%
LOCALIDADE		
CAPITAL	91	84,3
ESCOLARIDADE		
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	51	47,2
TEMPO DE ESCOLA		
ENTRE 5 E 9 ANOS	37	34,3
SITUAÇÃO PROFISSIONAL		
DESEMPREGADO	43	39,8
CARTEIRA ASSINADA		
NÃO	101	93,5
POSSUI RESIDÊNCIA		
PRÓPRIA	55	50,9
RENDA FAMILIAR		
UM SALÁRIO	76	70,4

*Dados das variáveis do questionário

Tabela 2. Distribuição da população do estudo segundo as variáveis referentes à acessibilidade.

ACESSIBILIDADE	N	%
TRATAMENTO MÉDICO E/OU ODONTOLÓGICO		
SIM	103	95,4
SEMPRE CONSEGUIU TRATAMENTO ODONTOLÓGICO		
SIM	72	66,7
COMO		
SUS	100	92,6
DIFICULDADE DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO POR SER SOROPOSITIVO		
NÃO	98	90,7
DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA PARA O POSTO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO		
APROXIMADAMENTE 500m	33	30,6
COMO CHEGOU AO SAE		
INDICAÇÃO POR OUTRO PROFISSIONAL DE SAÚDE	69	63,9
QUAL A DISTÂNCIA DA RESIDÊNCIA PARA O SAE		
DISTÂNCIA MAIOR	69	63,9

*Dados das variáveis do questionário

Diagnóstico da infecção há mais de 5 anos foi relato por 23,1% das mulheres. A maioria (67,6%) fazia uso da Terapia antiretroviral.

A média da contagem de CD4 encontrada nessa população foi de 510,66 células/mm³, a contagem mais baixa apresentada foi de 59 células/mm³ e a mais alta de 1878 células/mm³. Em relação à carga viral, 43,5% das entrevistadas tinha carga viral indetectável. Estes dados mostraram que estas pacientes estavam em tratamento regular e tinham a doença sob controle.

É freqüente o relato de doenças bucais, como carie e doença periodontal em pacientes infectados pelo HIV (BUCZYNSKI *et al.*, 2008, COATES *et al.*, 1996). Neste estudo, verificou-se uma baixa percepção sobre os problemas de saúde bucal onde se observa que 63,9% destas relataram não terem sangramento gengival, 53,7% relatavam não perceber se tinham mau hálito, 80,6% relatavam não perceber a existência de dentes moles em sua boca. Os 76 indivíduos (70,4%) negaram a piora desses sintomas após diagnóstico da infecção. A maioria (74,1%) nunca observou a presença de feridas na sua boca durante sua história natural da infecção pelo HIV e 63% não achavam que a quantidade de cárie tenha aumentado após o diagnóstico de HIV. No entanto, 45,4% relataram nunca ter tido a sensação de boca seca (Tabela 3).

Foi relatado nos estudos de Coates *et al.*, 1996; Buczynski *et al.*, 2008 e Santo *et al.*, 2010, que os indivíduos HIV - positivos apresentam alta prevalência de cárie devido à presença de alguns fatores crônicos envolvidos na infecção, como o uso prolongado de medicamentos açucarados, alterações no fluxo salivar pelo uso de medicamentos e/ou por alterações de glândulas salivares, o que contradiz os resultados deste estudo.

A maioria (55,6%) escovava os dentes três vezes ao dia e normalmente não usavam o fio dental. A saúde bucal foi considerada regular para 38,9% dos indivíduos. Ter recebido instrução de higiene bucal foi relatado por 63% dos sujeitos, sendo que 63,2% receberam essa instrução antes do diagnóstico de HIV. A maioria (88,9%) relatava melhora no cuidado com a saúde após a infecção pelo HIV.

Tabela 3. Distribuição das variáveis relacionadas à percepção da saúde bucal pelos indivíduos do estudo.

PERCEPÇÃO	N	%
SANGRAMENTO GENGIVAL		
NÃO	69	63,9
MAU HÁLITO		
NÃO	58	53,7
DENTES MOLES		
NÃO	87	80,6
BOCA SECA		
NUNCA	49	45,4
SINTOMAS PIORARAM DEPOIS DE SABER QUE ESTAVAM COM HIV/AIDS		
NÃO	76	70,4
OBSERVOU SE TEM FERIDAS NA BOCA APÓS O DIAGNÓSTICO DE HIV		
NÃO	80	74,1
PERCEBEU SE A QUANTIDADE DE CÁRIE AUMENTOU DESDE QUE SOUBE DA INFECÇÃO PELO HIV		
NÃO	68	63
COMO VOCÊ CUIDA DA SUA HIGIENE BUCAL		
ESCOVA TRÊS VEZES AO DIA E USA FIO DENTAL	60	55,6
COMO VOCÊ CONSIDERA A SUA SAÚDE BUCAL		
REGULAR	42	38,9
JÁ RECEBEU INSTRUÇÃO SOBRE HIGIENE BUCAL		
SIM	68	63
ANTES OU DEPOIS DO DIAGNÓSTICO		
NUNCA RECEBEU	39	36,1
TEM MAIS CUIDADOS COM A SAÚDE AGORA DO QUE ANTES		
SIM	96	88,9

*Dados das variáveis do questionário

A epidemiologia das doenças bucais tem mostrado a necessidade de medidas de saúde bucal que sejam avaliadas multidimensionalmente, sendo importante avaliar como os problemas bucais interferem na rotina diária das pessoas influenciando sua qualidade de vida. (PIRES et al., 2006)

Vários instrumentos têm sido utilizados para este fim. Claramente, indicadores clínicos de doença bucal, tais como cárie e doença periodontal não são suficientes para absorver inteiramente o novo conceito de saúde declarado pela Organização Mundial de Saúde (SLADE e SPENCER, 1994). Isto tem criado uma demanda por novas medidas de saúde em associação com as medidas clínicas da doença (SHAMRANY, 2006).

Dentre os vários instrumentos desenvolvidos para identificar e avaliar como os problemas bucais interferem na qualidade de vida das pessoas está o instrumento ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-49) e OHIP-14 na sua versão reduzida. O OHIP-14 foi desenvolvido como uma versão menor do OHIP-49 para ser usado em situações onde o questionário completo com 49 questões não é apropriado (SLADE GD, 1997). Segundo Acharya et al., 2009 o “Oral Health Impact Profile (OHIP)” é o instrumento mais popular para medir qualidade de vida relacionada a saúde bucal.

Para serem aplicados estes instrumentos precisam ser traduzidos, adaptados culturalmente e validados para o português. Ambos foram traduzidos, adaptados e validados para o português (PIRES et al, 2006; OLIVEIRA & NADANOVSKY, 2005).

Com base nos estudos de Oliveira & Nadanovsky (2005), o valor do OHIP-14 neste trabalho foi calculado pelo método aditivo, podendo variar de 0 a 56.

Neste presente estudo o valor médio do OHIP-14 total foi de $13,19 \pm 10,56$, sendo achado o valor mínimo de 0 e valor máximo de 46, revelando que essas pacientes, no geral, perceberam de forma moderada os impactos das doenças bucais na sua qualidade de vida (QV). Com base na observação de Allen, 2003 pessoas com condições crônicas, muitas vezes percebem a sua QV melhor do que indivíduos saudáveis.

Sousa et al., 2009, em um estudo realizado em pacientes de uma clinica escola de odontologia no Brasil, encontraram uma média de OHIP $11,6 \pm 11,7$ no modo entrevista e $12,7 \pm 11,5$ no modo questionário. No estudo de Santo *et al.*, 2010, realizado com pacientes infectados pelo HIV em Portugal encontraram uma média de OHIP de $5,83 \pm 7,79$, variando de 0 a 28. Nesse estudo o OHIP-14 foi colocado como indicador de risco para cárie dental, tendo um impacto moderado na qualidade de vida destes pacientes. Os pacientes com maior impacto tinham um maior índice de cárie e de dentes perdidos, mostrando que a condição dental interfere na qualidade de vida. Resultados semelhantes foram encontrados por Biazevic et al., 2008 que em um estudo transversal avaliou a condição dental e a relação com a qualidade de vida entre adolescentes brasileiros. Os autores encontraram uma correlação estatisticamente significativa entre os maiores escores de OHIP e dentes cariados. No entanto, neste estudo a média de OHIP-14 foi de 3,95 indicando que, de um modo geral, condições bucais têm pouca interferência no desempenho das atividades diárias. A presença de dor moderada, mas constante na boca e desconforto ao comer certos alimentos foram os impactos mais frequentemente reportados.

No presente estudo, o OHIP-14 mostrou uma relação com a percepção das pacientes sobre a saúde bucal, onde escores mais altos representaram aquelas que perceberam a sua saúde bucal péssima, já os escores mais baixos são das mulheres que perceberam sua saúde bucal excelente.

Mulligan et al, 2008 estudando mulheres infectadas e de risco para o HIV encontraram uma media de OHIP-14 significativamente mais pobre nas mulheres infectadas. Nessas o tempo de terapia antiretroviral bem como com o número de células TCD4 estava relacionado com o OHIP-14. Quanto maior o tempo de medicação, maior o impacto na qualidade de vida, e quanto menor o número de células, maior o impacto. O valor do OHIP-14 nesse estudo foi de 25 para as mulheres HIV negativas e 28,4 para as positivas.

Locker desenvolveu em 1988 um modelo para saúde bucal no qual descreve as conseqüências da doença. Para este autor, doença como a cárie e a doença periodontal são altamente prevalentes e suas conseqüências não são apenas físicas, mas também econômica social e psicológica. Estas doenças podem afetar vários aspectos da vida incluindo função oral, aparência e relação interpessoal.

A maioria das participantes (97,3%) do presente estudo experimentou pelo menos um impacto na sua saúde bucal, que afetou o seu bem-estar ao menos uma vez nos últimos 6 meses. (Tabela 4)

Na dimensão limitação funcional, que trata da dificuldade da pronúncia das palavras e da piora do paladar, foi observado uma média de $1,39 \pm 1,90$, sendo observado o valor mínimo de 0 e valor máximo de 8.

Dos indivíduos pesquisados, o impacto na dimensão dor, que avalia a experiência de dor nos dentes ou na boca e do desconforto de comer algum alimento foi de $2,7 \pm 2,54$; sendo observado o valor mínimo de 0 e valor máximo de 8.

Na dimensão desconforto psicológico que diz dos pacientes ficaram preocupados e/ou estressados devido a problemas com os dentes, dentadura ou na sua boca o impacto foi de $2.79 \pm 2,52$; com valor mínimo de 0 e valor máximo de 8.

Inaptidão física, dimensão que investiga prejuízos na alimentação e se o indivíduo já teve até mesmo que parar refeições devido a problemas nos dentes, dentadura ou na boca, mostrou uma média de impacto de $1.57 \pm 2,20$; sendo observado o valor mínimo de 0 e valor máximo de 8.

Inaptidão psicológica que avalia dificuldades para relaxar e/ou já se sentiram envergonhados devido a problemas com os seus dentes, sua dentadura ou boca foi a dimensão mais impactante (2.61 ± 2.30); sendo o valor mínimo de 0 e valor máximo de 8.

Na inaptidão social que avalia se as pacientes ficaram irritadas com outras pessoas e/ou terem tido dificuldades para realizar as suas atividades diárias devido a problemas com os seus dentes, sua dentadura ou boca foi a dimensão menos impactante com média de $0,95 \pm 1.60$. O menor valor foi 0 e o maior 6.

A dimensão da incapacitação que investiga se o indivíduo percebeu que a vida dele no geral ficou pior e/ou se ele já ficou totalmente incapaz de desempenhar alguma tarefa, devido a problemas nos dentes, boca ou dentadura teve média de $1.12 \pm 1,96$, com menor valor 0 e o maior de 8.

Tabela 4. Distribuição das dimensões do OHIP-1

IMPACTO NAS DIMENSÕES DO OHIP-14	MÍN	MÁX	MÉDIA DO OHIP-14	DESVIO PADRÃO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL	0	8	1,39	1,9
DOR	0	8	2,7	2,54
DESCONFORTO PSICOLÓGICO	0	8	2,79	2,52
INAPTIDÃO FÍSICA	0	8	1,57	2,2
INAPTIDÃO PSICOLÓGICA	0	8	2,61	2,3
INAPTIDÃO SOCIAL	0	6	0,95	1,6
INCAPACITAÇÃO	0	8	1,12	1,96

*Dados das variáveis do questionário

No presente estudo todas as dimensões foram relatadas pelo menos uma vez pelas pacientes, sendo a dimensão mais impactante a de desconforto psicológico sendo mais impactante que a dor (Tabela 4). Já nos estudos de Yengopal & Naidoo, 2008, a dimensão mais impactante foi limitação funcional e em relação ao desconforto psicológico nenhum indivíduo HIV positivo da amostra afirmou ter sofrido impacto. Acharya et al., 2009, estudou os possíveis fatores que poderiam afetar a qualidade de vida associada a saúde bucal em um grupo de mulheres gestantes da Índia, também encontrou que a maioria das mulheres não apresentou problemas em todos os itens, diferente do nosso estudo. A dimensão mais impactante foi nas dimensões dor física e limitação física, nesta ordem.

Para investigar se existia associação entre as características de idade, escolaridade, perfil financeiro, acessibilidade aos cuidados de saúde e a história da doença atual com o OHIP-14 e suas dimensões foram realizados os testes não paramétricos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

A variável idade teve correlação positiva quando associada à limitação funcional, ou seja, quanto maior a idade, maior a percepção dos impactos que as doenças bucais provocam em seu paladar e na pronúncia das palavras.

Em relação às variáveis que analisavam a escolaridade, não foi observada relação significativa entre estas e o OHIP-14 e suas 7 dimensões.

As variáveis relacionadas ao perfil financeiro que tiveram correlação significativa quando associadas às dimensões do OHIP-14, foram: Quantidade de pessoas que residem teve significância positiva com desconforto psicológico ($p=0,017$) e incapacitação ($p=0,025$), ou seja, quanto maior o número de pessoas habitando a mesma residência, maior o desconforto psicológico e a incapacitação. Observou-se também uma significância positiva ao relacionar a variável residência com inaptidão física ($p=0,01$) e ao correlacionar renda com incapacitação ($p=0,03$). No entanto, Sousa et al., 2009 não observaram relação significativa entre fatores sócio econômicos e o total de escores do OHIP-14.

Em relação à acessibilidade, notou-se que 92,9% obtinham atendimento pelo SUS. A variável que tratava da distância da sua residência ao posto de saúde mais próximo obteve significância positiva quando correlacionada a inaptidão física ($p=0,012$). As demais variáveis não obteve significância positiva com o OHIP-14 e suas 7 dimensões.

Observou-se a ausência de significância positiva quando relacionado todas as variáveis da história da doença atual com OHIP-14 e suas dimensões.

Com relação às variáveis de percepção sobre saúde bucal foi observado que as mulheres entrevistadas que disseram ter sangramento, percebiam maior impacto em sua qualidade de vida (OHIP-14 total, $p=0,001$), principalmente quando relacionada as seguintes dimensões: inaptidão física ($p=0,02$), desconforto psicológico ($p=0,03$), dor ($p=0,00$) e limitação funcional ($p=0,04$). Aquelas que relataram mau hálito tiveram um maior impacto nas seguintes dimensões: dor ($p=0,001$), inaptidão psicológica ($p=0,04$) e OHIP-14 total (0,015). Aquelas que relataram a presença de dentes moles tiveram um maior impacto na dimensão dor ($p=0,017$).

As mulheres que relataram sentir a boca seca tiveram um maior impacto nas seguintes dimensões: dor ($p=0,002$), desconforto psicológico ($p=0,003$) e OHIP-14 total ($p=0,05$).

Quanto aos sintomas terem piorado, tiveram um maior impacto com as dimensões: limitação funcional ($p=0,016$), desconforto psicológico ($p=0,02$), inaptidão física ($p=0,012$), inaptidão psicológica ($p=0,002$) e OHIP-14 total ($p=0,005$).

Dos dados colhidos, o aumento de cárie teve um maior impacto quando correlacionado as dimensões: dor ($p=0,001$), inaptidão psicológica ($p=0,30$) e OHIP-14 total ($p=0,019$).

A média do OHIP-14 cruzada com a auto-percepção de problemas bucais mostrou que houve uma relação significativa entre percepção de problemas bucais e o OHIP-14, evidenciando que as mulheres que percebiam os problemas de saúde bucal tinham um maior impacto da saúde bucal em sua qualidade de vida. Outros estudos mostraram que problemas bucais têm impacto na qualidade de vida dos pacientes. Sousa *et al.*, 2009, mostraram uma associação significativa entre cárie e o OHIP-14 e Yengopal & Naidoo, 2008, estudaram a associação de lesões bucais e qualidade de vida em pacientes infectados pelo HIV e, encontraram que pacientes com lesões bucais associadas a infecções pelo HIV têm um maior impacto na sua qualidade de vida, afetando principalmente as dimensões de limitação de função, dor física, desconforto psicológico, e inaptidão física e psicológica. Este achado é importante devido à frequência de lesões bucais associadas a infecções pelo HIV. É importante saber que o controle ou eliminação dessas lesões melhora a qualidade de vida desses pacientes.

Quanto aos cuidados com a saúde, como consideravam a saúde bucal, se tinham recebido instrução sobre higiene bucal e se esses cuidados com a saúde aumentaram, não obtiveram significância positiva com o OHIP-14 total e suas 7 dimensões.

Os resultados deste estudo mostraram que qualidade de vida relacionada à saúde bucal como refletido para resultados do OHIP-14 é significativamente pior para as mulheres que relataram problemas bucais.

Wu et al., 1997, revisa uma série de instrumentos utilizados para medir qualidade de vida em pacientes infectados pelo HIV/aids. Eles concluem que a escolha da medida deve ser ditada pela questão da pesquisa específica a ser respondida, o tempo disponível e recursos e evidência de um desempenho passado da população de interesse.

Além da prevalência de doença bucal deve ser considerada a influência física e psicológica dessa doença na vida dos indivíduos, no que se refere ao seu prazer de viver, possibilidade de falar, capacidade de mastigar e inserção social. Os estudos epidemiológicos devem atentar para situações agravantes a saúde bucal que podem interferir na qualidade de vida das pessoas. Estes estudos devem ajudar a planejar programas de saúde bucal.

As possíveis barreiras enfrentadas pela população que poderiam dificultar o acesso ao tratamento odontológico foram também investigadas (Tabela 5). Ansiedade foi relatada mais frequentemente que o medo (74,1% e 50% respectivamente). Uma proporção de 23,1% possuía algum tipo de trauma em relação à prática odontológica. Houve relato de medo da anestesia (53,7%) e medo do barulho do equipamento odontológico (46,3%). Ser infectado pelo HIV como motivo de recusa de tratamento pelo dentista foi relato de 7,4% das pacientes.

Tabela 5. Distribuição das variáveis relacionadas às possíveis barreiras de acesso ao tratamento odontológico enfrentadas pela população do estudo.

BARREIRAS DE ACESSO AO TRATAMENTO	N	%
SENTE-SE ANSIOSO EM IR AO DENTISTA		
SIM	80	74,1
NÃO	28	25,9
SENTE MEDO DE IR AO DENTISTA		
SIM	54	50,0
NÃO	54	50,0
SOFRE DE ALGUM TRAUMA PSICOLÓGICO RELACIONADO À PRÁTICA ODONTOLÓGICA		
SIM	25	23,1
NÃO	83	76,9
TEM MEDO DA ANESTESIA		
SIM	58	53,7
NÃO	50	46,3
MEDO DO BARULHO DO EQUIPAMENTO		
SIM	50	46,3
NÃO	58	53,7
JÁ HOUVE RECUSA DE ATENDIMENTO POR SER PACIENTE SOROPOSITIVO		
SIM	8	7,4
NÃO	100	92,6

*Dados das variáveis do questionário

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil da população estudada foi composto por mulheres com mediana de idade de 36 anos, predominantemente vivendo em grandes centros urbanos, com pouca escolaridade, baixa renda e sem ocupação definida.

A maioria das pacientes percebe sua saúde bucal regular. A boca seca e halitose foram os problemas mais percebidos.

Os impactos que as doenças bucais possuem na sua qualidade de vida foram moderadamente percebidos.

A dimensão na qual os indivíduos desse estudo perceberam maior impacto foi desconforto psicológico, sendo mais impactante que a dor.

A barreira mais impactante para o tratamento odontológico foi a ansiedade.

As pacientes que relataram problemas de saúde bucal tiveram maior impacto em sua qualidade de vida. Portanto, este trabalho reforça que a saúde bucal é impactante para a qualidade de vida e a necessidade de acrescentar medidas de impacto no planejamento de ações de saúde em odontologia, especialmente em pacientes convivendo com HIV.

REFERÊNCIAS

ACHARYA S, BHAT PV, ACHARYA S. **Factors affecting oral health-related quality of life among pregnant women.** *Int J Dent Hygiene* 7, 2009; 102-107.

ALLEN PF. **Assessment of oral health related quality of life.** *Health Qual Life Outcomes*, 2003.

ALLEN PF, LOCKER D. **An assessment using the oral health impact profile.** *Community Dental Health* 1997; 14:133-138.

BIAZEVIC MGH et al., **Relationship between oral health and its impact on quality of life among adolescents.** *Braz Oral Res.* 2008; 22: 36-42.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais **Boletim Epidemiológico** - Aids e DST Ano VII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2009 Ano VII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2010 e Hepatites Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/boletim_2010_pdf_29881.pdf. Acesso em 15 de maio de 2011.

BUCZYNSKI AK, CASTRO GF, SOUZA IPR. **O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV.** Revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; nov-dez 13(6): 1797-1805.

CASTRO RAL, PORTELA MC, LEAO AT. **Adaptação transcultural de índices de qualidade de vida relacionada à saúde bucal.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.10, pp. 2275-2284. ISSN 0102-311X.

CAVALCANTE, *et al.* **A atenção em saúde bucal para dst/hiv/aids na rede municipal de belo horizonte – diagnóstico loco-regional.** Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte. Maio 2006.

COATES E, SLADE GD, GOSS AN. **Oral conditions and their social impact among HIV dental patients.** Ed Gorkic, Australian Dental Journal 1996; 41:1.

DOLAN T. **Identification of appropriate outcomes for an aging population.** *Special Care in Dentistry* 1993; 13:35-39.

GALVÃO MTG. **Aplicação do instrumento HAT – QOL para análise da qualidade de vida de mulheres c/ infecção pelo HIV, ou com AIDS e sua correlação com as variáveis sócio- demográficas, epidemiológicas e clínicas.** Dissertação não-publicada, Centro de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 202

GIFT HC, ATCHISON KA, DAYTON CM. **Conceptualizing oral health and oral health-related quality of life.** *Soc. Sci. Med.* Vol. 44, No. 5, pp. 601--608, 1997.

GIFT HC, ATCHISON KA, DRURY TF. **Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables.** *J Dent Res* 1998; 77 (7): 1529-1538.

JOHNSON NW, GLICK M, MBUGUYE TNL. **Oral Health and General.** *Adv Dent Res* 2006; April 19:118-121.

MARTINS JT *et al.* **Significado de qualidade devida para mulheres convivendo com AIDS.** *Rev Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre-RS. 2008; dez 29(4):619-25.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Ano XXVI - nº 1. Brasília: MS: Dezembro, 2009.

MULLIGAN R *et al.*, **Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women.** *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36: 549–557.

OLIVEIRA BH, NADANOVSKY P. **Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005.

Oral Health In America: A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland, US Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, 2000.

PETERSEN PE. **Policy for prevention of oral manifestations in HIV/AIDS: the approach of the WHO Global Oral Health Program.** *Adv Dent Res.*2006. 19: 17-20.

PIRES CPAB, FERRAZ MB, ABREU MHNG. **Translation into Brazilian portuguese, cultural adaptation and validation of the oral health impact profile (ohip-49).** *Braz Oral Res* 2006; 20(3):263-8.

SANTO AE *et al.* **Dental status of Portuguese HIV+ patients and related variables: a multivariate analysis.** *Oral Diseases.* 2010; 16:176-184.

SANTOS ECM, FRANCA JI, LOPES F. **Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.2, pp.

SHAMRANY AM. **Oral health-related quality of life: a broader perspective.** *East Mediterr Health J.* 2006; Nov 12(6):894-901.

SLADE GD. **Derivation and validation of a short-form oral health impact profile.** *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25: 284-290.

SLADE, GD. **Measuring oral health and quality of life chapel hill.** University of North Carolina, Dental Ecology.1997b.

SLADE GD, SPENCER AJ. **Development and evaluation of the oral health impact profile.** *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11.

SOUSA *et al.* **Diferences in responses to the Oral Health Impact Profile (OHIP-14) used as a questionnaire or in na interview.** *Braz Oral Res.*2009 Oct-Dec;23(4):358-64.

TESCH, FC; OLIVEIRA, BH; LEO, A. **Mensuração do impacto dos problemas bucais sobre a qualidade de vida de crianças: aspectos conceituais e metodológicos.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007.

The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998; 28:551-8.

TOSTES MA. **A qualidade de vida de mulheres com a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.

TUNALA LG. **Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV.** *Rev Saúde Pública* 2002; 36(4 Supl):24-31.

UNICEF, UNAIDS, WHO. **Children and AIDS: third stocktaking report.** New York, UNICEF, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. New York: World Health Organization; 1946.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL – measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments. Geneva: World Health Organization; 1997.

WU AW *et al.* **Applications of the Medical Outcomes Study health-related quality of life measures in HIV/AIDS.** *Quality of Life Reserch.* Vol 6. 1997.

YENGOPAL V, NAIDOO S. **Do oral lesions associated with HIV affect quality of life?** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 106(1): 66-73.