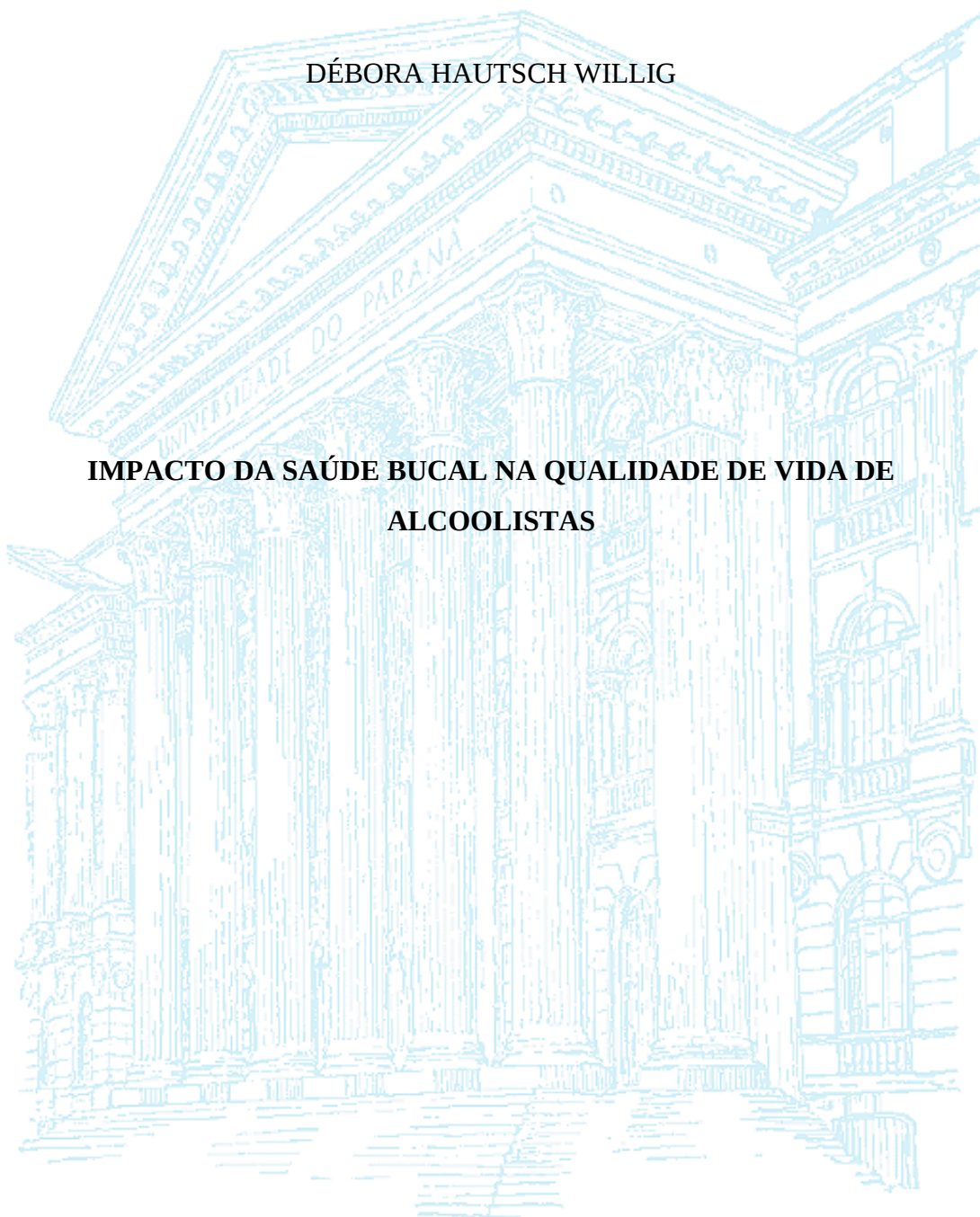


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DÉBORA HAUTSCH WILLIG

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE
ALCOOLISTAS**



CURITIBA

2017

DÉBORA HAUTSCH WILLIG

**IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA
DE ALCOOLISTAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Ângela Naval Machado

CURITIBA

2017

Willig, Débora Hautsch
Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de alcoolistas / Débora Hautsch Willig -
Curitiba, 2017.
68 f. ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Ângela Naval Machado
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências
da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Inclui bibliografia

1. Saúde bucal. 2. Alcoolismo. 3. Consumo de bebidas alcoólicas. 4. Qualidade de vida.
I. Machado, Maria Ângela Naval. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 617.6

DÉBORA HAUTSCH WILLIG

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO

IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA QUALIDADE DE VIDA DE ALCOOLISTAS

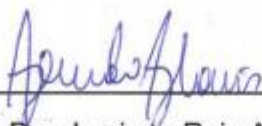
Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de mestre no Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

Orientador:



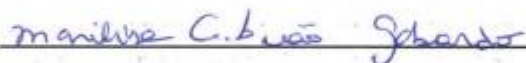
Prof. Dra. Maria Ângela Naval Machado

Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFPR



Prof. Dra. Luciana Reis Azevedo Alanis

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, PUCPR



Prof. Dra. Marilisa Carneiro Leão Gabardo

Curso de Graduação em Odontologia, PUCPR

Curitiba, 28 de julho de 2017.

Dedico esta dissertação a Deus, à minha família, ao meu amor e a todos que me ajudaram a chegar até aqui!

AGRADECIMENTOS

A Deus por Sua infinita bondade, pelas vezes em que me carregou no colo em meio às dificuldades, pelos caminhos em que me colocou e por todas as bênçãos recebidas.

Aos meus pais que sempre me incentivaram nas minhas escolhas, por me darem todo o suporte, seja ele financeiro ou emocional. Mas principalmente por acreditarem em mim mais do que eu mesma, e, por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos. Obrigada por tudo que têm feito por mim. Essa conquista também é de vocês.

Aos meus irmãos Thiago, Filipe e Saulo que são companheiros mesmo com a distância, que incentivaram a minha vida profissional cada um à sua maneira. Sei que torcem pelo meu sucesso e a pela minha felicidade. Em especial ao Saulo que me ajudou na formatação do trabalho e na apresentação final.

Aos meus sobrinhos Gabriel e Johann por me proporcionarem momentos de amor e de alegria nessa jornada.

Ao meu noivo Joel que fez parte de todas as minhas conquistas, que iniciaram quando eu finalmente entrei no curso de Odontologia da UFPR. Obrigada por todo amor, carinho e incentivo que você me deu por esses quase 11 anos.

Aos meus amigos da igreja, do colégio e das faculdades por todo incentivo e companheirismo, e pelos momentos de descontração e alegria.

Em especial à minha orientadora professora Maria Ângela Naval Machado por ter acreditado em mim, por ter me dado esta oportunidade de ingressar no Mestrado e iniciar o caminho para a carreira acadêmica. Obrigada pela paciência e por conseguir me acalmar e por passar comigo pelos obstáculos. Obrigada por me mostrar como ser docente é difícil, mas que é extremamente compensador.

Aos professores do Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia por toda a dedicação e aprendizado recebido.

À professora Giovana Daniela Pecharki por participar da qualificação e trazer sugestões para aprimorar o presente trabalho. Agradeço também por ter me estimulado durante a graduação o desejo de seguir a carreira acadêmica.

Ao professor Fabian Calixto Fraiz pelo suporte dado durante toda a pesquisa, orientando em relação à estatística e também pelas considerações na qualificação.

Às professoras Luciana Reis Azevedo Alanis e Marilisa Carneiro Leão Gabardo por participarem da minha defesa de Dissertação e pelas considerações trazidas para engrandecer o este trabalho.

Aos alunos Guilherme Fatoretto Silva, Manoela Gabriel Magnoni, Jéssica Oliveira Felipe, Gabriela Sousa, Cristiane Andressa Pissaia e Nicole Dulski que cederam suas sextas-feiras à tarde para me ajudar na coleta da pesquisa.

Aos Hospitais San Julian e IPTA por abrirem as portas e nos acolherem para realizar a pesquisa e a todos os pacientes que participaram, o meu agradecimento.

À CAPES pela bolsa concedida, a qual possibilitou a realização do Mestrado.

Obrigada em especial à Isabella Damiani, que se voluntariou para me ajudar nas coletas. E agradeço também aos colegas que me ajudaram na calibração.

Aos meus colegas de Mestrado, que tornaram essa caminhada mais leve.

Deus marcou o tempo certo para cada coisa. Ele nos deu o desejo de entender as coisas que já aconteceram e as que ainda vão acontecer, porém não nos deixa compreender completamente o que ele faz. Então entendi que nesta vida tudo o que a pessoa pode fazer é procurar ser feliz e viver o melhor que puder.

Eclesiastes 3. 11-1

RESUMO

O consumo de álcool é reconhecidamente um fator de risco para as doenças bucais, pois tem efeito direto na cavidade bucal predispondo à cárie dentária, à doença periodontal e aos cânceres de cabeça e pescoço. Estas alterações podem afetar a função oral, a aparência física, as relações interpessoais e provocar limitações no cotidiano dos indivíduos. Além disso, a saúde bucal é um fator importante para a saúde geral e tem impacto na qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do consumo do álcool na qualidade de vida de alcoolistas em reabilitação. Este estudo censitário e transversal avaliou 400 homens internados em dois hospitais de reabilitação no Estado do Paraná nos anos de 2013 a 2017. Os participantes responderam a um questionário estruturado e foi aplicado o índice para dentes cariados, perdidos e restaurados (CPOD). A autopercepção em saúde bucal foi medida utilizando o *Oral Health Impact Profile* na versão abreviada (OHIP-14). Os dados foram tabulados e posteriormente realizou-se a análise descritiva seguida pela regressão de Poisson univariada e multivariada com variância robusta. A mediana de idade dos participantes foi de 44,0 anos (19-70 anos). Houve predomínio de brancos (67,3%), solteiros (67,0%) e com baixo nível de escolaridade (56,5%). O índice CPOD foi de $17,0 \pm 7,5$. O escore médio do OHIP-14 foi de $19,0 \pm 12,1$ e a prevalência de impacto negativo na saúde bucal relacionada com qualidade de vida na amostra foi de 78,0%. As variáveis quantidade de álcool consumido ($p=0,009$), uso de dentifrício ($p=0,016$), autopercepção de gosto metálico ($p=0,011$) e de dentes com mobilidade ($p=0,019$), e o índice CPOD ($p=0,034$) foram associados com os maiores escores de OHIP-14 após análise multivariada. Concluiu-se que o consumo do álcool interferiu na percepção dos alcoolistas em reabilitação em relação à sua saúde bucal e na sua qualidade de vida. A alta prevalência de impacto negativo foi associada à maior quantidade de álcool consumido.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Alcoolismo. Consumo de Bebidas Alcoólicas. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Alcohol consumption is recognized as a risk factor for oral diseases, since it has a direct effect on the oral cavity, predisposing to dental caries, periodontal disease and head and neck cancers. These changes may affect oral function, physical appearance, interpersonal relationships and cause limitations in the daily lives of individuals. In addition, oral health is an important factor for overall health and has a great impact on quality of life. The aim of this study was to evaluate the impact of alcohol consumption on the quality of life of alcoholics in rehabilitation. This cross-sectional and census study evaluated 400 men hospitalized in two rehabilitation hospitals in the State of Paraná from 2013 to 2017. Participants answered a structured questionnaire and the decayed, missed and filled teeth index (DMFT) was applied. Self-perception in oral health was measured using the Oral Health Impact Profile in the short version (OHIP-14). Data were tabulated and the descriptive analysis followed by univariate and multivariate Poisson regression with robust variance was performed. The median age of participants was 44.0 years (19-70 years). There was a predominance of whites (67.3%), singles (67.0%) and low educational level (56.5%). The DMFT index was 17.0 ± 7.5 . The mean OHIP-14 score was 19.0 ± 12.1 and the prevalence of negative impact on oral health related to quality of life in the sample was 78.0%. Variables amount of alcohol consumed ($p=0.009$), toothpaste use ($p=0.016$), self-perception of metallic taste ($p=0.011$), self-perception of tooth mobility ($p=0.019$) and DMFT index ($p=0.034$) were associated with higher OHIP-14 scores after multivariate analysis. It was concluded that alcohol consumption interfered with the perception of alcoholics in rehabilitation in relation to their oral health and quality of life. The high prevalence of negative impact was associated with higher amount of alcohol consumed.

Keywords: Oral Health. Alcoholism. Alcohol Drinking. Quality of Life.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	CONSUMO DE ÁLCOOL	10
1.2	ÁLCOOL E SAÚDE BUCAL	11
1.3	QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA A SAÚDE BUCAL (QVRSB)	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	IMPACTO DO CONSUMO DO ÁLCOOL NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL	18
3.1	IMPACT OF ALCOHOL CONSUMPTION ON ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE	33
4	CONCLUSÃO	45
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO	57
	APÊNDICE 2 – NORMAS DA REVISTA: QUALITY OF LIFE RESEARCH	60
	ANEXO 1 – PARECER CONSUBTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA	64
	ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONSUMO DE ÁLCOOL

O álcool faz parte da tradição humana e seu consumo ocorre desde os tempos remotos na busca por prazer e relaxamento. Nesse contexto social, seu consumo é cada vez mais estimulado. É utilizado de forma social, patológica e medicinal. Desta forma, é a droga mais comumente usada e abusada no mundo. Embora o álcool tenha propriedades terapêuticas, o consumo excessivo é um problema de saúde pública. (MEHTA, 2016).

Nas bebidas, o álcool encontrado é quimicamente classificado como etanol, o qual consiste numa cadeia de dois carbonos e um grupo hidroxila (-OH). Devido a esta estrutura e ao baixo peso da molécula, o álcool apresenta facilidade na difusão e distribuição nos fluídos e tecidos corporais, incluindo o Sistema Nervoso Central (SNC). (MAHER, 1997). É considerado um depressor psicotrópico do SNC e exerce um impacto neurológico profundo, capaz de causar alterações morfológicas, estruturais e moleculares no cérebro. (COSTARDI et al., 2015; KYZAR et al., 2016). O etanol é tóxico para a maioria dos tecidos corporais e produz alterações nos sistemas cardiovascular, digestório, musculoesquelético e também em fetos. (ERDOZAIN; CALLADO, 2014).

O consumo de álcool pode gerar danos ao indivíduo por três mecanismos: o primeiro seria o efeito tóxico em órgãos e tecidos; o segundo a intoxicação, a qual compromete coordenação física, percepção, cognição e consciência; por fim, a dependência. (WHO, 2007).

O álcool é uma das principais causas evitáveis de problemas de saúde juntamente com o cigarro e a obesidade. (REHM et al., 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, o uso nocivo do álcool está entre os cinco principais fatores de risco para doenças, incapacidades e morte no mundo, além de ser um fator causal de mais de 200 doenças e lesões (*Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD 10th*). O consumo do álcool é fator de risco para desenvolver problemas de saúde como dependência, cirrose hepática e cânceres. (WHO, 2014).

Dentre os transtornos neuropsiquiátricos fazem parte os transtornos do uso do álcool, do inglês *Alcohol Use Disorders* (AUDs), e a dependência do álcool. O primeiro seria o uso nocivo, o qual causa danos à saúde, sejam eles físicos (como a cirrose hepática) ou mentais (como episódios de depressão). O segundo, também denominado alcoolismo, é um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem devido ao uso constante de álcool, incluindo um desejo forte do uso, dificuldade para controlar o consumo,

uso independente das consequências, priorizar o álcool em detrimento das outras atividades e obrigações. (WHO, 2014).

O consumo excessivo do álcool leva ao desenvolvimento da tolerância e da dependência, aumentando ainda mais o consumo, além de alterar a fisiologia do cérebro a estrutura e a função. (CREWS; NIXON, 2009).

O relatório “*Global Status Report on Alcohol and Health*” divulgou em 2014 as principais categorias de doenças e lesões causadas pelo consumo de álcool. Dentre elas estão: transtornos neuropsiquiátricos, doenças gastrointestinais, cânceres, lesões intencionais, lesões não-intencionais, doenças cardiovasculares, síndrome alcoólica fetal, diabetes mellitus e doenças infecciosas. (WHO, 2014).

O alcoolismo é uma doença onerosa e socialmente devastadora com consequências socioeconômicas tanto para o indivíduo quanto para as pessoas próximas a ele. (ERDOZAIN; CALLADO, 2014). A dependência pode ocasionar a queda da produtividade no emprego, o desemprego, problemas familiares, estigma e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde. Na família pode gerar ruptura e disfunção na vida familiar, bem como violência doméstica. (REHM et al., 2012; WHO, 2014). Além disso, estima-se que mais de 8 milhões de dólares sejam gastos por ano com alcoolismo e as doenças relacionadas ao álcool pelo Sistema Único de Saúde brasileiro. (COUTINHO et al., 2016).

Segundo dados da OMS, 2010, o consumo de álcool resulta em 3,3 milhões de mortes por ano no mundo, as quais representam 5,9% de todas as mortes. Os dados mais recentes mostram que o consumo global de álcool é de 6,2 litros de puro álcool por ano ou 13,5 gramas de álcool puro por dia, considerando-se indivíduos de 15 anos ou mais. Nas Américas os valores são superiores a 8,4 l/ano e 13,7 g/dia. (WHO, 2014).

1.2 ÁLCOOL E SAÚDE BUCAL

O consumo de álcool, além de prejudicar a saúde sistêmica é um fator de risco para doenças bucais. O álcool tem efeito direto na cavidade bucal predispondo à cárie dentária, à doença periodontal e aos cânceres de cabeça e pescoço. (SENDER-JANECZEK; ZIETEKE, 2016).

A cárie dentária é uma doença multifatorial, microbiana e universal, sendo que as principais bactérias associadas ao desenvolvimento da doença são o *Streptococcus mutans* e o *Lactobacillus spp.* (ROOBAN et al., 2011).

A formação do acetaldeído pela oxidação microbiana do etanol inibe a microbiota oral cariogênica, reduzindo os níveis de *Streptococcus mutans* na cavidade oral. (SHETH et al., 2016). Porém, os alcoolistas apresentam maior número de dentes ausentes e maior número de dentes com lesões cariosas. (HEDE, 1996), pois, o consumo crônico do etanol leva a redução do fluxo salivar (RIEDEL; GOESSLER; HORMANN, 2003; WASZKIEWICZ et al., 2012; DUKIC et al., 2013), aumentando o risco à cárie dentária nestes indivíduos.

Além disso, estudos mostram que a saúde bucal deficiente dos alcoolistas seria resultado do estilo de vida e da negligência dos hábitos de higiene bucal e consultas odontológicas. (RIEDEL; GOESSLER; HORMANN, 2003; HEEGAARD, 2011; ROOBAN et al., 2011; DUKIC et al., 2013; SENDER-JANECZEK; ZIETEKE, 2016). As consultas preventivas não são frequentes, justificando um maior uso de atendimentos de urgência ou de procedimentos restauradores. (NEFF; LYNCH; DOWNS, 2010). O aumento do número de lesões de cárie nestes indivíduos também está associado a um menor nível socioeconômico. (HEDE, 1996; KANTORSKI et al., 2007; DUKIC et al., 2013).

A cárie dentária é de natureza cumulativa e crônica, e pode ser avaliada pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados/restaurados CPOD, que mede a experiência passada e presente da doença, desta forma à medida que o indivíduo envelhece existe uma tendência de aumento do CPOD. (BERNABE; SHEIHAM, 2014).

A doença periodontal também tem caráter multifatorial e sofre influência de fatores ambientais, comportamentais e genéticos. A periodontite é resultado de uma microbiota complexa, em que ocorrem inflamação e destruição dos tecidos periodontais em indivíduos susceptíveis e pode levar a perda dental. (KINANE, 2001; SENDER-JANECZEK; ZIETEKE, 2016).

Os patógenos *Porphyromonas gingivalis*, *Treponema denticola*, *Tannerella forsythia* e *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* são os mais importantes para a doença. (SENDER-JANECZEK; ZIETEKE, 2016). Esses autores, avaliaram a quantidade de bactérias periodontopatogênicas em pacientes alcoolistas e observaram quantidade similar à de pessoas com doença periodontal crônica.

O consumo nocivo de álcool é um fator de risco para a periodontite, a qual é dose-dependente, ou seja, quanto maior o consumo maior a gravidade da doença. (SHIMAZAKI et al., 2005; SOUZA et al., 2009; LAGES et al., 2012; KIM et al., 2014; SURKIN et al., 2014; HACH et al., 2015).

A associação do álcool e da periodontite pode ser explicada pelo resultado dos efeitos biológicos do consumo nos mecanismos de defesa do indivíduo, aumentando a resposta

inflamatória e alterando a produção de citocinas, tornando o indivíduo suscetível a infecções, além de alterar o metabolismo ósseo (aumento da reabsorção e deficiência da formação concomitante com os efeitos tóxicos nos tecidos. (SHIMAZAKI et al., 2005; KONGSTAD et al., 2008; AMARAL; VETTORE; LEAO, 2009).

Outro fator agravante para a doença periodontal é o fumo, prática frequente entre os alcoolistas, a qual aumenta o risco à doença periodontal. (SENDER-JANECZEK; ZIETEKE, 2016).

Em relação à saúde bucal, o álcool é um dos fatores de risco mais importantes para o câncer de cabeça e de pescoço. (GOLDSTEIN et al., 2010; HEEGAARD, 2011; ROSWALL; WEIDERPASS, 2015), pois, a metabolização pelo organismo resulta em um agente cancerígeno: o acetaldeído. Bactérias persistentes da boca também metabolizam o álcool neste composto. (HARRIS, 1997; RIEDEL; GOESSLER; HORMANN, 2003; HEEGAARD, 2011). Após o consumo de bebidas alcoólicas a saliva apresenta níveis mais elevados de acetaldeído, superior aos níveis sanguíneos. Além disso, a boca é o primeiro local de contato, aumentando assim, o risco ao câncer da cavidade bucal e estruturas adjacentes. (WASZKIEWICZ et al., 2012; TSAI et al., 2014).

O acetaldeído é o primeiro metabólito do etanol e pode interferir na metilação, síntese e reparação do DNA aumentando o risco à carcinogênese. (HARRIS, 1997; HWANG; LIAN; ZAVRAS, 2012).

Outro fator agravante é a má higiene bucal, a qual aumenta o risco ao desenvolvimento do câncer em indivíduos com menor metabolismo do álcool. (TSAI et al., 2014).

Define-se erosão dentária como um desgaste gradual da estrutura dentária por um processo químico, ou seja, não envolve a atividade de bactérias. (KRANZLER et al., 1990). Os alcoolistas são um grupo de risco para erosão dentária, devido ao consumo de bebidas com pH baixo, como o vinho, tornando esse tipo de lesão comum. Em alguns casos esse desgaste se deve às regurgitações ocasionadas pelo excesso de consumo do álcool. (MANARTE et al., 2009; HEEGAARD et al., 2011).

1.3 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL (QVRSB)

A OMS define qualidade de vida 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”. (The WHOQOL, 1995, pg. 1405), ou seja,

qualidade de vida é um conceito abrangente e multidimensional. (BRAUCHLE; NOACK; REICH, 2013).

Práticas de estilo de vida como o consumo de álcool foram associadas a um pior estado de saúde bucal. (WANG; CHOU; YU, 2013). Desta forma, ausências dentárias, doença periodontal, erosão, cárie dentária e câncer bucal podem afetar a função oral, a aparência, as relações interpessoais, além de provocar limitações no cotidiano dos indivíduos. (MAIDA et al., 2013; MASOOD et al., 2014). Além disso, a saúde bucal é um fator importante para a saúde geral e tem impacto na qualidade de vida. (CHEN; HUNTER, 1996; YIENGPRUGSAWAN et al., 2011; ANDRADE et al., 2012; YU; CHEN; ZHU, 2013).

As principais formas de avaliação da saúde bucal são medidas clínicas e/ou indicadores epidemiológicos. Desta forma, são enfatizados os processos biológicos e patológicos das doenças, podendo ser ignorada as dimensões sociais da saúde bucal. As medidas clínicas podem ser complementadas por medidas subjetivas, as quais representam a percepção e a experiência do indivíduo em relação a sua saúde bucal e o impacto que ela tem no bem-estar funcional e psicossocial. (CHEN; HUNTER, 1996; ANDRADE et al., 2012; MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012; COSTA; VASCONCELOS; ABREU, 2013; BRONDANI; MACENTEE, 2014).

Para avaliar o impacto da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) foram criados instrumentos multidimensionais, os quais são utilizados para quantificar e qualificar os aspectos da vida diária que podem ser afetados pela condição bucal, incluindo função mastigatória, dor de dente, desconforto psicológico e impactos sociais, os quais também afetam o bem-estar geral. (YIENGPRUGSAWAN et al., 2011; ANDRADE et al., 2012; BRONDANI; MACENTEE, 2014). Dentre estes instrumentos destacam-se: *Oral Health Impact Profile* (OHIP); *General/Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) e *Oral Impact on Daily Performances* (OIDP). (ATCHISON; DOLAN, 1990; SLADE; SPENCER, 1994; ADULYANON; VOURAPUKJARU; SHEIHAM, 1996).

Slade e Spencer desenvolveram em 1994 o *Oral Health Impact Profile* (OHIP) com base no modelo conceitual proposto por Locker (1988), este modelo considerava as consequências funcionais e psicossociais dos problemas bucais importantes para os indivíduos. O questionário OHIP original contém 49 questões divididas em sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas. Estes domínios representam em hierarquia os impactos mais frequentes que incidem na vida cotidiana, considerando da limitação funcional à deficiência. (SLADE; SPENCER, 1994).

No entanto, o questionário neste formato foi considerado desgastante e demorado, e em alguns casos impróprio. Em 1997, foi desenvolvida a versão reduzida com 14 questões mantendo-se os sete domínios. (SLADE, 1997). Foi traduzido para diversos idiomas, em 2005 foi validado e adaptado para o português do Brasil por Oliveira e Nadanovsky. (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005).

O OHIP-14 é um dos instrumentos mais utilizados para observar o impacto das condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida de uma determinada população. (MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012; STENMAN et al., 2012; YU; CHEN; ZHU, 2013). Tem comprovadas validade, confiabilidade e precisão. (SLADE, 1997).

O OHIP-14 pode ser aplicado na forma de entrevista ou auto aplicado, sem alteração das suas propriedades psicométricas. (ROBINSON et al., 2001). As respostas seguem uma escala de cinco pontos com as seguintes categorias: “nunca” (0), “raramente” (1), “às vezes” (2), “frequentemente” (3) e “sempre” (4). (SLADE, 1997).

As respostas fornecidas pelo OHIP podem ser analisadas por diferentes métodos. Os escores numéricos podem ser somados, e os valores mais altos representam um maior impacto negativo na QVRSB permitindo avaliar a gravidade, a qual pode variar de zero à 56. Outra forma de análise seria o da simples contagem, em que é considerado o número de vezes em que aparecem as respostas “frequentemente” (3) e “sempre” (4) para cada respondente. Os valores obtidos refletem o número dos impactos funcionais e psicossociais mais graves, este método é indicado quando é necessário definir a extensão do problema. A prevalência pode ser avaliada pela porcentagem de pessoas que respondem a uma ou mais perguntas com “frequentemente” e “sempre”. Embora subestime o impacto, nesta forma mais restritiva identificam-se as condições de cronicidade ou repetidas excluindo as situações transitórias. (SLADE et al., 1997; SLADE et al., 2005).

Ao utilizar indicadores subjetivos é possível conhecer a percepção dos indivíduos sobre a sua condição bucal e a atender às necessidades de tratamento. Podem ser utilizados pela Saúde Pública no planejamento de serviços odontológicos como forma de priorizar o atendimento de indivíduos com alta prevalência de impacto. Também pode ser utilizado para medir a eficácia de programas odontológicos. Desta forma, produz serviços de saúde eficientes e conseqüentemente melhora a qualidade de vida da população. (SANDERS et al., 2009; YIENGPRUGSAWAN et al., 2011; MIOTTO; BARCELLOS; VELTEN, 2012).

Os escores do CPOD foram considerados importantes preditores da QVRSB (ACHARYA, BHAT, 2009), e ainda associações significativas foram demonstradas em estudos entre o índice CPOD e a QVRSB considerando as variáveis dentes perdidos (STEELE et al.,

2004; SANDERS et al., 2009; DALY et al., 2010), número de dentes cariados e não tratados. (MULLIGAN et al., 2008; OLIVEIRA et al., 2015).

A dependência química pelo álcool interfere na percepção do indivíduo em relação à sua saúde bucal e na sua qualidade de vida. (MARQUES et al., 2015). Assim, pode agravar as condições bucais e impactar na autopercepção. Então justifica-se investigar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de alcoolistas, pois existem poucos estudos sobre esta temática. Além disso, compreender a QVRSB pode auxiliar no planejamento e implementação de políticas públicas para esta população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto do consumo do álcool na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em Alcoolistas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as características sociodemográficas, condições de saúde bucal e hábitos comportamentais dos Alcoolistas.

Pesquisar a associação entre as variáveis sociodemográficas, o consumo de álcool, o índice CPOD e os hábitos de saúde bucal com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em Alcoolistas.

3 IMPACTO DO CONSUMO DO ÁLCOOL NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL¹

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do consumo do álcool na qualidade de vida de alcoolistas em reabilitação. Este estudo censitário e transversal avaliou 400 homens internados em dois hospitais de reabilitação no Estado do Paraná nos anos de 2013 a 2017.

Métodos: Os participantes responderam a um questionário estruturado e foi aplicado o índice para dentes cariados, perdidos e restaurados (CPOD). A autopercepção em saúde bucal foi medida utilizando o *Oral Health Impact Profile* na versão abreviada (OHIP-14). Os dados foram tabulados e posteriormente realizou-se a análise descritiva seguida pela regressão de Poisson univariada e multivariada com variância robusta.

Resultados: A mediana de idade dos participantes foi de 44,0 anos (19-70 anos). Houve predomínio de brancos (67.3%), solteiros (67.0%) e com baixo nível de escolaridade (56,5%). O índice CPOD foi de 17.0 ± 7.5 . O escore médio do OHIP-14 foi de $19.0 \pm 12,1$ e a prevalência de impacto negativo na saúde bucal relacionada com qualidade de vida na amostra foi de 78.0%. As variáveis quantidade de álcool consumido ($p=0.009$), uso de dentifrício ($p=0.016$), autopercepção de gosto metálico ($p=0.011$) e de dentes com mobilidade ($p=0.019$), e o índice CPOD ($p=0.034$) foram associados com os maiores escores de OHIP-14 após análise multivariada.

Conclusões: Concluiu-se que o consumo do álcool interferiu na percepção dos alcoolistas em reabilitação em relação à sua saúde bucal e na sua qualidade de vida. A alta prevalência de impacto negativo foi associada a maior quantidade de álcool consumido.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Alcoolismo. Consumo de Bebidas Alcoólicas. Qualidade de Vida. Índice CPO.

¹ A formatação deste artigo seguiu as normas da Quality of Life Research, exceto as tabelas que seguiram as normas da UFPR.

INTRODUÇÃO

O álcool, quando consumido de forma abusiva, favorece um estilo de vida que pode levar a problemas sociais, econômicos e de saúde. Assim, o consumo abusivo do álcool é considerado um problema de Saúde Pública mundial [1]. Além de ser um fator causal de mais de 200 doenças e lesões (*Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD 10th*), o consumo de álcool resulta em 3,3 milhões de mortes por ano no mundo [2].

Dados recentes mostram que o consumo global é de 6,2 litros de álcool puro por ano por indivíduo, considerando indivíduos de 15 anos ou mais. No Brasil, de 2008 a 2010, o consumo foi de 8,4 l/ano, valores superiores ao consumo global. Em relação ao alcoolismo, a prevalência mundial é de 2,3% e a brasileira, de 2,8%, representando aproximadamente 4,0 milhões de brasileiros com 15 anos ou mais de idade [2].

O consumo de álcool, além de prejudicar a saúde sistêmica, é um fator de risco para doenças bucais, pois tem efeito direto na cavidade bucal predispondo à cárie dentária, à doença periodontal e aos cânceres de cabeça e de pescoço [3].

A saúde bucal tem influência na saúde geral e impacta na qualidade de vida [4-6]. A avaliação da saúde bucal por medidas clínicas pode ser complementada por medidas subjetivas, as quais representam a percepção e a experiência do indivíduo em relação a sua saúde bucal e o impacto que ela tem no bem-estar funcional e psicossocial [5, 7, 8]. Para avaliar o impacto da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) foram criados instrumentos multidimensionais [5]. Dentre eles, Slade e Spencer desenvolveram em 1994 o *Oral Health Impact Profile* (OHIP). O questionário original contém 49 questões divididas em sete domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas [9]. Em 1997, foi desenvolvida a versão reduzida com 14 questões mantendo-se os sete domínios [10], a qual foi validada e adaptada para o português do Brasil por Oliveira e Nadanovsky em 2005 [11]. O OHIP-14 tem adequada validade, confiabilidade e precisão [10]. Além disso, foi amplamente usado em diferentes populações [7, 12-15].

A dependência química pelo álcool interfere na percepção do indivíduo em relação à sua saúde bucal e na sua qualidade de vida [16]. Assim, pode agravar as condições bucais e impactar na autopercepção. Desta forma, justifica-se investigar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de alcoolistas, pois existe uma escassez de estudos sobre esta temática, e compreender a QVRSB pode auxiliar no planejamento e implementação de políticas públicas para esta população.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto do consumo do álcool na qualidade de vida de alcoolistas em reabilitação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Considerações éticas

O estudo teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o número 1.464.721, e foi realizado conforme a Declaração de Helsinki. Os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho do Estudo

O estudo foi realizado em dois hospitais para o tratamento da dependência química no Estado do Paraná: o Instituto de Pesquisa e Tratamento do Alcoolismo (IPTA) e a Associação San Julian, localizados nos municípios de Campo Largo e de Piraquara, respectivamente. Os hospitais atendem apenas indivíduos do sexo masculino. Este estudo transversal e censitário utilizou uma amostragem por conveniência durante o período de dezembro de 2013 a março de 2017. Os participantes do estudo eram alcoolistas, maiores de 18 anos de idade, não usuários de outras substâncias psicoativas com exceção do tabaco.

Coleta de dados e questionários

Os participantes responderam a um questionário estruturado, o qual foi realizado na forma de entrevista por um examinador treinado. O questionário incluiu dados sociodemográficos como: idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, situação laboral e se residia com alguém ou sozinho. Os hábitos de saúde bucal foram avaliados segundo a frequência de escovação, uso de dentífrico, uso de fio dental, autopercepção da mobilidade dos dentes e de gosto metálico, e por fim, a data da última consulta odontológica. Dados relativos ao tempo e à quantidade de consumo do álcool e do cigarro também foram obtidos.

As questões do OHIP-14 foram avaliadas em relação à gravidade e a prevalência. Os escores numéricos foram somados para a obtenção da gravidade, e para a prevalência de impacto foi considerada a porcentagem de indivíduos que responderam “frequentemente” ou

“sempre” em um ou mais itens do questionário. Foi considerando como referência o período de 12 meses [17].

Em seguida, um examinador calibrado realizou exame bucal segundo o índice CPOD, sob luz natural, com auxílio de um espelho e sonda clínica, similar à da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os terceiros molares foram excluídos da avaliação.

Calibração

A calibração seguiu as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) [18]. Primeiramente, os critérios de diagnóstico da cárie dentária foram discutidos conforme o índice CPOD. Posteriormente, foi realizado o exame bucal de acordo com o índice em 20 indivíduos, por um examinador padrão ouro e pelo examinador da pesquisa. Estes indivíduos foram reavaliados após uma semana para obtenção da concordância intraexaminador. Os valores de Kappa obtidos foram de 0,85 para o interexaminador e 0,90 para o intraexaminador.

Análise de dados

A análise dos dados foi realizada com o programa computacional Stata/SE 14.1, StataCorp LP, EUA.

As variáveis qualitativas foram sumarizadas segundo suas frequências percentuais. As variáveis sociodemográficas foram dicotomizadas da seguinte forma: Cor da pele: brancos e não brancos (pardos, negros, indígenas e amarelos); Estado civil: casados/união estável e solteiros (solteiros, viúvos e divorciados); Nível de Escolaridade: ≥ 8 anos e < 8 anos; com quem mora: sozinho ou com alguém (esposa, pais, irmãos, avós e outros); e a Situação laboral: sim ou não. As questões de saúde bucal incluíram a escovação de dentes (sim ou não); uso de dentifrício (sim ou não); uso de fio dental (sim ou não); autopercepção de gosto metálico (sim ou não); autopercepção de dentes com mobilidade (sim ou não).

As variáveis quantitativas foram analisadas em relação aos valores de média, mediana, valor mínimo e máximo e o desvio padrão. Para avaliação da associação de cada uma das variáveis com a presença de impacto, foi considerado o modelo de Regressão de Poisson com variância robusta. Para avaliação da pontuação do índice CPOD e da quantidade de consumo de álcool que melhor discrimina entre casos com e sem impacto, foi considerado o ajuste da curva ROC. A quantidade de álcool consumida foi avaliada em dose-padrão e convertida em mililitros de álcool puro por dia [19]. A mediana foi considerada como ponto de corte para as

demais variáveis quantitativas: idade (anos); frequência diária de escovação; última consulta odontológica (anos); tempo de consumo do álcool (anos); tempo de consumo do tabaco (anos); quantidade de cigarros consumidos por dia e quantidade de dentes presentes na boca. Em relação ao impacto na qualidade de vida, este foi dicotomizado em presença e ausência de impacto negativo. O impacto negativo foi considerado quando o participante respondeu “frequentemente” ou “sempre” em uma ou mais questões do OHIP-14 e a ausência de impacto negativo nas respostas “nunca”, “raramente” ou “às vezes” em todas as perguntas, e testada a associação com as variáveis independentes. Para avaliação conjunta das variáveis que apresentaram valores de $p < 0,20$ na análise univariada foi ajustado o modelo de Regressão de Poisson Multivariado com variância robusta, e os valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística.

RESULTADOS

Participaram do estudo 400 alcoolistas com média de idade de 44.3 ± 10.2 anos mediana 44 anos, sendo a mínima 19 e a máxima 70 anos. Houve predomínio de brancos (67,3%), solteiros (67,0%), desempregados (67,0%) e de baixo nível de escolaridade (56,5%). Dentre os alcoolistas, 71,0% relataram ser tabagistas.

A tabela 1 apresenta os escores de prevalência de impacto negativo na QVRSB e escores para cada item do OHIP-14. O valor médio do OHIP-14 total, ou seja, da gravidade da amostra foi de $19,0 \pm 12,1$. A prevalência de impacto negativo na QVRSB na amostra foi de 78,0% ($n=312$). Os itens com maior prevalência de impacto negativo foram o Desconforto e a Incapacidade psicológicos (57,3% e 51,5%, respectivamente). E os domínios Incapacidade social (18,5%) e Limitação funcional (25,5%) apresentaram o menor número de relatos com impacto negativo na QVRSB.

A tabela 2 demonstra a frequência de impacto negativo relatada em cada item/pergunta do OHIP-14 considerando como referência o período de 12 meses. As perguntas que tiveram maior impacto negativo foram: “Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?” (51,0%) e “Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?” (47,8%).

TABELA 1 – PREVALÊNCIA E GRAVIDADE DE IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL E ESCORES DO OHIP-14 EM ALCOOLISTAS, N = 400, PARANÁ, 2017

DOMÍNIOS DO OHIP-14	Média ±DP ^a	Mediana (min.-max.) ^a	Prevalência N (%) ^b
Limitação funcional	2,1 ±2,1	2 (0 - 8)	102 (25,5)
Dor física	3,2 ±2,4	3 (0 - 8)	150 (37,5)
Desconforto psicológico	4,2 ±2,7	4 (0 - 8)	229 (57,3)
Incapacidade física	2,3 ±2,4	2 (0 - 8)	125 (31,3)
Incapacidade psicológica	3,2 ±2,3	3 (0 - 8)	206 (51,5)
Incapacidade social	1,7 ±2,1	1 (0 - 8)	74 (18,5)
Deficiência	2,3 ±2,2	2 (0 - 8)	151 (37,8)
OHIP total	19 ±12,1	18 (0 - 56)	312 (78,0)

FONTE: A autora (2017).

LEGENDA: a. Soma do escore das respostas (variação de 0–56 para os 14 itens).

b. Proporção de participantes que responderam em uma ou mais perguntas “frequentemente” e “sempre”.

DP = desvio padrão.

TABELA 2 – FREQUÊNCIA DE IMPACTO RELATADO EM CADA ITEM DO OHIP-14, EM ALCOOLISTAS, N = 400, PARANÁ, 2017

DOMÍNIOS DO OHIP-14	Itens	Presença de impacto	
		N	%
Limitação funcional	Item 1	45	11,2
	Item 2	78	19,5
Dor física	Item 1	86	21,5
	Item 2	115	28,8
Desconforto psicológico	Item 1	204	51,0
	Item 2	135	33,8
Incapacidade física	Item 1	117	29,2
	Item 2	33	8,2
Incapacidade psicológica	Item 1	55	13,8
	Item 2	191	47,8
Incapacidade social	Item 1	53	13,2
	Item 2	44	11,0
Deficiência	Item 1	146	36,5
	Item 2	26	6,5

FONTE: A autora (2017).

A análise univariada das variáveis sociodemográficas em relação ao impacto negativo na QVRSB está descrita na Tabela 3.

Para os hábitos e condições de saúde bucal (Tabela 4) a análise univariada mostrou diferença estatística significativa nas variáveis: escova os dentes ($p=0,002$), uso de dentifrício ($p=0,003$), autopercepção de gosto de metálico ($p<0,001$) e de dentes com mobilidade ($p=0,004$). Porém, a variável escova os dentes apresentou apenas um caso na referência “não” para ausência de impacto negativo, então não foi avaliada na análise multivariada. Os dados referentes ao CPOD apresentaram média de $17,0 \pm 7,5$ e mediana 17,0 (0-28). Esta variável também apresentou diferença estatisticamente significativa ($p=0,049$).

TABELA 3 – ANÁLISE UNIVARIADA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM ALCOOLISTAS, N = 400, PARANÁ, 2017

Características Sociodemográficas	Ausência de impacto	Presença de impacto	Total n (%)	<i>p</i>	RP (IC 95%)
Idade (anos)					
< 44	41 (20,6)	158 (79,4)	199 (49,8)	0,502	0,96
≥ 44	47 (23,4)	154 (76,6)	201 (50,3)		(0,87; 1,07)
Cor da pele					
Branços	61 (22,7)	208 (77,3)	269 (67,3)	0,634	1,03
Não Brancos	27 (20,6)	104 (79,4)	131 (32,8)		(0,92; 1,14)
Estado Civil					
Casado	31 (23,5)	101 (76,5)	132 (33,0)	0,621	1,03
Solteiro	57 (21,3)	211 78,7)	268 (67,0)		(0,92; 1,15)
Escolaridade (anos)					
≥ 8	44 (25,3)	130 (74,7)	174 (43,5)	0,172	1,08
< 8	44 (19,5)	182 (80,5)	226 (56,5)		(0,97; 1,2)
Situação Laboral					
Sim	32 (24,2)	100 (75,8)	132 (33,0)	0,459	0,96
Não	56 (20,9))	212 (79, 1)	268 (67, 0)		(0,85; 1,07)
Reside sozinho					
Sim	20 (17,1)	97 (82,9)	117 (29,3)	0,104	1,09
Não	68 (24,0)	215 (76,0)	283 (70,8)		(0,98; 1,21)

FONTE: A autora (2017).

LEGENDA: RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança.

Em relação aos hábitos do consumo de álcool e cigarro, as variáveis quantidade de álcool (ml/dia) ($p = 0,016$) e quantidade de álcool em dose padrão ($p=0,016$) mostraram diferença significativa na análise univariada. Para a análise multivariada foi considerada a quantidade de álcool (ml/dia) (Tabela 5).

As variáveis que apresentaram valores de $p < 0,20$ na análise univariada foram incluídas no modelo de regressão multivariada de Poisson. As variáveis “quantidade de álcool puro consumido” ($p=0,009$); “uso de dentifrício” ($p=0,016$), “autopercepção de gosto metálico” ($p=0,011$); “autopercepção de dentes com mobilidade” ($p=0,019$) e o “CPOD” ($p=0,034$) foram associadas ao impacto negativo na QVRSB (tabela 6).

TABELA 4 – ANÁLISE UNIVARIADA DOS HÁBITOS E CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL EM ALCOOLISTAS, N = 400, PARANÁ, 2017

Saúde Bucal	Ausência de impacto	Presença de impacto	Total n (%)	p	RP (IC 95%)
Escova os dentes					
Sim	87 (22,8)	295 (77,2)	382 (95,5)	0,002*	1,22
Não	1 (5,6)	17 (94,4)	18 (4,5)		(1,08; 1,39)
Frequência de escovação					
≥ 3	37 (24,8)	112 (75,2)	149 (37,3)	0,305	1,06
< 3	51 (20,3)	200 (79,7)	251 (62,8)		(0,95; 1,19)
Uso de dentifrício					
Sim	86 (23,1)	287 (76,9)	373 (93,3)	0,003*	1,20
Não	2 (7,4)	25 (92,6)	27 (6,8)		(1,07; 1,36)
Uso de fio dental					
Sim	26 (27,1)	70 (72,9)	96 (25,9)	0,180	1,10
Não	55 (20,0)	220 (80)	275 (74,1)		(0,96; 1,26)
Autopercepção de gosto metálico					
Não	77 (26,5)	214 (73,5)	291 (72,8)	<0,001*	1,22
Sim	11 (10,1)	98 (89,9)	109 (27,3)		(1,11; 1,34)
Autopercepção de dentes com mobilidade					
Não	61 (26,4)	170 (73,6)	231 (62,3)	0,004*	1,16
Sim	20 (14,3)	120 (85,7)	140 (37,7)		(1,05; 1,29)
Última consulta odontológica (anos)					
< 2	37 (23,6)	120 (76,4)	157 (44,7)	0,588	1,03
≥ 2	41 (21,1)	153 (78,9)	194 (55,3)		(0,92; 1,16)
CPOD					
< 19	56 (25,7)	162 (74,3)	218 (54,5)	0,049*	1,11
≥ 19	32 (17,6)	150 (82,4)	182 (45,5)		(1; 1,23)
Quantidade de dentes					
< 20	39 (20,7)	149 (79,3)	188 (47,0)	0,567	0,97
≥ 20	49 (23,1)	163 (76,9)	212 (53,0)		(0,87; 1,08)

FONTE: A autora (2017)

LEGENDA: RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança. *significância estatística de 5% (p<0,05)

TABELA 5 – ANÁLISE UNIVARIADA DO USO DE ÁLCOOL E TABACO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL, N = 400, PARANÁ, 2017

Variável	Ausência de impacto	Presença de impacto	Total n (%)	p	RP (IC 95%)
Tempo de consumo do álcool (anos)					
< 22	47 (24,2)	147 (75,8)	194 (48,5)	0,299	1,06 (0,95; 1,17)
≥ 22	41 (19,9)	165 (80,1)	206 (51,5)		
Quantidade de álcool puro consumido (ml/dia)					
< 312,5	35 (31,0)	78 (69,0)	113 (28,3)	0,016*	1,18 (1,03; 1,35)
≥ 312,5	53 (18,5)	234 (81,5)	287 (71,8)		
Quantidade de álcool consumido (dose padrão)					
< 18,5	35 (31,0)	78 (69,0)	113 (28,3)	0,016*	1,18 (1,03; 1,35)
≥ 18,5	53 (18,5)	234 (81,5)	287 (71,8)		
Tempo de consumo de tabaco (anos)					
< 24	32 (22,9)	108 (77,1)	140 (49,0)	0,364	1,06 (0,94; 1,19)
≥ 24	27 (18,5)	119 (81,5)	146 (51,0)		
Quantidade de cigarro consumido (dia)					
< 20	23 (18,1)	104 (81,9)	127 (44,3)	0,356	0,95 (0,84; 1,06)
≥ 20	36 (22,5)	124 (77,5)	160 (55,7)		

FONTE: A autora (2017)

LEGENDA: RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança. *significância estatística de 5% (p<0,05)

TABELA 6 – ANÁLISE MULTIVARIADA DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SAÚDE BUCAL, USO DE ÁLCOOL E IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE BUCAL, N = 400, PARANÁ, 2017

Variável	Classificação de Risco	p	RP (IC 95%)
Escolaridade (anos)	< 8 anos	0,759	1,02 (0,91 ; 1,14)
Reside sozinho	Sim	0,212	1,07 (0,96; 1,19)
Uso de dentifrício	Não	0,016*	1,12 (1,02; 1,23)
Uso de fio dental	Não	0,388	1,06 (0,93; 1,21)
Autopercepção de gosto metálico	Sim	0,011	1,14 (1,03; 1,26)
Autopercepção de dentes com mobilidade	Sim	0,019*	1,13 (1,02; 1,25)
Quantidade de álcool puro consumido (ml/dia)	≥312,5	0,009*	1,22 (1,05; 1,41)
CPOD	≥19	0,034*	1,12 (1,01; 1,24)

FONTE: A autora (2017)

LEGENDA: RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança. *significância estatística de 5% (p<0,05)

DISCUSSÃO

A literatura é escassa em relação ao uso do instrumento OHIP-14 para avaliar a QVRSB em alcoolistas em reabilitação. E neste estudo, foi possível observar que uma maior quantidade de álcool consumido, altos valores de CPOD, o não uso de dentifrício, a presença

da autopercepção de gosto metálico e de dentes amolecidos na boca impactaram negativamente na QVRSB destes indivíduos.

Neste grupo de alcoolistas em reabilitação uma maior quantidade de álcool puro consumido foi o aspecto comportamental mais importante que influenciou na QVRSB. De fato, o consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para muitas doenças crônicas [20]. No presente estudo o consumo do álcool interferiu na percepção dos alcoolistas em reabilitação em relação à sua saúde bucal e na sua qualidade de vida. Os alcoolistas que consumiram maiores quantidades de álcool apresentaram piores valores do OHIP-14. Este hábito prejudicial correlacionou-se significativamente com a QVRSB, pois contribuiu para problemas bucais como cárie dentária, necessidade de restauração, perdas dentárias, doença periodontal e disgeusia. Almoznino et al. (2015) observaram que o consumo do álcool se correlaciona significativamente com os escores do OHIP-14, e que, além dos impactos para a saúde geral e bucal, o consumo do álcool apresenta consequências psicossociais, ou seja, impacto negativo na qualidade de vida [20]. Este trabalho suporta que quanto maior o consumo de álcool, maior o impacto negativo na qualidade de vida destes indivíduos.

Os alcoolistas deste estudo apresentaram média elevada de CPOD se comparado a outros estudos em populações de não dependentes químicos [20, 21]. Considerando por base a região sul do Brasil, na faixa etária entre 35 e 44 anos, o índice CPOD mostrou-se similar [22]. Esta semelhança pode ser justificada em parte pela maior amplitude na faixa etária estudada, em que os alcoolistas jovens, apresentando um índice CPOD baixo, reduziram a média geral. Segundo alguns estudos, os alcoolistas apresentam um maior número de dentes ausentes e com lesões cariosas, interferindo no índice CPOD [3, 23, 24]. Este achado não está relacionado ao efeito direto do álcool na cavidade bucal, e sim é resultado do estilo de vida (dieta cariogênica e com baixo valor nutricional, consumo de tabaco), redução do fluxo salivar, negligência dos hábitos de higiene bucal e das consultas odontológicas e também da condição social desses indivíduos [3, 23, 24]. Neste estudo foi possível observar que a presença de dentes cariados, perdidos e obturados (restaurados), no caso o CPOD, exerceu impacto negativo na qualidade de vida dos alcoolistas. Este achado corrobora com estudos que aplicaram o OHIP-14 em diferentes populações e identificaram que as piores condições bucais correspondem aos maiores valores do OHIP-14 [15, 20, 21, 25].

Em relação à prevalência de impacto negativo, este estudo mostrou valores superiores aos observados em outros estudos internacionais com bases populacionais envolvendo faixas etárias semelhantes (adultos e idosos): Inglaterra 16.4%, Finlândia 10.3% e, Canadá com 23.4%

[13-15]. Em comparação com estudos nacionais em populações de não alcoolistas da região sul (15.9%) e sudeste (35.0%) também foi superior [7, 12].

A média da gravidade do impacto negativo neste estudo foi inferior a de estudos que avaliaram concomitantemente o efeito sinérgico de substâncias e demonstraram que o uso de outras substâncias psicoativas aumenta o impacto negativo na QVRSB [25, 26]. Drogas como a cocaína e o *crack* são mais prejudiciais do que o álcool, pois podem causar mais comorbidades psiquiátricas e deficiências cognitivas [16]. Além disso, estão associados a doenças sexualmente transmissíveis e envolvimento em atividades ilegais, fatores que podem afetar a QVRSB [16].

As divergências nos valores do OHIP entre as populações estudadas estão relacionadas a diferentes determinantes da saúde, conforme mencionado anteriormente são medidas subjetivas, e podem refletir diferenças sociais e de cultura, bem como da disponibilidade de serviços de saúde para estas pessoas [14, 27].

Hábitos de saúde bucal, como utilizar fio dental e dentifrícios exercem impacto na qualidade de vida [28]. Neste estudo, os alcoolistas que não utilizavam dentifrício apresentaram um maior impacto negativo na QVRSB, resultados estes similares a outros trabalhos com indivíduos não alcoolistas [29, 30]. A falta de cuidados com a higiene bucal e a falta de tratamento odontológico, pode resultar em dor, mobilidade e perda de dentes, os quais impactam na QVRSB [31].

Outro aspecto que exerce impacto negativo na QVRSB dos alcoolistas foi a autopercepção de gosto metálico (disgeusia). A disgeusia pode ter diversas causas, dentre elas procedimentos odontológicos como extrações e tratamento de abscessos, uso de próteses dentárias, presença das doenças cárie dentária e periodontal [32]. Além disso, o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos comumente utilizados no tratamento da dependência química pode contribuir para esta alteração. Outro possível fator causador da disgeusia é o tabaco [32], e no presente estudo 71% dos participantes são fumantes. A alteração no paladar pode ocasionar a aversão a alguns alimentos, prejudicando uma alimentação ideal, e como consequência pode levar à redução de força, da massa muscular, de função e da qualidade de vida [32]. A disgeusia também reduz a capacidade de diferenciar a intensidade ou a concentração de sabores, assim pode ocasionar um aumento da ingestão de sal e açúcar [32]. Este último poderia resultar no aumento do número de lesões de cárie destes indivíduos.

A autopercepção da mobilidade dentária também está associada a piores valores da QVRSB nos alcoolistas. A mobilidade está relacionada com a doença periodontal, a qual neste trabalho foi avaliada de forma subjetiva. Há evidências da associação da doença periodontal e

a QVRSB, assim quanto maior a gravidade da doença, maior o impacto negativo [33, 34]. Além disso, o consumo nocivo de álcool é um dos fatores de risco para a periodontite e quanto maior o consumo, maior a gravidade da doença [35].

Este estudo utilizou uma amostra por conveniência, por isso é passível de viés seleção da amostra. Além disso, os dados dos questionários são autorrelatados e as respostas são subjetivas, dessa forma pode ocorrer algum risco de viés de memória ou de informação.

A qualidade de vida é influenciada por aspectos socioculturais, econômicos, psicológicos e físicos [16]. Desta forma se opõe ao modelo biomédico, o qual está centrado na doença [16]. É um indicador adequado para avaliar a experiência subjetiva do indivíduo e quantificar a carga psicossocial do alcoolismo [36]. E o uso de instrumentos de QVRSB aplicados de forma complementar às medidas clínicas tradicionais auxiliam a identificar as condições que apresentam um maior potencial de comprometer o bem-estar dos indivíduos. Compreender as consequências da saúde bucal na perspectiva do paciente permite planejar de forma mais efetiva as ações de saúde, em que o objetivo não seria apenas melhorar o estado clínico e o prognóstico dos pacientes, mas também melhorar a qualidade de vida [14, 15, 21, 36].

Esses indicadores da QVRSB podem servir como motivação para mudanças de comportamento e como forma de medir a eficácia de tratamento odontológico [37]. Neste contexto, Wijk e colaboradores, 2016, avaliaram a diferença entre a aplicação do OHIP-14 antes e depois do tratamento odontológico de alcoolistas e outros dependentes químicos. Observaram um efeito positivo substancial no impacto da QVRSB [26].

Por fim, desenvolver estudos dentro de um ambiente hospitalar com alcoolistas em que a autopercepção da saúde bucal é abordada e as opiniões são consideradas, traz à tona a complexidade da qualidade de vida a qual está intimamente relacionada com aspectos comportamentais e da saúde bucal. Dessa forma, essa perspectiva multidimensional pode auxiliar no planejamento e implementação de políticas públicas que se concentrem na redução de danos causados pelo consumo abusivo do álcool e melhorar as condições de saúde geral e bucal desta população.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que o consumo do álcool interferiu na percepção dos alcoolistas em reabilitação em relação à sua saúde bucal e na sua qualidade de vida. A alta prevalência de impacto negativo foi associada a maior quantidade de álcool consumido.

REFERÊNCIAS

1. Mehta, A.J. (2016). Alcoholism and critical illness: A review. *World Journal of critical care medicine*, 5(1), 27-35.
2. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg, 2014.
3. Sender-Janeczek, A., Zietek, M. (2016). The Distribution of *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola* and *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* in Patients with Alcoholic Disease: A Pilot Study. *Advances in clinical and experimental medicine*, 25(2), 243-8.
4. Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S., Sleight, A.C. (2011). Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. *Health and quality of life outcomes*, 9.
5. Andrade, F.B., Lebrao, M.L., Santos, J.L., Cruz Teixeira, D.S., Oliveira Duarte, Y.A. (2012). Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(9), 1755-60.
6. Yu, S.J., Chen, P., Zhu, G.X. (2013). Relationship between implantation of missing anterior teeth and oral health-related quality of life. *Quality of life research*, 22(7), 1613-20.
7. Miotto, M.H.M.B., Barcellos, L.A., Velten, D.B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2). Portuguese.
8. Brondani, M.A., Macentee, M.I. (2014). Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral health-related quality of life research? *Quality of life research*, 23(4), 1087-96.
9. Slade, G.D., Spencer, A.J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community dental health*, London, 11(1), 3-11.
10. Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-90.
11. Oliveira, B.H., Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(4), 307-14.
12. Gabardo, M.C., Moysés, S.J., Moysés, S.T., Olandoski, M., Olinto, M.T., Pattussi, M.P. (2015). Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(5), 1531-40.
13. Guarnizo-Herreño, C.C., Watt, R.G., Fuller, E., Steele, J.G., Shen, J., Morris, S., Wildman, J., Tsakos, G. (2014). Socioeconomic position and subjective oral health:

- findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Public*, 14.
14. Lahti, S., Suominen-Taipale, L., Hausen, H. (2008). Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *European journal of oral science*, 116(3), 260-6.
 15. Lawrence, H.P., Thomson, W.M., Broadbent, J.M., Poulton, R. (2008). Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community dentistry and oral epidemiology*, 36(4), 305-16.
 16. Marques, T.C.N., Sarracini, K.L.M., Cortellazzi, K.L., Mialhe, F.L., Meneghim, M. C., Pereira, A.C., Ambrosano, G.M.B. (2015). The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*, 15.
 17. Slade, G.D., Nuttall, N., Sanders, A.E., Steele, J.G., Allen, P.F., Lahti, S. (2005). VImpacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British Dental Journal*, 198(8), 489-93.
 18. World Health Organization (WHO). Oral Health Surveys, Basic Methods. Geneva: WHO, 2013.
 19. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2013). Curso de Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins – “Fé na Prevenção Módulo II: Efeitos e consequências dos diferentes padrões de uso de álcool e outras drogas Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Justiça. Portuguese.
 20. Almoznino, G., Aframian, D.J., Sharav, Y., Sheftel, Y., Mirzabaev, A., Zini, A. (2015). Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. *Oral Diseases*, 21(5), 659-66.
 21. Sirisha, N.R., Srinivas, P., Suresh, S., Devaki, T., Srinivas, R., Simha, V.B. (2014). Oral health related quality of life among special community adult population with low socioeconomic status residing in Guntur city, Andhra Pradesh: A cross-sectional study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 12(4), 302-5.
 22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012). SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. Portuguese.
 23. Kantorski, K.Z., Souza, D.M., Yujra, V.Q., Junqueira, J.C., Jorge, A.O.C., Rocha, R.F. (2007). Effect of an alcoholic diet on dental caries and on Streptococcus of the mutans group. Study in rats. *Brazilian Oral Research*, 21(2), 101-5.
 24. Medina-Solís, C.E., Pontigo-Loyola, A.P., Pérez-Campos, E., Hernandez-Cruz, P., Avila-Burgos, L., Mendonza-Rodriguez, M., Maupome, G. (2014). National Survey of Oral/Dental Conditions Related to Tobacco and Alcohol Use in Mexican Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 3169-84.

25. Jelic, B., Vukic, V.A., Peco, M., Vojnovic, D., Zoric, Z. (2014). Influence of oral health status on self esteem in patients with mental disorders – patients addicted to alcohol. *Alcoholism and Psychiatry Research*, 50(2), 83–92.
26. Wijk, A.J., Molendijk, G., Verrips, G.H.W. (2016). OHRQoL in a Sample of Alcohol and Drug Abusers. *The Open Dentistry Journal*, 10, 338-46.
27. Jain, M., Kaira, L.S., Sikka, G., Singh, S., Gupta, A., Sharma, R., Sawla, L., Mathur, A. (2012). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two state samples of gujarat and rajasthan. *Journal of dentistry / Tehran University of Medical Sciences*, 9(2), 135-44.
28. Wang, T.F., Chou, C., Yu, S. (2013). Assessing the effects of oral health-related variables on quality of life in Taiwanese adults. *Quality of Life Research*, 22(4), 811-25.
29. Mashoto, K.O., Astrom, A.N., Skeie, M.S., Masalu J.R. (2010). Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district, Tanzania. *BMC Oral Health*, 10(7).
30. Mesquita, F.A.B., Vieira, S. (2009). Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 57(4), 401-6. Portuguese.
31. Jang, E.J., Kim, E.K., Lee, K.S., Lee, H.K., Choi, Y.H., Hwang, T.Y., Kim, S.K., Jo, M.W. (2015). Oral health related quality of life and it's related factors of stroke patients at home in Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(3), 523-8.
32. Syed, Q., Hendler, K.T., Koncilja, K. (2016). The Impact of Aging and Medical Status on Dysgeusia. *The American Journal of Medicine*, 129(7).
33. Jansson, H., Wahlin, A., Johansson, V., Akerman, S., Lundegren, N., Isberg, P., Norderyd, O. (2014). Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health–Related Quality of Life. *Journal of Periodontology*, 85(3), 438-45.
34. Ferreira, M.C., Dias-Pereira, A.C., Branco-de-Almeida, L.S., Martins, C.C., Paiva, S.M. (2017). Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *Journal of Periodontal Research*.
35. Hach, M., Holm-pedersen, P., Adegboye, A.R., Avlund, K. (2015). The effect of alcohol consumption on periodontitis in older Danes. *International Journal of Dental Hygiene*, 13(4), 261-7.
36. Srivastava, S., Bhatia, M.S. (2013). Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1).
37. Martinez, P., Lien, L., Landheim, A., Kowal, P., Clausen, T. (2014). Quality of life and social engagement of alcohol abstainers and users among older adults in South Africa. *BMC Public Health*, 14.

3.1 IMPACT OF ALCOHOL CONSUMPTION ON ORAL HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE²

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to evaluate the impact of alcohol consumption on the quality of life of alcoholics in rehabilitation. This cross-sectional and census study evaluated 400 men hospitalized in two rehabilitation hospitals in the State of Paraná from 2013 to 2017.

Methods: Participants answered a structured questionnaire and the decayed, missed and filled teeth index (DMFT) was applied. Self-perception in oral health was measured using the Oral Health Impact Profile in the short version (OHIP-14). Data were tabulated and the descriptive analysis followed by univariate and multivariate Poisson regression with robust variance was performed.

Results: The median age of participants was 44.0 years (19-70 years). There was a predominance of whites (67.3%), singles (67.0%) and low educational level (56.5%). The DMFT index was 17.0 ± 7.5 . The mean OHIP-14 score was 19.0 ± 12.1 and the prevalence of negative impact on oral health related to quality of life in the sample was 78.0%. Variables amount of alcohol consumed ($p=0.009$), toothpaste use ($p=0.016$), self-perception of metallic taste ($p=0.011$), self-perception of tooth mobility ($p=0.019$) and DMFT index ($p=0.034$) were associated with higher OHIP-14 scores after multivariate analysis.

Conclusions: It was concluded that alcohol consumption interfered with the perception of alcoholics in rehabilitation in relation to their oral health and quality of life. The high prevalence of negative impact was associated with higher amount of alcohol consumed.

Keywords: Oral Health. Alcoholism. Alcohol Drinking. Quality of Life. DMF Index.

² A formatação deste artigo seguiu as normas da revista Quality of Life Research

INTRODUCTION

Alcohol, when misused, favors a lifestyle that can lead to social, economic, and health problems. Thus, abusive alcohol consumption is considered a worldwide public health problem [1]. In addition to being a causal factor of more than 200 diseases and injuries (Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD 10th), alcohol consumption results in 3.3 million deaths per year worldwide [2].

Recent data have shown that the overall consumption is 6.2 liters of pure alcohol per year per individual, considering individuals aged 15 years or older. In Brazil, from 2008 to 2010, consumption was 8.4 l / year, values higher than the global consumption. In relation to alcoholism, the world prevalence is 2.3% and the Brazilian prevalence is 2.8%, representing approximately 4.0 million Brazilians aged 15 years or older [2].

Alcohol consumption, in addition to impairing systemic health, is a risk factor for oral diseases, since it has a direct effect on the oral cavity predisposing to dental caries, periodontal disease and head and neck cancers [3].

Oral health influences overall health and impacts quality of life [4-6]. The assessment of oral health by clinical measures can be complemented by subjective measures, which represent the individual's perception and experience regarding his or her oral health and its impact on functional and psychosocial well-being [5, 7, 8].

In order to evaluate the impact of Oral Health-Related Quality of Life (OHRQoL), multidimensional instruments have been created [5]. Among them, Slade and Spencer developed the Oral Health Impact Profile (OHIP) in 1994. The original questionnaire contains 49 questions divided into seven domains: functional limitation, physical pain, psychological discomfort, physical disability, psychological disability and social disability and handicap [9]. In 1997, its reduced version was developed with 14 questions, maintaining the seven domains [10], which was validated and adapted to Brazilian Portuguese by Oliveira and Nadanovsky in 2005 [11]. OHIP-14 has adequate validity, reliability and precision [10]. In addition, it has been widely used in different populations [7, 12-15].

Chemical dependence on alcohol interferes with the individual's perception about oral health and quality of life [16]. Thus, it can worsen oral conditions and impact self-perception. Thus, it is justified to investigate the impact of oral health on the quality of life of alcoholics, since there is a lack of studies on this subject, and understanding OHRQoL can help in the planning and implementation of public policies for this population.

Therefore, the aim of this study was to evaluate the impact of alcohol consumption on the quality of life of alcoholics in rehabilitation.

MATERIAL AND METHODS

Ethical Considerations

The study began after approval of the Ethics Research Committee involving human beings of the Health Sciences Sector, Federal University of Paraná, under number 1,464,721, and was carried out in accordance with the Declaration of Helsinki. Written, informed consent was obtained from all the participants in this study.

Study Design

The study was conducted in two hospitals for the treatment of chemical dependence in the State of Paraná: The Institute of Research and Treatment of Alcoholism (IPTA) and the San Julian Association, located in the municipalities of Campo Largo and Piraquara, respectively. Hospitals accept only male patients. This cross-sectional and census study used convenience sampling during the period from December 2013 to March 2017. Study participants were alcoholics, over 18 years of age, not users of other psychoactive substances other than tobacco.

Data collection and questionnaires

Participants responded to a structured questionnaire, which was conducted as an interview by a trained examiner. The questionnaire included sociodemographic data such as: years of age, skin color, marital status, educational level and employment status. Oral health habits were evaluated according to the toothbrushing frequency, toothpaste use, dental floss use, self-perception of tooth mobility and of metallic taste, and finally, date of the last dental appointment. Data on the time and amount of alcohol and cigarette consumption were also obtained.

The OHIP-14 questions were evaluated for severity and prevalence. Numerical scores were added to obtain the severity, and for the impact prevalence, the percentage of individuals

who answered "fairly often" or "very often" in one or more items of the questionnaire was considered. The period was 12 months was considered as reference [17].

Then, a calibrated examiner underwent oral examination according to the DMFT index under natural light using a mirror and a clinical probe, as recommended by the World Health Organization (WHO). Third molars were excluded from the evaluation.

Calibration

Calibration followed the guidelines of the World Health Organization (WHO) [18]. First, the criteria for diagnosis of dental caries were discussed according to the DMFT index. Subsequently, oral examination was performed according to the DMFT index in 20 individuals by a gold standard examiner and by the research examiner. These individuals were reevaluated after one week to obtain intra-examiner agreement. The Kappa values obtained were 0.85 for the inter-examiner and 0.90 for the intra-examiner.

Data analysis

Data analysis was performed using the Stata / SE 14.1 software, StataCorp LP, USA.

Qualitative variables were summarized according to their percentage frequencies. Sociodemographic variables were dichotomized as follows: skin color: white and non-white (brown, black, indigenous and yellow); marital status: married / stable union and single (single, widowed and divorced); years of schooling: ≥ 8 years and < 8 years; resides alone: alone or with someone (wife, parents, siblings, grandparents and others); and employment: yes or no. Oral health issues included brushing of teeth (yes or no); use of toothpaste (yes or no); use of dental floss (yes or no); self-perception of metallic taste (yes or no); self-perception of tooth mobility (yes or no).

Quantitative variables were analyzed in relation to mean, median, minimum and maximum values and standard deviation. To evaluate the association of each of the variables with the presence of impact, the Poisson Regression model with robust variance was used. For the evaluation of the DMFT index score and the daily amount of alcohol consumption that best discriminates between cases with and without impact, the adjustment of the ROC curve was considered. The daily amount of alcohol consumed was evaluated in standard drink and converted into milliliters of pure alcohol per day [19]. The median was considered as cutoff point for the other quantitative variables: age (years); tooth brushing frequency (day); last dental

appointment (years); time of alcohol consumption (years); time of tobacco consumption (years); amount of cigarettes consumed per day and amount of teeth present in the mouth. The impact on quality of life was dichotomized into presence and absence of negative impact.

Negative impact was considered when the participant answered "fairly often" or "very often" on one or more OHIP-14 questions and the absence of negative impact when the participant answered "never", "hardly ever" or "occasionally" to all questions, testing for association with independent variables. For the joint evaluation of variables that presented p values <0.20 in the univariate analysis, the Multivariate Poisson Regression model with robust variance was adjusted, and p values <0.05 indicated statistical significance.

RESULTS

The study included 400 alcoholics with mean age of 44.3 ± 10.2 years, median age of 44.0 years, with minimum of 19 and maximum of 70 years. There was a predominance of whites (67.3%), singles (67.0%), unemployed (67.0%) and low educational level (56.5%). Among alcoholics, 71.0% reported being smokers.

Table 1 presents the scores of prevalence of negative impact on the OHRQoL and scores for each item of the OHIP-14. The mean value of the total OHIP-14, i.e., the sample severity was 19.0 ± 12.1 . The prevalence of negative impact on OHRQoL in the sample was 78.0% (n = 312). The items with the highest prevalence of negative impact were Psychological discomfort and Psychological disability (57.3% and 51.5%, respectively). Social incapacity (18.5%) and Functional limitation (25.5%) domains had the lowest number of reports with negative impact on OHRQoL.

TABLE 1 – MEAN SEVERITY SCORES AND PREVALENCE OF IMPACT FOR OHIP-14 ITEMS IN ALCOHOLICS, N = 400, PARANÁ, 2017.

OHIP-14 ITEMS	Mean $\pm$ SD ^a	Median (min.-max.) ^a	Prevalence N (%) ^b
Functional limitation	2.1 $\pm$ 2.1	2 (0 - 8)	102 (25.5)
Physical pain	3.2 $\pm$ 2.4	3 (0 - 8)	150 (37.5)
Psychological discomfort	4.2 $\pm$ 2.7	4 (0 - 8)	229 (57.3)
Physical disability	2.3 $\pm$ 2.4	2 (0 - 8)	125 (31.3)
Psychological disability	3.2 $\pm$ 2.3	3 (0 - 8)	206 (51.5)
Social disability	1.7 $\pm$ 2.1	1 (0 - 8)	74 (18.5)
Handicap	2.3 $\pm$ 2.2	2 (0 - 8)	151 (37.8)
Total OHIP	19.0 $\pm$ 12.1	18 (0 - 56)	312 (78.0)

a. Sum of scored responses (potential range 0–28 for 7 items and for 0–56 for 14 items).

b. Proportion of respondents reporting one or more items 'fairly often' or 'very often'. SD = standard deviation

Table 2 shows the frequency of negative impact reported in each item / question of OHIP-14 considering the period of 12 months as reference. The questions that had the greatest negative impact were: "Were you concerned about problems with your mouth or teeth?" (51.0%) and "Did you feel embarrassed because of problems with your mouth or teeth?" (47.8%).

TABLE 2 – FREQUENCY OF REPORTED IMPACT ON EACH ITEM OF OHIP-14 IN ALCOHOLICS, N= 400, PARANÁ, 2017.

OHIP-14 ITEMS	Itens	Presence of impact	
		N	%
Functional limitation	Item 1	45	11.2
	Item 2	78	19.5
Physical pain	Item 1	86	21.5
	Item 2	115	28.8
Psychological discomfort	Item 1	204	51.0
	Item 2	135	33.8
Physical disability	Item 1	117	29.2
	Item 2	33	8.2
Psychological disability	Item 1	55	13.8
	Item 2	191	47.8
Social disability	Item 1	53	13.2
	Item 2	44	11.0
Handicap	Item 1	146	36.5
	Item 2	26	6.5

The univariate analysis of socio-demographic variables in relation to the negative impact on OHRQoL is described in Table 3.

TABLE 3 – UNIVARIATE ANALYSIS OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND IMPACT IN ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG ALCOHOLICS, N = 400, PARANÁ, 2017.

Sociodemographic characteristics	Absence of impact	Presence of impact	Total n (%)	<i>p</i>	PR (CI 95%)
Years of age					
< 44	41 (20.6)	158 (79.4)	199 (49.8)	0.502	0.96 (0.87; 1.07)
≥ 44	47 (23.4)	154 (76.6)	201 (50.3)		
Skin color					
White	61 (22.7)	208 (77.3)	269 (67.3)	0.634	1.03 (0.92; 1.14)
Non white	27 (20.6)	104 (79.4)	131 (32.8)		
Marital status					
Married	31 (23.5)	101 (76.5)	132 (33.0)	0.621	1.03 (0.92; 1.15)
Single	57 (21.3)	211 (78.7)	268 (67.0)		
Years of schooling					
≥ 8	44 (25.3)	130 (74.7)	174 (43.5)	0.172	1.08 (0.97; 1.2)
< 8	44 (19.5)	182 (80.5)	226 (56.5)		
Employment					
Yes	32 (24.2)	100 (75.8)	132 (33.0)	0.459	0.96 (0.85; 1.07)
No	56 (20.9)	212 (79.1)	268 (67.0)		
Resides alone					
Yes	20 (17.1)	97 (82.9)	117 (29.3)	0.104	1.09 (0.98; 1.21)
No	68 (24.0)	215 (76.0)	283 (70.8)		

PR= prevalence ratio; CI= confidence interval

For habits and oral health conditions (Table 4), the univariate analysis showed a significant statistical difference in the following variables: brushing of teeth ($p=0.002$), use of toothpaste ($p=0.003$), self-perception of metallic taste ($p<0.001$), and tooth mobility ($p=0.004$). However, variable "brushing of teeth" had only one case in the "no" reference for no negative impact, so it was not evaluated in the multivariate analysis. Data on DMFT presented mean of 17.0 ± 7.5 and median of 17.0 (0-28), with variation from zero to 28. This variable also presented a statistically significant difference ($p=0.049$).

TABLE 4 – UNIVARIATE ANALYSIS OF ORAL HEALTH HABITS, CONDITION AND IMPACT IN ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG ALCOHOLICS, N = 400, PARANÁ, 2017

Oral health	Absence of impact	Presence of impact	Total n (%)	<i>p</i>	PR (CI 95%)
Brushing of teeth					
Yes	87 (22.8)	295 (77.2)	382 (95.5)	0.002*	1.22 (1.08; 1.39)
No	1 (5.6)	17 (94.4)	18 (4.5)		
Toothbrushing frequency (day)					
≥ 3	37 (24.8)	112 (75.2)	149 (37.3)	0.305	1.06 (0.95; 1.19)
< 3	51 (20.3)	200 (79.7)	251 (62.8)		
Use of toothpaste					
Yes	86 (23.1)	287 (76.9)	373 (93.3)	0.003*	1.20 (1.07; 1.36)
No	2 (7.4)	25 (92.6)	27 (6.8)		
Use of dental floss					
Yes	26 (27.1)	70 (72.9)	96 (25.9)	0.180	1.10 (0.96; 1.26)
Não	55 (20.0)	220 (80.0)	275 (74.1)		
Self-perception of metallic taste					
No	77 (26.5)	214 (73.5)	291 (72.8)	<0.001*	1.22 (1.11; 1.34)
Yes	11 (10.1)	98 (89.9)	109 (27.3)		
Self-perception of tooth mobility					
No	61 (26.4)	170 (73.6)	231 (62.3)	0.004*	1.16 (1.05; 1.29)
Yes	20 (14.3)	120 (85.7)	140 (37.7)		
Last dental appointment (years)					
< 2	37 (23.6)	120 (76.4)	157 (44.7)	0.588	1.03 (0.92; 1.16)
≥ 2	41 (21.1)	153 (78.9)	194 (55.3)		
DMFT					
< 19	56 (25.7)	162 (74.3)	218 (54.5)	0.049*	1.11 (1.00 ; 1,23)
≥ 19	32 (17.6)	150 (82.4)	182 (45.5)		
Amount of teeth present in the mouth					
< 20	39 (20.7)	149 (79.3)	188 (47.0)	0.567	0.97 (0.87; 1.08)
≥ 20	49 (23.1)	163 (76.9)	212 (53.0)		

PR= prevalence ratio; CI= confidence interval; *significant when $p < 0.05$;

In relation to alcohol and cigarette consumption, variables daily pure alcohol consumption (ml) ($p=0.016$) and daily alcohol consumption in standard drink ($p=0.016$) showed a significant difference in the univariate analysis. For the multivariate analysis, the amount of pure alcohol per day (ml / day) was considered (Table 5).

TABLE 5 – UNIVARIATE ANALYSIS OF ALCOHOL AND TOBACCO USE AND IMPACT IN ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG ALCOHOLICS, N = 400, PARANÁ, 2017.

Variable	Absence of impact	Presence of impact	Total n (%)	<i>p</i>	PR (CI 95%)
Time of alcohol consumption (years)					
< 22	47 (24.2)	147 (75.8)	194 (48.5)	0.299	1.06 (0.95; 1.17)
≥ 22	41 (19.9)	165 (80.1)	206 (51.5)		
Daily pure alcohol consumption (ml)					
< 312.5	35 (31.0)	78 (69.0)	113 (28.3)	0.016*	1.18 (1.03; 1.35)
≥ 312.5	53 (18.5)	234 (81.5)	287 (71.8)		
Daily alcohol consumption (standard drink)					
< 18.5	35 (31.0)	78 (69.0)	113 (28.3)	0.016*	1.18 (1.03; 1.5)
≥ 18.5	53 (18.5)	234 (81.5)	287 (71.8)		
Time of tobacco consumption (years)					
< 24	32 (22.9)	108 (77.1)	140 (49.0)	0.364	1.06 (0.94; 1.19)
≥ 24	27 (18.5)	119 (81.5)	146 (51.0)		
Number of cigarettes (day)					
< 20	23 (18.1)	104 (81.9)	127 (44.3)	0.356	0.95 (0.84; 1.06)
≥ 20	36 (22.5)	124 (77.5)	160 (55.7)		

PR= prevalence ratio; CI= confidence interval; *significant when $p < 0.05$;

Variables that presented p values < 0.20 in the univariate analysis were included in the multivariate Poisson regression model. Variables "daily pure alcohol consumption (ml)" ($p=0.009$); "use of toothpaste" ($p=0.016$), "self-perception of metallic taste" ($p=0.011$); self-perception of tooth mobility ($p=0.019$) and "DMFT" ($p=0.034$) were associated with a negative impact on OHRQoL (Table 6).

TABLE 6 – MULTIVARIATE ANALYSIS OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, ORAL HEALTH, ALCOHOL USE AND IMPACT IN ORAL HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG ALCOHOLICS, N = 400, PARANÁ, 2017.

Variable	Classification of risk	p	PR (CI 95%)
Years of schooling	< 8 years	0.759	1.02 (0.91 ; 1.14)
Resides alone	Yes	0.212	1.07 (0.96; 1.19)
Use of toothpaste	No	0.016*	1.12 (1.02; 1.23)
Use of dental floss	No	0.388	1.06 (0.93; 1.21)
Self-perception of metallic taste	Yes	0.011*	1.14 (1.03; 1.26)
Self-perception of tooth mobility	Yes	0.019*	1.13 (1.02; 1.25)
Daily alcohol consumption (ml)	≥312.5	0.009*	1.22 (1.05; 1.41)
DMFT	≥19	0.034*	1.12 (1.01; 1.24)

*significant when $p < 0.05$; PR= prevalence ratio; CI= confidence; interval;

DISCUSSION

The literature is scarce in relation to the use of OHIP-14 to evaluate OHRQoL in alcoholics in rehabilitation. And in this study, it was possible to observe that a higher amount of alcohol consumed, high DMFT values, non-use of toothpaste, self-perceived metallic taste and self-perceived tooth mobility negatively affected the OHRQoL of these individuals.

In the group of alcoholics in rehabilitation, the high amount of pure alcohol consumed was the most important behavioral aspect that influenced OHRQoL. In fact, alcohol consumption is a major risk factor for many chronic diseases [20]. In the present study, alcohol consumption negatively interfered with the perception of alcoholics in rehabilitation in relation to their oral health and quality of life. Alcoholics who consumed higher amounts of alcohol had worse OHIP-14 values. This harmful habit was significantly correlated with OHRQoL, as it contributed to oral problems such as dental caries, restoration needs, dental losses, periodontal disease and dysgeusia. Almoznino et al. (2015), observed that alcohol consumption is significantly correlated with OHIP-14 scores, and that, in addition to general and oral health impacts, alcohol consumption has psychosocial consequences, i.e., negative impact on quality of life [20]. This work supports that the higher the alcohol consumption, the greater the negative impact on the quality of life of these individuals.

Alcoholics in this study showed high mean DMFT score when compared to other studies in non-chemical dependent populations [20, 21]. Regarding the southern region of Brazil, among individuals aged 35-44 years, the DMFT index was similar [22]. This similarity can be justified in part by the greater amplitude in the studied age group, in which the young alcoholics, presenting low DMFT index, reduced the general average. According to some studies, alcoholics have higher number of missing teeth and with carious lesions, interfering with the DMFT index [3, 23, 24]. This finding is not related to the direct effect of alcohol on the oral cavity, but is a result of lifestyle (cariogenic and low nutritional value diet, tobacco consumption), reduction of salivary flow, neglect of oral hygiene habits and visits to the dentist and also the social condition of these individuals [3, 23, 24]. In this study, it was possible to observe that the presence of decayed, missing and filled teeth (DMFT) had a negative impact on the quality of life of alcoholics. This finding corroborates studies that applied OHIP-14 to different populations and identified that the worst oral conditions correspond to the highest OHIP-14 values [15, 20, 21, 25].

In relation to the prevalence of negative impact, this study showed higher values than those observed in other international population-based studies involving similar age groups

(adults and the elderly): England 16.4%, Finland 10.3% and Canada with 23.4%, being higher compared with national studies in non-alcoholic populations of the southern (15.9%) and southeastern regions (35.0%) [7, 12-15].

The mean severity of the negative impact in this study was lower than that of studies that concurrently evaluated the synergistic effect of substances and demonstrated that the use of other psychoactive substances increases the negative impact on OHRQoL [25, 26]. Drugs such as cocaine and crack are more harmful than alcohol because they can cause more psychiatric comorbidities and cognitive deficits [16]. In addition, they are associated with sexually transmitted diseases and involvement in illegal activities, factors that may affect OHRQoL [16].

Divergences in OHIP values among populations studied are related to different health determinants, as mentioned above are subjective measures, and may reflect social and cultural differences, as well as the availability of health services for these populations [14, 17].

Oral health habits such as flossing and toothpaste use have an impact on quality of life [28]. In this study, alcoholics who did not use toothpaste had greater negative impact on OHRQoL, which results are similar to other studies with non-alcoholic individuals [29, 30]. Lack of care with oral hygiene and lack of dental treatment can result in pain, tooth mobility and loss, impacting OHRQoL [31].

Another aspect that has a negative impact on the OHRQoL of alcoholics was the self-perception of metallic taste (dysgeusia). Dysgeusia can have several causes, among them dental procedures such as extraction and treatment of abscesses, use of dental prostheses, presence of dental caries and periodontal diseases [32]. In addition, the use of antidepressant and anxiolytic drugs commonly used in the treatment of chemical dependence may contribute to this alteration. Another possible factor for dysgeusia is tobacco use [32], and in the present study, 71% of participants are smokers. Alteration in taste may lead to aversion to some foods, impairing an ideal diet, which may lead to reduced strength, muscle mass, function and quality of life [32]. Dysgeusia also reduces the ability to differentiate the intensity or concentration of flavors, which may lead to an increase in salt and sugar intake [32]. The latter could result in an increase in the number of caries lesions in these individuals.

Self-perception of tooth mobility is also associated with worse OHRQoL values in alcoholics. Tooth mobility is related to the periodontal disease, which in this work was subjectively evaluated. There is evidence of the association of periodontal disease and OHRQoL, so the greater the disease severity, the greater the negative impact [33, 34]. In

addition, harmful alcohol consumption is one of the risk factors for periodontitis and the greater the consumption, the greater the disease severity [35].

This study used a convenience sample, so it is likely to present sample selection bias. In addition, questionnaire data are self-reported and responses are subjective, so some risk of memory or information bias may occur.

Quality of life is influenced by socio-cultural, economic, psychological and physical aspects [16]. In this way, it opposes the biomedical model, which is centered on the disease [16]. It is an adequate indicator to evaluate the subjective experience of the individual and to quantify the psychosocial load of alcoholism [36]. The use of OHRQoL instruments applied in a complementary way to traditional clinical measures helps to identify the conditions that present a greater potential to compromise the quality of life of individuals. Understanding the consequences of oral health from the perspective of the patient allows a more effective planning of health actions, in which the objective is not only to improve the clinical status and prognosis of patients, but also to improve the quality of life [14, 15, 21, 36].

These OHRQoL indicators can serve as motivation for behavioral changes and as a way to measure the effectiveness of dental treatment [37]. In this context, Wijk et al., 2016, evaluated the difference between OHIP-14 application before and after the dental treatment of alcoholics and other chemical dependents and observed a substantial positive effect on the impact of OHRQoL [26].

Finally, developing studies within a hospital environment with alcoholics in which self-perception of oral health is approached and opinions are considered brings to light the complexity of quality of life closely related to behavioral aspects and oral health. In this way, this multidimensional perspective can help in the planning and implementation of public policies focused on the reduction of damages caused by alcohol abuse in order to improve the general and oral health conditions of this population.

CONCLUSION

It was concluded that alcohol consumption interfered with the perception of alcoholics in rehabilitation in relation to their oral health and quality of life. The high prevalence of negative impact was associated with higher amount of alcohol consumed.

REFERENCES

1. Mehta, A.J. (2016). Alcoholism and critical illness: A review. *World Journal of critical care medicine*, 5(1), 27-35.
2. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg, 2014.
3. Sender-Janeczek, A., Zietek, M. (2016). The Distribution of *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Treponema denticola* and *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* in Patients with Alcoholic Disease: A Pilot Study. *Advances in clinical and experimental medicine*, 25(2), 243-8.
4. Yiengprugsawan, V., Somkotra, T., Seubsman, S., Sleight, A.C. (2011). Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. *Health and quality of life outcomes*, 9.
5. Andrade, F.B., Lebrao, M.L., Santos, J.L., Cruz Teixeira, D.S., Oliveira Duarte, Y.A. (2012). Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(9), 1755-60.
6. Yu, S.J., Chen, P., Zhu, G.X. (2013). Relationship between implantation of missing anterior teeth and oral health-related quality of life. *Quality of life research*, 22(7), 1613-20.
7. Miotto, M.H.M.B., Barcellos, L.A., Velten, D.B. (2012). Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(2). Portuguese.
8. Brondani, M.A., Macentee, M.I. (2014). Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral health-related quality of life research? *Quality of life research*, 23(4), 1087-96.
9. Slade, G.D., Spencer, A.J. (1994). Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community dental health*, London, 11(1), 3-11.
10. Slade, G.D. (1997). Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25(4), 284-90.
11. Oliveira, B.H., Nadanovsky, P. (2005). Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(4), 307-14.
12. Gabardo, M.C., Moysés, S.J., Moysés, S.T., Olandoski, M., Olinto, M.T., Pattussi, M.P. (2015). Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(5), 1531-40.
13. Guarnizo-Herreño, C.C., Watt, R.G., Fuller, E., Steele, J.G., Shen, J., Morris, S., Wildman, J., Tsakos, G. (2014). Socioeconomic position and subjective oral health:

- findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Public*, 14.
14. Lahti, S., Suominen-Taipale, L., Hausen, H. (2008). Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *European journal of oral science*, 116(3), 260-6.
 15. Lawrence, H.P., Thomson, W.M., Broadbent, J.M., Poulton, R. (2008). Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. *Community dentistry and oral epidemiology*, 36(4), 305-16.
 16. Marques, T.C.N., Sarracini, K.L.M., Cortellazzi, K.L., Mialhe, F.L., Meneghim, M. C., Pereira, A.C., Ambrosano, G.M.B. (2015). The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. *BMC Oral Health*, 15.
 17. Slade, G.D., Nuttall, N., Sanders, A.E., Steele, J.G., Allen, P.F., Lahti, S. (2005). VImpacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *British Dental Journal*, 198(8), 489-93.
 18. World Health Organization (WHO). Oral Health Surveys, Basic Methods. Geneva: WHO, 2013.
 19. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2013). Curso de Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins – “Fé na Prevenção Módulo II: Efeitos e consequências dos diferentes padrões de uso de álcool e outras drogas Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Justiça. Portuguese.
 20. Almoznino, G., Aframian, D.J., Sharav, Y., Sheftel, Y., Mirzabaev, A., Zini, A. (2015). Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. *Oral Diseases*, 21(5), 659-66.
 21. Sirisha, N.R., Srinivas, P., Suresh, S., Devaki, T., Srinivas, R., Simha, V.B. (2014). Oral health related quality of life among special community adult population with low socioeconomic status residing in Guntur city, Andhra Pradesh: A cross-sectional study. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry*, 12(4), 302-5.
 22. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012). SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde. Portuguese.
 23. Kantorski, K.Z., Souza, D.M., Yujra, V.Q., Junqueira, J.C., Jorge, A.O.C., Rocha, R.F. (2007). Effect of an alcoholic diet on dental caries and on Streptococcus of the mutans group. Study in rats. *Brazilian Oral Research*, 21(2), 101-5.
 24. Medina-Solís, C.E., Pontigo-Loyola, A.P., Pérez-Campos, E., Hernandez-Cruz, P., Avila-Burgos, L., Mendonza-Rodriguez, M., Maupome, G. (2014). National Survey of Oral/Dental Conditions Related to Tobacco and Alcohol Use in Mexican Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), 3169-84.

25. Jelic, B., Vukic, V.A., Peco, M., Vojnovic, D., Zoric, Z. (2014). Influence of oral health status on self esteem in patients with mental disorders – patients addicted to alcohol. *Alcoholism and Psychiatry Research*, 50(2), 83–92.
26. Wijk, A.J., Molendijk, G., Verrips, G.H.W. (2016). OHRQoL in a Sample of Alcohol and Drug Abusers. *The Open Dentistry Journal*, 10, 338-46.
27. Jain, M., Kaira, L.S., Sikka, G., Singh, S., Gupta, A., Sharma, R., Sawla, L., Mathur, A. (2012). How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two state samples of gujarat and rajasthan. *Journal of dentistry / Tehran University of Medical Sciences*, 9(2), 135-44.
28. Wang, T.F., Chou, C., Yu, S. (2013). Assessing the effects of oral health-related variables on quality of life in Taiwanese adults. *Quality of Life Research*, 22(4), 811-25.
29. Mashoto, K.O., Astrom, A.N., Skeie, M.S., Masalu J.R. (2010). Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district, Tanzania. *BMC Oral Health*, 10(7).
30. Mesquita, F.A.B., Vieira, S. (2009). Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 57(4), 401-6. Portuguese.
31. Jang, E.J., Kim, E.K., Lee, K.S., Lee, H.K., Choi, Y.H., Hwang, T.Y., Kim, S.K., Jo, M.W. (2015). Oral health related quality of life and it's related factors of stroke patients at home in Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(3), 523-8.
32. Syed, Q., Hendler, K.T., Koncilja, K. (2016). The Impact of Aging and Medical Status on Dysgeusia. *The American Journal of Medicine*, 129(7).
33. Jansson, H., Wahlin, A., Johansson, V., Akerman, S., Lundegren, N., Isberg, P., Norderyd, O. (2014). Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health–Related Quality of Life. *Journal of Periodontology*, 85(3), 438-45.
34. Ferreira, M.C., Dias-Pereira, A.C., Branco-de-Almeida, L.S., Martins, C.C., Paiva, S.M. (2017). Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. *Journal of Periodontal Research*.
35. Hach, M., Holm-pedersen, P., Adegboye, A.R., Avlund, K. (2015). The effect of alcohol consumption on periodontitis in older Danes. *International Journal of Dental Hygiene*, 13(4), 261-7.
36. Srivastava, S., Bhatia, M.S. (2013). Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Industrial Psychiatry Journal*, 22(1).
37. Martinez, P., Lien, L., Landheim, A., Kowal, P., Clausen, T. (2014). Quality of life and social engagement of alcohol abstainers and users among older adults in South Africa. *BMC Public Health*, 14.

4 CONCLUSÃO

O presente estudo investigou o impacto do alcoolismo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal em 400 alcoolistas internados em hospitais de reabilitação em duas cidades do Estado do Paraná. Os principais resultados mostraram que as maiores frequências de impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal com alcoolistas em reabilitação foram associadas a não utilizar dentifrício, a apresentar a autopercepção de gosto metálico e dentes com mobilidade, a uma maior quantidade de álcool consumido e a um maior índice CPOD.

Desenvolver estudos em ambiente hospitalar com alcoolistas em que a autopercepção da saúde bucal é abordada e as opiniões são consideradas, traz à tona a complexidade da qualidade de vida a qual está intimamente relacionada com aspectos comportamentais e da saúde bucal.

Por fim, os instrumentos de QVRSB podem ser aplicados como forma complementar as medidas clínicas tradicionais, permitindo planejar de forma mais efetiva as ações de saúde. Assim, não somente o estado clínico e o prognóstico são melhorados, mas também a qualidade de vida dos alcoolistas.

REFERÊNCIAS

- ACHARYA, S.; BHAT, P. V. Oral-health-related quality of life during pregnancy. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 69, n. 2, p. 74-7, 2009.
- ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 24, n.6, p. 385-9, 1996.
- ALMOZNINO, G.; AFRAMIAN, D. J.; SHARAV, Y.; SHEFTEL, Y.; MIRZABAEV, A.; ZINI, A. Lifestyle and dental attendance as predictors of oral health-related quality of life. **Oral Diseases**, Copenhagen, v. 21, n. 5, p. 659-66, jul. 2015.
- AMARAL, C. S.; VETTORE, M. V.; LEAO, A. The relationship of alcohol dependence and alcohol consumption with periodontitis: a systematic review. **Journal of dentistry**, Bristol, v. 37, n. 9, p. 643-51, set. 2009.
- ANDRADE, F. B.; LEBRAO, M. L.; SANTOS, J. L.; CRUZ TEIXEIRA, D. S.; OLIVEIRA DUARTE, Y. A. Relationship between oral health-related quality of life, oral health, socioeconomic, and general health factors in elderly Brazilians. **Journal of the American Geriatrics Society**, Malden, v. 60, n. 9, p. 1755-60, set. 2012.
- ATCHISON, K. A.; DOLAN, T. A. Development of the geriatric oral health assessment index. **Journal of dental education**, Washington, v. 54, n. 11, p. 680-6, 1990.
- BERNABE, E.; SHEIHAM, A. Age, period and cohort trends in caries of permanent teeth in four developed countries. **American journal of public health**, Washington, v. 104, n. 7, p. 115-21, jul. 2014.
- BRASIL. 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.
- BRAUCHLE, F.; NOACK, M.; REICH, E. Impact of periodontal disease and periodontal therapy on oral health-related quality of life. **International dental journal**, London, v. 63, n. 6, p. 306-11, dez. 2013.
- BRONDANI, M. A.; MACENTEE, M. I. Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral health-related quality of life research? **Quality of life research**, Oxford, v. 23, n. 4, p. 1087-96, mai. 2014.
- CHEN, M. S.; HUNTER, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **Social science & medicine**, Oxford, v. 43, n. 8, p. 1213-22, 1996.
- COSTARDI, J. V.; NAMPO, R. A.; SILVA, G. L.; RIBEIRO, M. A.; STELLA, H. J.; STELLA, M. B.; MALHEIROS, S. V. A review on alcohol: from the central action mechanism to chemical dependency. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 61, n.4, p. 381-7, ago. 2015.

COSTA, S. M.; VASCONCELOS, M.; ABREU, M. H. N. G. Impacto da cárie dentária na qualidade de vida de adultos residentes no entorno de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.7, p. 1971-80, jul. 2013.

COUTINHO, E. S. F.; BAHIA, L.; BARUFALDI, L. A.; ABREU, G. A.; MALHÃO, T. A.; PEPE, C. R.; ARAUJO, D. V. Cost of diseases related to alcohol consumption in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, jun. 2016.

CREWS, F.T.; NIXON K. Mechanisms of neurodegeneration and regeneration in alcoholism. **Alcohol and alcoholism**, Oxford, v. 44; n. 2, p. 115-27, mar-abr. 2009.

DALY, B.; NEWTON, T.; BATCHELOR, P.; JONES, K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 38, n. 2, p. 136-44, abr. 2010.

DUKIC, W.; DOBRIJEVIC, T. T.; KATUNARIC, M.; LESIC, S. Caries prevalence in chronic alcoholics and the relationship to salivary flow rate and pH. **Central European journal of public health**, Prague, v. 21, n. 1, p. 43-7, mar. 2013.

ERDOZAIN, A. M.; CALLADO, L. F. Neurobiological alterations in alcohol addiction: a review. **Adicciones**, Palma de Mallorca, v. 26, n. 4, p. 360-70, 2014.

FERREIRA, M. C.; DIAS-PEREIRA, A. C.; BRANCO-DE-ALMEIDA, L. S.; MARTINS, C. C.; PAIVA, S. M. Impact of periodontal disease on quality of life: a systematic review. **Journal of periodontal research**, Malden, fev. 2017.

GABARDO, M. C.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; OLANDOSKI, M.; OLINTO, M. T.; PATTUSSI, M. P. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1531-40, mai. 2015.

GOLDSTEIN, B. Y.; CHANG, S. C.; HASHIBE, M.; VECCHIA, C.; ZHANG, Z. F. Alcohol Consumption and Cancer of the Oral Cavity and Pharynx from 1988 to 2009: An Update. **European journal of cancer prevention**, Oxford, v. 19, n. 6, p. 431-65, nov. 2010.

GUARNIZO-HERREÑO, C. C.; WATT, R. G.; FULLER, E.; STEELE, J. G.; SHEN, J.; MORRIS, S.; WILDMAN, J.; TSAKOS, G. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. **BMC Public Health**, London, v. 14, ago. 2014.

HACH, M.; HOLM-PEDERSEN, P.; ADEGBOYE, A. R.; AVLUND, K. The effect of alcohol consumption on periodontitis in older Danes. **International journal of dental hygiene**, Oxford, v. 13, n. 4, p. 261-7, nov. 2015.

HARRIS, E. L. Association of oral cancers with alcohol consumption: exploring mechanisms. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 89, n. 22, p. 1656-7, 1997.

HEDE, B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. **European journal of oral sciences**, Copenhagen, v. 104, n. 4, p. 403-8, ago. 1996.

HEEGAARD, K.; AVLUND, K.; HOLM-PEDERSEN, P.; HVIDTFELDT, U. A.; BARDOW, A.; GRONBAEK M. Amount and type of alcohol consumption and missing teeth among community-dwelling older adults: findings from the Copenhagen Oral Health Senior study. **Journal of public health dentistry**, Raleigh, v. 71, n. 4, p. 318-26, 2011.

HWANG, P. H.; LIAN, L.; ZAVRAS, A. I. Alcohol intake and folate antagonism via CYP2E1 and ALDH1: effects on oral carcinogenesis. **Medical hypotheses**, New York, v. 78, n. 2, p. 197-202, fev. 2012.

JAIN, M.; KAIRA, L.S.; SIKKA, G.; SINGH, S.; GUPTA, A.; SHARMA, R.; SAWLA, L.; MATHUR, A. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A study comparing two state samples of Gujarat and Rajasthan. **Journal of dentistry / Tehran University of Medical Sciences**, Tehran, v. 9, n. 2, p. 135-44, 2012.

JANG, E. J.; KIM, E. K.; LEE, K. S.; LEE, H. K.; CHOI, Y. H.; HWANG, T. Y.; KIM, S. K.; JO, M. W. Oral health related quality of life and it's related factors of stroke patients at home in Korea. **Archives of gerontology and geriatrics**, Amsterdam, v. 61, n. 3, p. 523-8, 2015.

JANSSON, H.; WAHLIN, A.; JOHANSSON, V.; AKERMAN, S.; LUNDEGREN, N.; ISBERG, P.; NORDERYD, O. (2014). Impact of Periodontal Disease Experience on Oral Health–Related Quality of Life. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 85, n. 3, p. 438-45., mar. 2014.

JELIC, B.; VUKIC, V. A.; PECO, M.; VOJNOVIC, D.; ZORIC, Z. Influence of oral health status on self-esteem in patients with mental disorders – patients addicted to alcohol. **Alcoholism and psychiatry research**, Vinogradska, v. 50, n. 2, p. 83–92, 2014.

KANTORSKI, K. Z.; SOUZA, D. M.; YUJRA, V. Q.; JUNQUEIRA, J. C.; JORGE, A. O. C.; ROCHA, R. F. Effect of an alcoholic diet on dental caries and on Streptococcus of the mutans group. Study in rats. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 101-5, abr.-jun. 2007.

KIM, H. S.; SON, J. H.; YI, H. Y.; HONG, H. K.; SUH, H. J.; BAE, K. H. Association between harmful alcohol use and periodontal status according to gender and smoking. **BMC Oral Health**, London, v. 14, jun. 2014.

KINANE, D. F. Causation and pathogenesis of periodontal disease. **Periodontology 2000**, Copenhagen, v. 25, p. 8-20, 2001.

KONGSTAD, J.; HVIDTFELDT, U. A.; GRONBAEK, M.; JONTELL, M.; STOLTZE, K.; HOLMSTRUP, M. Amount and type of alcohol and periodontitis in the Copenhagen City Heart Study. **Journal of Clinical Periodontology**, Copenhagen, v. 35, n. 12, p. 1032-9, nov. 2008.

KRANZLER, H. R.; BABOR, T. F.; GOLDSTEIN, L.; GOLD, J. Dental pathology and alcohol-related indicators in an outpatient clinic sample. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 18, n. 4, p. 204-7, ago. 1990.

KYZAR, E. J.; FLOREANI, C.; TEPPEN, T. L.; PANDEY, S. C. Adolescent Alcohol Exposure: Burden of Epigenetic Reprogramming, Synaptic Remodeling, and Adult Psychopathology. **Frontiers in neuroscience**, Lausanne, v. 10, mai. 2016.

LAGES, E. J.; COSTA, F. O.; LAGES, E. M.; COTA, L. O.; CORTELLI, S. C.; NOBRE-FRANCO, G. C.; CYRINO, R. M.; CORTELLI, J. R. Risk variables in the association between frequency of alcohol consumption and periodontitis. **Journal of clinical periodontology**, Copenhagen, v. 39, n. 2, p. 115-22, fev. 2012.

LAHTI, S.; SUOMINEN-TAIPALE, L.; HAUSEN, H. Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. **European journal of oral science**, Copenhagen, v. 116, n. 3, p. 260-6, jun. 2008.

LAWRENCE, H. P.; THOMSON, W. M.; BROADBENT, J. M.; POULTON, R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-year olds. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 36, n. 4, p. 305-16, ago. 2008.

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

MAHER, J. J. Exploring alcohol's effects on liver function. **Alcohol health and research world**, Rockville, v. 21, n. 1, p. 5-12, 1997.

MAIDA, C. A.; MARCUS, M.; SPOLSKY, V. W.; WANG, Y.; LIU, H. Socio-behavioral predictors of self-reported oral health-related quality of life. **Quality of life research**, Oxford, v. 22, n. 3, p. 559-66, abr. 2013.

MANARTE, P.; MANSO, M. C.; SOUZA, D.; FRIAS-BULHOSA, J.; GAGO, S. Dental erosion in alcoholic patients under addiction rehabilitation therapy. **Medicina oral, patología oral y cirugía bucal**, Valencia, v. 14, n. 8, p. 376-83, 2009.

MARQUES, T. C. N.; SARRACINI, K. L. M.; CORTELLAZZI, K. L.; MIALHE, F. L.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; AMBROSANO, G. M. B. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons. **BMC Oral Health**, London, v. 15, mar. 2015.

MARTINEZ, P.; LIEN, L.; LANDHEIM, A.; KOWAL, P.; CLAUSEN, T. Quality of life and social engagement of alcohol abstainers and users among older adults in South Africa. **BMC Public Health**, London, v. 14, abr. 2014.

MASHOTO, K. O.; ASTROM, A. N.; SKEIE, M. S.; MASALU J. R. Socio-demographic disparity in oral health among the poor: a cross sectional study of early adolescents in Kilwa district, Tanzania. **BMC Oral Health**, London, v. 10, n. 7, 2010.

MASOOD, M.; MASOOD, Y.; SAUB, R.; NEWTON, J. T. Need of minimal important difference for oral health-related quality of life measures. **Journal of public health dentistry**, Raleigh, v. 74, n. 1, p. 13-20, 2014.

MEDINA-SOLÍS, C. E.; PONTIGO-LOYOLA, A. P.; PÉREZ-CAMPOS, E.; HERNANDEZ-CRUZ, P.; AVILA-BURGOS, L. MENDONZA-RODRIGUEZ, M.; MAUPOME, G. National Survey of Oral/Dental Conditions Related to Tobacco and Alcohol Use in Mexican Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 11, n. 3, p. 3169-84, 2014.

MEHTA, A. J. Alcoholism and critical illness: A review. **World journal of critical care medicine**, Pleasanton, v. 5, n. 1, p. 27-35, fev. 2016.

MESQUITA, F. A. B.; VIEIRA, S. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 57, n. 4, p. 401-6, out.-dez. 2009.

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. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, fev. 2012.

MULLIGAN, R.; SEIRAWAN, H.; ALVES, M. E.; NAVAZESH, M.; PHELAN, J. A.; GREENSPAN, D.; GREENSPAN, J. S.; MACK, W. J. Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 36, n. 6, p. 549-57, dez. 2008.

NEFF, J. A.; LYNCH, C.; DOWNS, J. Alcohol use, predisposing, enabling, and oral health need variables as predictors of preventive and emergency dental service use. **Substance use & misuse**, London, v. 45, n. 12, p. 1930-47, out. 2010.

OLIVEIRA, B. H.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 33, n. 4, p. 307-14, ago. 2005.

OLIVEIRA, D. C.; FERREIRA, F. M.; MOROSINI IDE, A.; TORRES-PEREIRA, C. C.; MARTINS PAIVA, S.; FRAIZ, F. C. Impact of Oral Health Status on the Oral Health-Related Quality of Life of Brazilian Male Incarcerated Adolescents. **Oral health & preventive dentistry**, New Malden, v. 13, n. 5, p. 417-25, 2015.

REHM, J.; SHIELD, K. D.; REHM, M. X.; GMEL, G.; FRICK, U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, 2012. Disponível em: <<http://www.zora.uzh.ch/64919/>>. Acesso em: 5 jan. 2017.

RIEDEL, F.; GOESSLER, U.; HORMANN, K. Alcohol-related diseases of the mouth and throat. **Best practice & research. Clinical gastroenterology**, London, v. 17, n. 4, p. 543-55, ago. 2003.

ROBINSON, P. G.; GIBSON, B.; KHAN, F. A.; BIRNBAUM, W. A comparison of OHIP 14 and OIDP as interviews and questionnaires. **Community dental health**, London, v. 18, n. 3, p. 144-9, set. 2001.

ROOBAN, T.; VIDYA, K.; JOSHUA, E.; RAO, A.; RANGANATHAN, S.; RAO, U. K.; RANGANATHAN, K. Tooth decay in alcohol and tobacco abusers. **Journal of oral and maxillofacial pathology**, Mumbai, v. 15, n. 1, p. 14-21, jan. 2011.

ROSWALL, N.; WEIDERPASS, E. Alcohol as a risk factor for cancer: existing evidence in a global perspective. **Journal of preventive medicine and public health**, Seoul, v. 48, n. 1, p. 1-9, jan. 2015.

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de Prevenção do Uso de Drogas em Instituições Religiosas e Movimentos Afins – “Fé na Prevenção Módulo II: Efeitos e consequências dos diferentes padrões de uso de álcool e outras drogas Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Ministério da Justiça, p. 112, 2013.

SANDERS, A. E.; SLADE, G. D.; LIM, S.; REISINE, S. T. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 37, n. 2, p. 171-81, abr. 2009.

SENDER-JANECZEK, A.; ZIETEK, M. The Distribution of Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia, Treponema denticola and Aggregatibacter actinomycetemcomitans in Patients with Alcoholic Disease: A Pilot Study. **Advances in clinical and experimental medicine**, Wroclaw, v. 25, n. 2, p. 243-8, mar-abr. 2016.

SHETH, C. C.; MAKDA, K.; DILMAHOMED, Z.; GONZALEZ, R.; LUZI, A.; JOVANI-SANCHO, M. M.; VESES, V. Alcohol and tobacco consumption affect the oral carriage of Candida albicans and mutans streptococci. **Letters in Applied Microbiology**, Oxford, v. 63, n. 4, p. 254-259, out. 2016.

SHIMAZAKI, Y.; SAITO, T.; KIYOHARA, Y.; KATO, I.; KUBO, M.; IIDA, M.; YAMASHITA, Y. Relationship between drinking and periodontitis: the Hisayama Study. **Journal of Periodontology**, Chicago, v. 76, n. 9, p. 1534-41, set. 2005.

SIRISHA, N. R.; SRINIVAS, P.; SURESH, S.; DEVAKI, T.; SRINIVAS, R.; SIMHA, V. B. Oral health related quality of life among special community adult population with low socioeconomic status residing in Guntur city, Andhra Pradesh: A cross-sectional study. **Journal of Indian Association of Public Health Dentistry**, Mumbai, v. 12, n. 4, p. 302-5, 2014.

SLADE, G. D. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 25, n. 4, p. 284-90, ago. 1997.

SLADE, G. D.; NUTTALL, N.; SANDERS, A. E.; STEELE, J. G.; ALLEN, P. F.; LAHTI, S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. **British Dental Journal**, London, v. 198, n. 8, p. 489-93, abr. 2005.

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

SOUZA, D. M.; RICARDO, L. H.; KANTOSKI, K. Z.; ROCHA, R. F. Influence of alcohol consumption on alveolar bone level associated with ligature-induced periodontitis in rats. **Brazilian oral research**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 326-32, jul.-set. 2009.

SRIVASTAVA, S.; BHATIA, M. S. Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. **Industrial Psychiatry Journal**, Mumbai, v. 22, n. 1, p. 41-6, 2013.

STEELE, J. G.; SANDERS, A. E.; SLADE, G. D.; ALLEN, P. F.; LAHTI, S.; NUTTALL, N.; SPENCER, A. J. How do age and tooth loss affect oral health impacts and quality of life? A

study comparing two national samples. **Community dentistry and oral epidemiology**, Copenhagen, v. 32, n. 2, p. 107-14, abr. 2004.

STENMAN, U.; AHLQWIST, M.; BJÖRKELUND, C.; HAKEBERG, M. Oral health-related quality of life--associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals. **Gerodontology**, Mount Desert, v.29, n. 2, p. 440-6, jun. 2012.

SURKIN, P. N.; OSSOLA, C. A.; MOHN, C. E.; ELVERDIN, J. C.; FERNANDEZ-SOLARI, J. Chronic alcohol consumption alters periodontal health in rats. **Alcoholism, clinical and experimental research**, New York, v. 38, n. 7, p. 2001-7, jul. 2014.

SYED, Q.; HENDLER, K. T.; KONCILJA, K. The Impact of Aging and Medical Status on Dysgeusia. **The American journal of medicine**, New York, v. 129, n. 7, jul. 2016.

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. **Social science & medicine**, Oxford, v. 41, n. 10, p. 1403-9, nov. 1995.

TSAI, S. T.; WONG, T. Y.; OU, C. Y.; FANG, S. Y.; CHEN, K. C.; HSIAO, J. R.; HUANG, C. C.; LEE, W. T.; LO, H. I.; HUANG, J. S.; WU, J. L.; YEN, C. J.; HSUEH, W. T.; WU, Y. H.; YANG, M. W.; LIN, F. C.; CHANG, J. Y.; CHANG, K. Y.; WU, S. Y.; LIAO, H. C.; LIN, C. L.; WANG, Y. H.; WENG, Y. L.; YANG, H. C.; CHANG, J. S. The interplay between alcohol consumption, oral hygiene, ALDH2 and ADH1B in the risk of head and neck cancer. **International journal of cancer**, New York, v. 135, n. 10, p. 2424-36, nov. 2014.

WANG, T. F.; CHOU, C.; YU, S. Assessing the effects of oral health-related variables on quality of life in Taiwanese adults. **Quality of life research**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 811-25, mai. 2013.

WASZKIEWICZ, N.; ZALEWSKA, A.; SZAJDA, S. D.; SZULC, A.; KEPKA, A.; MINAROWSKA, A.; WOJEWODZKA-ZELEZNIAKOWICZ, M.; KONARZEWSKA, B.; CHOJNOWSKA, S.; SUPRONOWICZ, Z. B.; LADNY, J. R.; ZWIERZ, K. The effect of chronic alcohol intoxication and smoking on the activity of oral peroxidase. **Folia histochemical etcytobiologica**, Warszawa, v. 50, n. 3, p. 450-5, out. 2012.

WIJK, A. J.; MOLENDIJK, G.; VERRIPS, G. H. W. OHRQoL in a Sample of Alcohol and Drug Abusers. **The Open Dentistry Journal**, Sharjah, v. 10, p. 338-46, 2016.

World Health Organization (WHO). **Global Status Report on Alcohol and Health 2014**. Luxembourg, 2014.

World Health Organization (WHO). **Oral Health Surveys, Basic Methods**. Geneva: WHO, 2013.

World Health Organization (WHO). **WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, Second Report**. Geneva, 2007.

YIENGPRUGSAWAN, V.; SOMKOTRA, T.; SEUBSMAN, S.; SLEIGH, A. C. Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87,134 Thai adults. **Health and quality of life outcomes**, London, v. 9, 2011.

YU, S. J.; CHEN, P.; ZHU, G. X. Relationship between implantation of missing anterior teeth and oral health-related quality of life. **Quality of life research**, Oxford, v. 22, n. 7, p. 1613-20, nov. 2013.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO

Avaliação da Saúde bucal e seu Impacto na Qualidade de vida de Alcoolistas

Entrevistador: _____ N° de Identificação: _____
 Nome: _____ Idade: ____ Sexo: **F** **M** ☐ ☐
 Data de nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____
 Cidade/Município: _____ Bairro: _____

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA:

1. Etnia ☐ 0- branco ☐ 1- pardo ☐ 2- negro ☐ 3- indígena ☐ 4- amarelo	2. Estado Civil ☐ 0- casado ☐ 1- viúvo ☐ 2- divorciado ☐ 3- solteiro	3. Escolaridade Nível ☐ 0- supcomp ☐ 1- supincom ☐ 2- 2º Grau completo ☐ 3- 2º grau incom	3'. Escolaridade ☐ 4- Curso Técnico ☐ 5- 1º grau compl ☐ 6- 1º Incompleto	4. Estudante ☐ 0- SIM ☐ 1- NÃO
5. Trabalha ☐ 0- SIM ☐ 1- NÃO (desempregado)	6. Reside Com: ☐ 0- esposa ☐ 1- Pais ☐ 2- Irmãos ☐ 3- avós ☐ 4- outros ☐ 5- sozinho	7. Renda (em SM) 1 ☐ 2 ☐ 3 ou + ☐		

SAÚDE BUCAL

HÁBITOS DE HIGIENE

Escovaos dentes?	0 (sim) 1 (não)
Faz uso de pasta de dente?	0 (sim) 1 (não)
Faz uso de fio dental	0 (sim) 1 (não)
Sente gosto metálico na boca?	0 (não) 1 (sim)
Senteseus dentes moles?	0 (não) 1 (sim)
Foi feita raspagem em seus dentes nos últimos 2 meses?	0 (sim) 1 (não)

Quantas vezes escova o dente ao dia?

Quando foi a última vez que fez tratamento?

Porque procurou tratamento?

Quantas vezes ao dia consome carboidratos (pão, doces, café com açúcar etc..)?

Qual a substância que levou você a buscar o tratamento atual? Álcool ☐ Cocaína ☐ Crack ☐

VÍCIOS - ÁLCOOL

Quantas vezes você já foi internado para o tratamento do álcool?

Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação?

Quantos anos da sua vida você bebeu álcool regularmente, 3 ou mais dias na semana?

Quantos anos da sua vida você bebeu 5 drinks por dia regularmente, 3 ou mais vezes na semana?

Obs.: 1 drink= 1 dose de destilado ou 1 cálice de vinho ou 1 lata de cerveja

Que idade você tinha quando bebeu pela primeira vez e sentiu os efeitos do álcool?

Qual o tipo de bebida que vc usa? Cachaça ☐ cerveja ☐ vodka ☐ vinho ☐ conhaque ☐

ÁLCOOL	SIM () NÃO ()
Há quanto tempo?	
Frequência: diária 1, 2 x ao dia 3 ou +	
Quantidade: cerveja /cachaça:	
1 drink= 1 dose de destilado ou 1 cálice de vinho ou 1 lata de cerveja	

Neste momento o quanto é importante para você este tratamento?

0- Nada 1 - Pouco 2- Mais ou menos 3- Consideravelmente 4- Extremamente

Desde que começou a usar você já esteve limpo das drogas e do álcool por pelo menos um ano? 1-sim 0- não

Você, por conta das drogas, já foi detido por policiais? Se sim qual motivo? 1-sim 0-não _____

Que idade você tinha quando fumou o primeiro cigarro de papel? _____

CIGARRO DE PAPEL	SIM () NÃO ()	CIGARRO DE MACONHA	SIM () NÃO ()
Há quanto tempo (anos)?		Há quanto tempo? anos	
Frequência: diária 1, 2 x ao dia 3 ou +		Frequência: diária 1, 2 x ao dia 3 ou +	
Quantidade:		Quantidade: 1, 2 baseados/dia 3 ou +	

CPO-D do indivíduo:	Códigos Diagnóstico CPO-D:
	0- Hígido
	1- Cárie (raízes residuais e cárie)
	2- Restaurado, com cárie
	3- Restaurado, sem cárie
	4- Ausente devido a cárie
	5- Ausente por outras razões
	6- Selante de Fissura
	7- Suporte de prótese coroa ou faceta / implante
	8- Dente (Coroa) não irrompido
	9- Dente excluído (Não registrado)
	T- Trauma (fratura)

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Biofilme SIM NÃO

Cálculo SIM NÃO

**QUESTIONÁRIO PARA MENSURAR O IMPACTO DA SAÚDE BUCAL NA
QUALIDADE DE VIDA (OHIP-14)**

Perguntas	Respostas				
	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (2)	Quase sempre (3)	Sempre (4)
1.Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
2.Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
3.Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4.Você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
5.Você ficou preocupado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
6.Você se sentiu estressado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
7.Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
8.Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
9.Você encontrou dificuldade para relaxar por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
10.Você sentiu-se envergonhado por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
11.Você ficou irritado com outras pessoas por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
12.Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
13.Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior por causa de problemas com sua boca ou dentes?					
14.Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com sua boca ou dentes?					

APÊNDICE 2 – NORMAS DA REVISTA: QUALITY OF LIFE RESEARCH

04/08/2017

Quality of Life Research - incl. option to publish open access

Medicine | Quality of Life Research - incl. option to publish open access



www.springer.com

Medicine Home > Medicine

SUBDISCIPLINES JOURNALS BOOKS SERIES TEXTBOOKS REFERENCE WORKS



Quality of Life Research

An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation - Official Journal of the International Society of Quality of Life Research

Co-Editors-in-Chief: J. Böhnke; F.J. Oort

ISSN: 0962-9343 (print version)

ISSN: 1573-2649 (electronic version)

Journal no. 11136

**\$199.00**

Personal Rate e-only for the Americas

[Get Subscription](#)

Online subscription, valid from January through December of current calendar year

Immediate access to this year's issues via SpringerLink

1 Volume(-s) with 12 issue(-s) per annual subscription

Automatic annual renewal

More information: >> [FAQs](#) // >> [Policy](#)

[ABOUT THIS JOURNAL](#) [EDITORIAL BOARD](#) [ISOQOL](#) [ETHICS & DISCLOSURES](#) [INSTRUCTIONS FOR AUTHORS](#)

ARTICLE TYPES

Quality of Life Research welcomes scientific articles in the following categories:

- Full-Length Original Articles (must include a 250-word structured abstract, maximum word limit of 4,000 words exclusive of abstract, tables, figures, and references)
- Brief Communications (maximum word limit of 1,500 words, exclusive of structured abstract, tables, figures, and references). See section below on Brief Communications.

Full-Length Original Articles

Original articles are a maximum of 4,000 words, exclusive of a 250-word structured abstract, figures, tables, and references. We are particularly interested in studies that utilize patient-reported outcomes, focusing on clinical and policy applications of quality-of-life research; showcasing quantitative and qualitative methodological advances; and / or describing instrument development.

Brief Communications

Brief communications are a maximum of 1,500 words, exclusive of a 200-word structured abstract, up to 2 figures, up to 3 tables, and 25 references. Any topic can be submitted as a brief communication, but all manuscripts that report cross-cultural adaptations of existing measures will only be considered for publication as brief communications in Quality of Life Research. If a paper of this type provides substantially new methodological and/or substantive knowledge (e.g., a superior method of cross cultural adaptation, more thorough evaluation of the original

http://www.springer.com/medicine/journal/11136?print_view=true&detailsPage=ptci_2299195

Quality of Life Research - incl. option to publish open access

instrument being adapted, multi-language or multi-country comparisons, etc.), authors should include a letter with their submission justifying the need for a full length report. All cross-cultural translation articles should include information in the abstract and manuscript text that summarize how psychometric characteristics of the new translation compares to the original tool.

Other Types of Articles

The journal also publishes commentaries and editorials; reviews of the literature; reviews of recent books and software advances; and abstracts presented at the annual meeting of the International Society of Quality of Life Research conference. These articles should be as long as needed to convey the desired information, and no more than 4,000 words in length. To the extent that it is possible, a structured abstract is appreciated.

Language

We appreciate any efforts that you make to ensure that the language usage is corrected before submission using standard United States or United Kingdom English. This will greatly improve the legibility of your paper if English is not your first language.

MANUSCRIPT SUBMISSION

Manuscript Submission

Submission of a manuscript implies: that the work described has not been published before; that it is not under consideration for publication anywhere else; that its publication has been approved by all co-authors, if any, as well as by the responsible authorities – tacitly or explicitly – at the institute where the work has been carried out. The publisher will not be held legally responsible should there be any claims for compensation.

Permissions

Authors wishing to include figures, tables, or text passages that have already been published elsewhere are required to obtain permission from the copyright owner(s) for both the print and online format and to include evidence that such permission has been granted when submitting their papers. Any material received without such evidence will be assumed to originate from the authors.

Online Submission

Please follow the hyperlink "Submit online" on the right and upload all of your manuscript files following the instructions given on the screen.

TITLE PAGE

Title Page

The title page should include:

- ✎ The name(s) of the author(s)
- ✎ A concise and informative title
- ✎ The affiliation(s) and address(es) of the author(s)
- ✎ The e-mail address, and telephone number(s) of the corresponding author
- ✎ If available, the 16-digit ORCID of the author(s)

Abstract

Please provide a structured abstract of 150 to 250 words which should be divided into the following sections:

- Purpose (stating the main purposes and research question)
- Methods
- Results
- Conclusions

http://www.springer.com/medicine/journal/11136?print_view=true&detailsPage=ptol_2299195

Keywords

Please provide 4 to 6 keywords which can be used for indexing purposes.

TEXT**Text Formatting**

Manuscripts should be submitted in Word.

- Use a normal, plain font (e.g., 10-point Times Roman) for text.
- Use italics for emphasis.
- Use the automatic page numbering function to number the pages.
- Do not use field functions.
- Use tab stops or other commands for indents, not the space bar.
- Use the table function, not spreadsheets, to make tables.
- Use the equation editor or MathType for equations.
- Save your file in docx format (Word 2007 or higher) or doc format (older Word versions).

Manuscripts with mathematical content can also be submitted in LaTeX.

LaTeX macro package (zip, 182 kB)

Headings

Please use no more than three levels of displayed headings.

Abbreviations

Abbreviations should be defined at first mention and used consistently thereafter.

Footnotes

Footnotes can be used to give additional information, which may include the citation of a reference included in the reference list. They should not consist solely of a reference citation, and they should never include the bibliographic details of a reference. They should also not contain any figures or tables.

Footnotes to the text are numbered consecutively; those to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data). Footnotes to the title or the authors of the article are not given reference symbols.

Always use footnotes instead of endnotes.

Acknowledgments

Acknowledgments of people, grants, funds, etc. should be placed in a separate section on the title page. The names of funding organizations should be written in full.

SCIENTIFIC STYLE

Please always use internationally accepted signs and symbols for units (SI units).

Generic names of drugs and pesticides are preferred; if trade names are used, the generic name should be given at first mention.

REFERENCES**Citation**

Reference citations in the text should be identified by numbers in square brackets. Some examples:

http://www.springer.com/medicine/journal/11136?print_view=true&detailsPage=ptci_2299195

Quality of Life Research - incl. option to publish open access

1. Negotiation research spans many disciplines [3].
2. This result was later contradicted by Becker and Seligman [5].
3. This effect has been widely studied [1-3, 7].

Reference list

The list of references should only include works that are cited in the text and that have been published or accepted for publication. Personal communications and unpublished works should only be mentioned in the text. Do not use footnotes or endnotes as a substitute for a reference list.

The entries in the list should be numbered consecutively.

Journal article

Harris, M., Karper, E., Stacks, G., Hoffman, D., DeNiro, R., Cruz, P., et al. (2001). Writing labs and the Hollywood connection. *Journal of Film Writing*, 44(3), 213–245.

Article by DOI

Kreger, M., Brindis, C.D., Manuel, D.M., & Sassoubre, L. (2007). Lessons learned in systems change initiatives: benchmarks and indicators. *American Journal of Community Psychology*. doi:10.1007/s10464-007-9108-14.

Book

Calfee, R. C., & Valencia, R. R. (1991). *APA guide to preparing manuscripts for journal publication*. Washington, DC: American Psychological Association.

Book chapter

O'Neil, J. M., & Egan, J. (1992). Men's and women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In B. R. Wainrib (Ed.), *Gender issues across the life cycle* (pp. 107–123). New York: Springer.

Online document

Abou-Allaban, Y., Dell, M. L., Greenberg, W., Lomax, J., Peteet, J., Torres, M., & Cowell, V. (2006). Religious/spiritual commitments and psychiatric practice. Resource document. American Psychiatric Association. http://www.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/200604.pdf. Accessed 25 June 2007.

Journal names and book titles should be italicized.

For authors using EndNote, Springer provides an output style that supports the formatting of in-text citations and reference list.

EndNote style (zip, 3 kB)

TABLES

- All tables are to be numbered using Arabic numerals.
- Tables should always be cited in text in consecutive numerical order.
- For each table, please supply a table caption (title) explaining the components of the table.
- Identify any previously published material by giving the original source in the form of a reference at the end of the table caption.
- Footnotes to tables should be indicated by superscript lower-case letters (or asterisks for significance values and other statistical data) and included beneath the table body.

ARTWORK AND ILLUSTRATIONS GUIDELINES

http://www.springer.com/medicine/journal/11136?print_view=true&detailsPage=ptci_2299195

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde bucal e da condição periodontal e seu impacto na qualidade de vida de dependentes químicos

Pesquisador: Maria Ângela Naval Machado

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 23289213.5.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Estomatologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.464.721

Apresentação do Projeto:

O presente estudo, proposta do departamento de Estomatologia, possui caráter transversal e pretende avaliar a qualidade de vida de usuários de álcool e crack, em tratamento no IPTA em Campo Largo - PR e na Associação San Julian.

Para tanto, será aplicado questionário validado da área, bem como realização de exame clínico não invasivo.

A análise dos dados será quantitativa a partir de análises estatísticas dos resultados observados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a experiência de cárie, a condição periodontal e o impacto dessas doenças na qualidade de vida de dependentes químicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados no corpo do projeto e no TCLE, de acordo com o solicitado pelo CEP e estão bem descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada e segue os preceitos éticos necessários para a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados de acordo com o solicitado pelo CEP.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.464.721

Recomendações:

A solicitação para inclusão da instituição Associação San Julian e a consequente inclusão de participantes na pesquisa deve seguir os mesmos métodos e cuidados éticos previamente aprovados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_479429 E1.pdf	16/03/2016 16:34:05		Aceito
Outros	declaração de coparticipante modelo CONEP.pdf	07/05/2015 13:47:13		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_479429 E1.pdf	27/03/2015 16:55:03		Aceito
Outros	Carta para insercao de co participante CEP.pdf	27/03/2015 16:46:38		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_479429 E1.pdf	09/03/2015 17:16:56		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia Associacao San Julian.pdf	09/03/2015 16:04:18		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_232892.pdf	11/11/2013 14:48:31		Aceito
Outros	Concordancia IPTA com Parecer CEP.pdf	11/11/2013 14:46:44		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_232892.pdf	15/10/2013 20:15:07		Aceito
Outros	Roteiro para Conferencia 1.pdf	15/10/2013 20:09:48		Aceito
Outros	Roteiro para Conferencia 2.pdf	15/10/2013 19:58:49		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 1.464.721

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto IDPQV Maria Angela.pdf	15/10/2013 19:34:42		Aceito
Outros	Concordancia IPTA.pdf	15/10/2013 18:42:39		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.pdf	15/10/2013 17:42:09		Aceito
Outros	Termo Compromisso de Uso dos Dados.pdf	15/10/2013 17:41:44		Aceito
Outros	Declaracao de Uso Especifico de Dados.pdf	15/10/2013 17:40:39		Aceito
Outros	Declaracao de tornar publ resultados.pdf	15/10/2013 17:39:59		Aceito
Outros	Termo de Confidencialidade.pdf	15/10/2013 17:38:45		Aceito
Outros	Concordancia UFPR.pdf	15/10/2013 17:38:01		Aceito
Outros	Analise de Merito.pdf	15/10/2013 17:36:59		Aceito
Outros	Declaracao Orientador.pdf	15/10/2013 17:36:04		Aceito
Outros	ATA DA APREOVACAO 04 10 2013.pdf	15/10/2013 17:34:05		Aceito
Outros	Oficio Ata de Aprovacao.pdf	15/10/2013 17:33:33		Aceito
Outros	Oficio Pesquisador.pdf	15/10/2013 17:32:34		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	15/10/2013 17:30:33		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 24 de Março de 2016

**Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)**

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

- a) Nós, Maria Ângela Naval Machado e Michelle Antonette Brown, pesquisadores da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, paciente do Instituto de Pesquisa e Tratamento de Alcoolismo (IPTA) a participar de um estudo intitulado "Avaliação da saúde bucal e da condição periodontal e seu impacto na qualidade de vida de dependentes químicos". Através desse tipo de pesquisa é que ocorrem os avanços importantes na área da odontologia, e sua participação é fundamental. O objetivo da pesquisa é verificar se existe alguma alteração na gengiva e se esta doença pode interferir nas atividades cotidianas dos dependentes químicos.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário realizar um exame na sua boca medindo alguns pontos entre a gengiva e seus dentes. Com essas medidas poderemos saber se você possui algum tipo de doença na sua gengiva (doença periodontal) que pode levar com o tempo a possibilidade de perda do seu dente.
- c) Como em qualquer tratamento, você poderá experimentar algum desconforto na gengiva na hora da inserção do instrumento odontológico (sonda periodontal milimetrada) entre a gengiva e o dente para obter registros da presença da doença.
- d) O exame empregado neste estudo não é capaz de produzir qualquer dano ou risco aos pacientes examinados.
- e) Contudo os benefícios esperados são:
1. Esclarecimentos que receberei sobre o que é a doença periodontal, como tratá-la.
 2. Orientações sobre higiene oral, aprendendo as técnicas de escovação e uso do fio dental.
 3. Encaminhamento para realização de tratamento odontológico nas Clínica da UFPR, conform
- e a disponibilidade.

Participante da Pesquisa

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

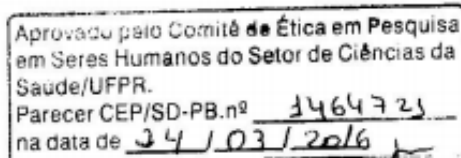
Orientador

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
em Seres Humanos do Setor de Ciências da
Saúde/UFPR.
Parecer CEP/SD-PB nº 1464721
na data de 24/03/2016

- f) Os pesquisadores Maria Ângela Naval Machado e Michelle Antonette Brown, responsáveis por este estudo poderão ser contatados Na Universidade Federal do Paraná, Rua Prefeito Lothário Meissner nº 632, pela manhã ou a tarde de 2ª ou 5ª feira, ou pelo email [REDACTED] para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer – lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- g) Estão garantidas todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
- h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (Maria Ângela Naval Machado e Michelle Antonette Brown). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade).
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (exame, etc) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que qualquer problema decorrente do estudo será tratado pelo pesquisador responsável, na Clínica de Odontologia da Universidade Federal do Paraná.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- k) Eu, _____ li esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.
- l) Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Local e data: _____ de _____ de 20__.





 Profa. Dra. Maria Ângela Naval Machado
 Pesquisadora responsável

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR |
 CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | térreo | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 |
 cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259.