



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Monteiro de Barros Miotto, Maria Helena; Awad Barcellos, Ludmilla; Berger Velten, Deise
Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e
idosa em município da Região Sudeste
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 2, febrero, 2012, pp. 397-406
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020718014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste

Evaluation of the impact on quality of life caused by oral health problems in adults and the elderly in a southeastern Brazilian city

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto ¹

Ludmilla Awad Barcellos ²

Deise Berger Velten ²

Abstract *The scope of this paper was to evaluate the prevalence of the impact of oral health problems on quality of life, and its association with socio-demographic and clinical variables and the use of dental services by adults and the elderly in Marechal Floriano. A cross-sectional study was conducted on a random sample of 237 participants. Data was collected by Municipal Community Health Agents using four questionnaires with items about the socio-demographic and oral health status of the participants, dental practice structure and oral health impact profile (OHIP-14). The greatest impact perception related to oral health problems was found in individuals over 40 years of age (OR= 2.37 IC 95%=1.375;4.098), those with a perceived need for removable partial dentures (OR= 2.771 IC 95%=1.488;5.162), and full removable dentures (OR= 2.292 IC 95%=1.305;4.026). The impact prevalence was of 35% and revealed an association with age and the perceived need for partial and full dentures. Subjective indicators must be used in conjunction with objective indicators to determine the population's treatment needs, thereby improving oral health and quality of life of the population.*

Key words Oral health, Quality of life, Impact of illness on quality of life

Resumo *Objetivo: Avaliar a prevalência de impactos dos problemas bucais na qualidade de vida e associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e utilização de serviços por adultos e idosos de Marechal Floriano, ES. Métodos: Este estudo transversal utilizou uma amostra aleatória de 237 indivíduos. Foram utilizados roteiros para a coleta de dados incluindo o perfil do impacto de saúde bucal (OHIP-14). Os testes qui-quadrado e exato de Fischer ($p<0,05$) verificaram associações entre cada variável independente e as dimensões do OHIP. Para avaliar a força da associação entre evento e exposição foi calculado o Odds-ratio. A análise de regressão logística foi realizada para valores significantes até 10%. O pacote estatístico utilizado foi SPSS versão 15. Resultados: A maior percepção de impacto foi encontrada em indivíduos com mais de 40 anos (OR= 2,37), com necessidade declarada de prótese parcial removível (OR= 2,771), e de prótese total removível (OR= 2,292). Conclusão: A prevalência de impacto observada foi de 35% e associada à faixa etária e à necessidade declarada de prótese. Indicadores subjetivos devem ser utilizados de forma complementar aos indicadores objetivos para determinar a necessidade de tratamento, melhorando a saúde bucal e a qualidade de vida das pessoas.*

Palavras-chave Saúde bucal, Qualidade de vida, Impacto da doença na qualidade de vida

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo. Avenida Marechal Campos 1468, Maruípe. 29040-090 Vitória ES. mhmiotto@terra.com.br

² Escola de Ensino Superior do Educandário Seráfico São Francisco de Assis

Introdução

A mudança do paradigma médico para um mais amplo de comportamento social nos compromete a desenvolver novas maneiras de medir percepções, sentimentos e comportamentos, dando uma crescente importância às experiências subjetivas do indivíduo, como seu bem-estar funcional, social e psicológico e as suas interpretações de saúde e doença¹.

Novos modelos, portanto, sobre conceitos de saúde têm sido aprofundados com o objetivo de relacionar dimensões biofísicas, psicológicas e sociais para promover bases mais sólidas para a vida². Neste sentido, a epidemiologia bucal tem agregado medidas de percepção aos indicadores clínicos para decidir o tipo de tratamento dos indivíduos, levando em consideração aspectos sociopsíquicos até então ignorados pelos sistemas normativos de determinação dessas necessidades³.

Esforços recentes têm sido investidos no desenvolvimento de indicadores que vão além das medidas tradicionais de saúde oral utilizadas para apontar as consequências sociais e psicológicas das doenças⁴.

Com o objetivo de complementar os indicadores epidemiológicos tradicionais sobre doenças, Slade e Spencer⁵ desenvolveram e testaram um indicador subjetivo, o Oral Health Impact Profile (OHIP) criado para avaliar o impacto social da doença bucal. O OHIP é composto pelos seguintes domínios: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência na realização das atividades cotidianas. Os autores observaram que o OHIP foi capaz de detectar uma associação previamente observada entre o impacto social e a necessidade percebida de tratamento.

Foi desenvolvida uma versão reduzida do OHIP 49 com 14 itens, mantendo as sete dimensões. As 14 questões foram efetivas para revelar as mesmas associações com fatores clínicos e sociodemográficos observados na utilização do instrumento original⁶. O OHIP foi desenvolvido inicialmente no idioma inglês e em diferente contexto sociocultural, tendo sido traduzido para mais de 15 idiomas, incluindo o espanhol⁷. Para a adaptação do instrumento à realidade nacional, foi realizada a tradução transcultural. A validação do instrumento demonstrou propriedades psicométricas semelhantes às originais⁸.

O OHIP 14 é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos⁷.

No Brasil, estudos realizados utilizando este indicador têm revelado um resultado impar em relação à necessidade declarada de prótese removível, demonstrando que indivíduos que necessitavam de Prótese Parcial Removível (PPR) e Prótese Total Removível (PTR) declararam maior impacto na qualidade de vida⁹⁻¹². Esta variável não tem sido explorada frequentemente em estudos internacionais^{5,13,14}.

Outros indicadores de qualidade de vida têm sido utilizados em grupos específicos possibilitando aos profissionais de saúde uma maior compreensão de como os pacientes vivenciam a evolução da doença e as consequências do tratamento¹⁵.

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de impactos produzidos por problemas bucais na qualidade de vida e a possível associação com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de utilização de serviços de adultos e idosos do município de Marechal Floriano, ES.

Métodos

Esta pesquisa utilizou um delineamento transversal. Toda a população do município está coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), totalizando 3.061 indivíduos, com idade entre 18 e 70 anos e residentes na área urbana do município de Marechal Floriano, ES. Para o cálculo da amostra, foram utilizados como parâmetros uma prevalência esperada de 22%, erro de 5% e nível de confiança de 95% que resultou em 250 participantes; a este valor foi acrescido 20% para compensar possíveis perdas, resultando em uma amostra de 300 indivíduos com a expectativa de alcançar 250 questionários válidos. Os sujeitos foram selecionados utilizando uma tabela de números aleatórios.

As variáveis independentes foram: características sociodemográficas, situação da dentição e utilização dos serviços odontológicos nos últimos 12 meses. A variável dependente foi o escore do OHIP considerando as sete dimensões. Não foi realizado exame clínico e sim percepção dos indivíduos sobre a situação da dentição, inclusive sobre a necessidade de prótese parcial ou total, utilizando uma linguagem leiga nos roteiros aplicados. A situação socioeconômica dos indivíduos foi categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família - classe A, B, C, D e E - de acordo Sistema de Classificação Econômica do Brasil, classificação esta adotada em vários estudos nacionais.

Dados foram coletados por agentes comunitários de saúde treinados para a aplicação dos questionários e para realizar as entrevistas padronizadas. Foi realizado um estudo piloto utilizando todos os instrumentos, entrevistando 30 indivíduos com idade entre 18 e 70 anos não participantes do estudo principal, selecionados aleatoriamente. Os resultados e as dúvidas foram avaliados e esclarecidos pelos pesquisadores em nova reunião com os entrevistadores. Após o piloto foram realizados os ajustes necessários e iniciada a coleta de dados.

Para a codificação das respostas do OHIP, foi utilizada uma escala de frequência do tipo Likert de cinco pontos, e os resultados foram avaliados de forma dicotômica. As opções frequentemente e sempre foram consideradas como impacto, e as opções às vezes, raramente e nunca foram consideradas como sem impacto.

Para avaliar as diferenças entre os grupos, foram utilizados os testes qui-quadrado e o exato de Fischer para cada variável independente e as sete dimensões do OHIP. Para avaliar a força da associação entre evento e exposição, foi calculado o Odds-ratio (OR) com intervalo de confiança (IC) de 95%. Essa estratificação permitiu conhecer a frequência de impacto por dimensão, mas dificultou conhecer a associação entre um preditor e a variável efeito para todas as dimensões combinadas. Para resolver esses problemas, utilizou-se o método de Mantel-Haenzsel, calculando a magnitude do efeito por meio do OR. A análise de regressão logística foi realizada para valores significantes até 10%.

O projeto desta pesquisa foi aprovado em 21 de novembro de 2008 pelo Comitê de Ética em Pesquisa instituído pela Associação Brasileira de Odontologia, ES.

Resultados

A amostra final totalizou 237 indivíduos com uma perda de 5,2%, perda relativa a amostra calculada de 250 indivíduos e representativa da população estudada. Esta perda não compromete o estudo. A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e a situação de dentição dos participantes da pesquisa.

A maioria dos participantes era do sexo feminino 78,1%, com idade entre 20 e 39 anos, pertencente à classe socioeconômica C, dentada, sem necessidade declarada de prótese parcial removível e de prótese total removível.

Os sujeitos desta pesquisa responderam questões referentes à utilização de serviços de saúde.

Dentre os profissionais de saúde mais procurados pelos participantes os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) obtiveram o maior percentual de respostas (89,1%), seguidos do médico (77,8%) e do cirurgião-dentista (51,1%).

O serviço odontológico mais utilizado foi o particular (50,8%), seguido do serviço público municipal (47,5%).

A maior procura por serviço odontológico foi para tratamento de rotina e prevenção (63,6%), seguido pelo tratamento de urgência (26,3%).

A prevalência de impacto observada foi de 35%, com 83 participantes que declararam impacto na qualidade de vida produzido por problemas bucais (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes de Marechal Floriano (ES) 2008

Característica	Frequência	%
Sexo		
Masculino	52	21,9
Feminino	185	78,1
Faixa etária		
20 a 39 anos	127	53,6
40 a 49 anos	49	20,7
50 a 59 anos	45	19,0
60 anos ou mais	16	6,8
Classificação socioeconômica		
Classe A	1	0,4
Classe B	32	13,5
Classe C	137	57,8
Classe D	64	27,0
Classe E	3	1,3
Situação da dentição		
Dentado	201	84,8
Edentado	36	15,2
Uso de prótese parcial removível		
Não precisa	183	77,2
Precisa	54	22,8
Uso de prótese total		
Não precisa	160	67,5
Precisa	77	32,5

Tabela 2. Impacto geral em participantes de Marechal Floriano (ES) 2008.

Impacto	Frequência	Percentual
Não	154	65,0
Sim	83	35,0
Total	237	100,0

Quando analisada a variável faixa etária, observou-se significância estatística nas dimensões limitação funcional (OR= 4,153, IC95%=0,1469;11,745), incapacidade física (OR=2,202, IC95%=0,998;4,860) e incapacidade social (OR=5,569, IC95%=1,777;26,357). No teste Mantel-Haenszel combinado, os indivíduos acima de 40 anos declararam maior frequência de impacto. Calculado o OR, os indivíduos apresentaram uma chance 2,37 vezes maior de impacto (IC95%=1,375;4,098), quando comparados com aqueles com menos de 40 anos (Tabela 3).

Em relação à variável necessidade de prótese parcial removível (PPR), observou-se significância estatística nas dimensões limitação funcional (OR=3,554, IC95%=1,419;8,901), desconforto psicológico (OR=3,313, IC95%= 1,628;6,739), incapacidade física (OR=2,208, IC95%= 0,977; 4,988), incapacidade social (OR=4,450, IC95%= 1,302;15,207) e deficiência (OR=7,783, IC95%= 2,245;26,980). No teste Mantel-Haenszel combinado, OR de 2,771 (IC95%= 1,488;5,162), para os indivíduos que necessitam de PPR (Tabela 4).

Analisada a variável necessidade de prótese total removível (PTR), observou-se significância estatística nas dimensões limitação funcional

(OR=4,857, IC95%= 1,872; 12,604) e incapacidade física (OR=2,735, IC95%=1,258; 5,949). No teste Mantel-Haenszel, OR de 2,292 (IC95%= 1,305; 4,026), para os indivíduos que necessitam de PTR (Tabela 5).

Em relação à variável motivo da utilização de serviço odontológico, observou-se significância estatística apenas na dimensão dor física para os indivíduos que procuraram o cirurgião-dentista (CD) por motivo de urgência, com OR de 4,40 (IC95%= 1,464; 13,333).

Na análise de regressão logística, nenhuma das variáveis inseridas apresentou significância estatística ao ser considerado como resposta o impacto geral.

Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão com o intuito de verificar variáveis com maior poder preditivo.

Os resultados mostraram que nenhuma das variáveis apresentou significância estatística quando considerado como resposta o impacto nas dimensões: limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. Apenas foi encontrada significância nas dimensões dor física e incapacidade física.

Tabela 3. Impacto, segundo a faixa etária dos participantes de Marechal Floriano (ES) 2008.

Dimensão	20-39 anos		40 anos ou mais		Significante
	N	%	N	%	
Limitação funcional					
Sem impacto	122	96,1	94	85,5	0,004
Com impacto	5	3,9	16	14,5	
Dor física					
Sem impacto	112	88,2	90	81,8	0,116
Com impacto	15	11,8	20	18,2	
Desconforto psicológico					
Sem impacto	109	85,8	86	78,2	0,086
Com impacto	18	14,2	24	21,8	
Incapacidade física					
Sem impacto	116	91,3	91	82,7	0,036
Com impacto	11	8,7	19	17,3	
Incapacidade psicológica					
Sem impacto	111	87,4	92	83,6	0,261
Com impacto	16	12,6	18	16,4	
Incapacidade social					
Sem impacto	125	98,4	101	91,8	0,017
Com impacto	2	1,6	9	8,2	
Deficiência					
Sem impacto	121	95,3	104	94,5	0,514
Com impacto	6	4,7	6	5,5	
Mantel-Haenszel combinado					0,001

Tabela 4. Impacto, segundo necessidade de prótese parcial removível entre os participantes de Marechal Floriano (ES) 2008.

Dimensão	Não precisa		Precisa		Significante
	N	%	N	%	
Limitação funcional					
Sem impacto	172	94,0	44	81,5	0,008
Com impacto	11	6,0	10	18,5	
Dor física					
Sem impacto	159	86,9	43	79,6	0,136
Com impacto	24	13,1	11	20,4	
Desconforto psicológico					
Sem impacto	159	86,9	36	66,7	0,001
Com impacto	24	13,1	18	33,3	
Incapacidade física					
Sem impacto	164	89,6	43	79,6	0,048
Com impacto	19	10,4	11	20,4	
Incapacidade psicológica					
Sem impacto	161	88,0	42	77,8	0,053
Com impacto	22	12,0	12	22,2	
Incapacidade social					
Sem impacto	178	97,3	48	88,9	0,019
Com impacto	5	2,7	6	11,1	
Deficiência					
Sem impacto	179	97,8	46	85,2	0,001
Com impacto	4	2,2	8	14,8	
Mantel-Haenszel combinado					0,001

Tabela 5. Impacto, segundo necessidade de prótese total removível entre os participantes de Marechal Floriano (ES) 2008.

Dimensão	Não precisa		Precisa		Significante
	N	%	N	%	
Limitação funcional					
Sem impacto	153	95,6	63	81,8	0,001
Com impacto	7	4,4	14	18,2	
Dor física					
Sem impacto	139	86,9	63	81,8	0,201
Com impacto	21	13,1	14	18,2	
Desconforto psicológico					
Sem impacto	132	82,5	63	81,8	0,516
Com impacto	28	17,5	14	18,2	
Incapacidade física					
Sem impacto	146	91,3	61	79,2	0,010
Com impacto	14	8,8	16	20,8	
Incapacidade psicológica					
Sem impacto	140	87,5	63	81,8	0,166
Com impacto	20	12,5	14	18,2	
Incapacidade social					
Sem impacto	154	96,3	72	93,5	0,264
Com impacto	6	3,8	5	6,5	
Deficiência					
Sem impacto	154	96,3	71	92,2	0,155
Com impacto	6	3,8	6	7,8	
Mantel-Haenszel combinado					0,003

A variável predictor para dor física foi o motivo da visita ao serviço odontológico (OR=8,2, IC95%= 1,94; 34,482). Os indivíduos que utilizaram o serviço por urgência apresentaram uma chance oito vezes maior de impacto. Para a dimensão incapacidade física, a variável necessidade de prótese total apresentou maior poder explicativo com nove vezes mais chance de impacto para os indivíduos que declararam necessidade de PT (OR=9,3 IC95%=1,87;45,89). Nas demais dimensões, a regressão logística não revelou nenhuma influência das variáveis inseridas no modelo.

Discussão

A Promoção da Saúde constitui elemento central da chamada “nova saúde pública”, traduzindo-se em estratégia multifacetada, diretriz norteadora das práticas em saúde.

Dificuldades na operacionalização de projetos em promoção da saúde podem surgir. Não há como produzir formas alternativas de atenção à saúde que não busquem operacionalizar os conceitos de saúde e doença. A saúde e o adoecer correspondem a experiências singulares e subjetivas, que necessariamente devem ser consideradas. O problema emerge do fato de que enquanto o discurso da promoção da saúde ressalta políticas intersetoriais voltadas à melhoria da qualidade de vida, as práticas assistenciais ainda têm se organizado em torno da doença, desconsiderando a distância entre o seu conceito e a experiência do adoecimento¹⁶.

A saúde bucal não tem constituído exceção. O método de avaliação do estado de saúde bucal mais comumente empregado repousa na avaliação clínica dos profissionais. Todo sistema de necessidade normativa ignora aspectos sociocomportamentais, dando pouca ou nenhuma atenção a fatores importantes, como medidas de qualidade de vida, ou seja, como a condição bucal afeta a vida diária das pessoas¹⁷. Nos últimos anos, o sistema de prestação de cuidados à saúde sofreu uma grande mudança de paradigma. No entanto, problemas bucais possuem fortes raízes sociais e econômicas, as quais só podem ser suficientemente compreendidas e explicadas quando seus portadores são ouvidos e quando o autodiagnóstico e as opiniões destas pessoas são levadas em consideração¹⁸.

Os benefícios da utilização de indicadores subjetivos têm sido muito bem documentados na literatura científica. Em busca de um diagnóstico

mais amplo e preciso, a inclusão de medidas subjetivas inserem a autopercepção do indivíduo sobre a condição bucal, proporcionando subsídios complementares às medidas normativas. Desse modo, possibilitaria revelar impactos produzidos por problemas bucais sobre a qualidade de vida. Medidas autorrelatadas são mais informativas sobre a experiência do adoecimento em indivíduos e populações do que medidas normativas¹⁹.

Baseando-se na necessidade de “cuidar” mais das pessoas, buscou-se, nos indicadores subjetivos em saúde bucal, uma alternativa para melhor compreender a necessidade, uma vez que conseguem capturar as necessidades relatadas pelos indivíduos²⁰.

Quando a qualidade de vida relacionada com a saúde bucal e a propensão de comportamento são integradas para estimar necessidades de tratamento mais amplas, os critérios para julgamento se tornam mais racionais¹⁷.

Embora exista uma diferença de critérios para estabelecer a necessidade entre profissionais e leigos, estes o fazem com uma certa precisão²¹. Em países como o Brasil, de dimensões continentais, com demanda reprimida e escassez de recursos, o estabelecimento de prioridades pode ser pautado na percepção para identificar grupos ou subgrupos de indivíduos mais afetados pelos impactos psicossociais produzidos pelas doenças bucais²².

Os conceitos de necessidade e população-alvo são básicos para o planejamento em saúde, que tem como um dos pontos de partida a identificação das necessidades de serviços. Para que um indivíduo use um serviço de saúde, não basta que exista oferta; a premissa básica é que ele perceba a necessidade²³. A percepção da necessidade tem emergido como forte preditora da utilização de serviços²⁴. A ausência de necessidade percebida tem sido citada como uma barreira para a utilização de serviços odontológicos^{25,26}.

Os problemas bucais, em sua maioria, não causam ameaça à vida, sendo compostos, em geral, de alguns episódios agudos e prontamente tratáveis. Dessa forma, seus impactos no bem-estar podem não ser óbvios e, muitas vezes, minimizados pelo contexto de outras condições crônicas mais sérias²¹.

A necessidade percebida é influenciada por crenças e conhecimento bem como por julgamentos de valores, fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais, e não simplesmente pela oferta de serviços^{13,17}.

A qualidade de vida declarada relacionada com a saúde está bem estabelecida nas pesquisas

de serviços de saúde, economia da saúde e epidemiologia. Serve como marcador da necessidade de serviços, um guia para o estabelecimento de prioridades, um indicador de efetividade das intervenções⁷.

A decisão de tratamento para pacientes individuais reside na interface entre achados objetivos e experiências subjetivas dos sintomas. O OHIP pode ser entendido por refletir eficientemente as experiências subjetivas associadas à saúde bucal, à percepção da experiência de saúde e doença e a outros sintomas como problemas na vida das pessoas²⁷.

O OHIP-14 é o instrumento mais utilizado para avaliar o impacto adverso provocado por condições bucais no bem-estar e na qualidade de vida⁷.

A utilização de um indicador como o OHIP pode ser útil para o planejamento dos serviços odontológicos, priorizando o atendimento das pessoas com alta prevalência de impactos^{28,29}.

Este estudo foi realizado em uma amostra aleatória de adultos e idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de um município da região serrana do Espírito Santo. Podem ser consideradas limitações desta pesquisa o desenho transversal e a avaliação dos escores OHIP utilizando medidas de prevalência. Embora importantes pela comparabilidade com a maior parte dos inquéritos populacionais (nacionais e internacionais) e por permitir a geração de novas hipóteses⁷, a interpretação dos escores por médias – medidas de severidade – poderia configurar maior sensibilidade aos resultados. Outro aspecto relevante seria a avaliação da população residente na área rural, normalmente excluída da maior parte dos estudos. Quando avaliadas, essas comunidades geralmente apresentam escores de impactos maiores quando comparadas com as residentes em áreas urbanas³⁰.

A frequência de impactos foi de 35%. Este resultado é similar aos encontrados em outros estudos brasileiros com populações distintas^{9,10,28} e difere dos estudos realizados em países desenvolvidos onde a frequência de impacto é geralmente inferior. O inquérito nacional americano e australiano, em 2003 e 2004, observou uma frequência de impacto da ordem de 15% nas duas populações⁷.

Os dados obtidos relativos à variável faixa etária mostraram que os indivíduos acima de 40 anos possuem mais impacto nas dimensões limitação funcional, incapacidade física e incapacidade social. Esse resultado é homogêneo aos encontrados por estudos realizados em Montes

Claros (MG), Cuiabá (MT), Viana e Iúna (ES)^{11,12,28,29,31}. A grande dificuldade em comparar esta variável com outros estudos nacionais²⁶ e internacionais está relacionada com o ponto de corte, em geral aos 60 anos^{5,9,13,14}.

A análise do motivo da utilização de serviços odontológicos mostrou que aqueles que visitaram o cirurgião-dentista (CD) por motivo de urgência declararam mais impacto em relação a problemas bucais. Esse achado é praticamente universal^{15,10-14,24,28,32-35}. Entretanto, resultado diferente foi encontrado em estudo realizado no Brasil, possivelmente explicado pela baixa utilização de serviços odontológicos na população estudada em Juiz de Fora, MG⁹.

O serviço odontológico de rotina melhora a qualidade de vida da população. A atenção direcionada aos indivíduos que têm padrão de visita sintomático e de frequência irregular pode certamente diminuir o peso da doença⁵.

A solução para a alta prevalência de impactos dos problemas associados à saúde bucal, relacionada com a qualidade de vida, está certamente ligada ao acesso a tratamento odontológico abrangente, incluindo tratamento especializado para pessoas com alta prevalência de necessidades clínicas e percebidas, especialmente para grupos com contexto socioeconômico desfavorável³⁴.

Em relação à variável necessidade de prótese total removível (PTR), percebeu-se que o impacto foi maior em indivíduos que necessitam de PTR. Esses resultados são homogêneos aos encontrados em outros estudos brasileiros^{9,10,24,28,35}. A comparação com estudos internacionais é dificultada pela pouca utilização dessa variável para análise. É explorado, mais comumente como variável explicativa, o número de dentes remanescentes que, em geral, aparece como predictor de impacto para os grupos com menor número de dentes remanescentes⁷.

Os resultados aqui encontrados mostraram que indivíduos com necessidade declarada de prótese parcial removível apresentaram maior impacto na qualidade de vida. Essa variável tem demonstrado importância nos estudos nacionais^{9,12,28,31}, revelando associação de necessidade percebida de prótese com altos escores de impacto na qualidade de vida em populações adultas. Esses achados refletem décadas de exclusão aos serviços odontológicos restauradores, reabilitadores e a ausência de uma política de saúde bucal.

De acordo com o Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal³⁶, as condições de saúde bucal e o estado dos dentes são, sem dúvida, sinais de exclusão, e o enfrentamento

desse problema vai além de ações assistenciais; requer políticas intersetoriais e compromisso do Estado nas três esferas de governo.

Quanto maior a desigualdade de renda, maior a prevalência de problemas relacionados com a saúde. Os serviços de saúde podem ter um papel na melhora da saúde, mesmo em face de notáveis iniquidades na distribuição de renda³⁷.

A inclusão de profissionais de saúde bucal nas equipes de saúde da família abriu uma nova perspectiva para a Política Nacional de Saúde Bucal, como esforço para a reorganização da atenção à saúde bucal nos municípios³⁸. Essa medida adveio da revelação da exclusão de forma oficial por meio resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio em 1998³⁹, mostrando que quase 30 milhões de brasileiros nunca tinham visitado o cirurgião-dentista.

O Programa Brasil Sorridente foi apresentado como expressão de uma política subsetorial, enfatizando a reorientação do modelo de atenção à saúde bucal³⁸.

Reconhecendo a existência de grande iniquidade em saúde no Brasil e a forte influência desta na determinação das doenças, fica claro que ainda há de se conviver com altas taxas de agravos à saúde. A atenção reduz a duração da doença ou o desconforto e a incapacitação relacionados com ela. Assim, as medidas da condição de saúde mais apropriadas para avaliar o impacto de intervenções são aquelas que determinam diretamente o efeito dos serviços de saúde no contexto das vidas e aspirações diárias das pessoas³⁷.

Pesquisadores responsáveis por um estudo realizado em um município do Espírito Santo aplicaram o OHIP-14 em uma amostra de 100 usuários do serviço municipal de saúde. A esses indivíduos foi oferecido atendimento odontológico e, ao final do tratamento, o grupo respondeu novamente ao OHIP. Os autores puderam obser-

var que 98% dos indivíduos que tiveram tratamento completado apresentaram diferenças significantes nos escores de impacto. A redução do impacto verificada demonstra a efetividade do tratamento odontológico sobre o bem-estar²⁸.

A relevância de um estudo que usa um indicador subjetivo está também na forma arrojada de se implementar um instrumento que meça a percepção do indivíduo em relação ao seu estado bucal e às suas necessidades, introduzindo o modelo biopsicossocial como filosofia de trabalho, em que o sujeito passa a ser valorizado e corresponsabilizado pela determinação de prioridades em seu tratamento odontológico²⁸.

Conclusão

A frequência de impactos encontrada pode atuar como um alerta para gestores da saúde. Os indivíduos com mais de 40 anos, que utilizaram o serviço odontológico por urgência, com necessidade declarada de próteses parciais e totais apresentaram mais impacto.

Excluindo a faixa etária, as variáveis explicativas para o impacto declarado possuem um componente social. Certamente, a melhora ao acesso aos serviços, o funcionamento das Unidades de Saúde em horário alternativo, a reposição de dentes perdidos com a oferta de prótese na atenção básica poderiam reduzir as diferenças entre grupos sociais.

A utilização de indicadores subjetivos complementa as informações clínicas e permite conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e a necessidade de tratamento, ajudando a formular programas e serviços de saúde eficientes para melhorar a qualidade de vida da população.

Colaboradores

MHBM Miotto participou da concepção da pesquisa, na metodologia, análise dos dados e na redação final do artigo. DB Velten participou da coleta de dados e da redação final do artigo. LA Barcellos participou da concepção da pesquisa, na metodologia, análise de dados e na redação final do artigo.

Referências

- Locker D. Subjective indicator of oral health status. In: Slade GD, organizador. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina; 1997.
- Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- Sheiham A. Determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2000.
- Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54(3):167-176.
- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dent Health* 1994; 11(1):3-11.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Health* 1997; 25(4):284-290.
- Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine, ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Health* 2009; 37(2):171-181.
- Almeida AM, Loureiro CA, Araújo, VE. Um estudo transcultural de valores de saúde bucal utilizando o instrumento OHIP 14 na forma simplificada. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(1):6-15.
- Miotto MHMB, Loureiro CA. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2003; 5(3):6-14.
- Bombarda-Nunes FFB, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2008; 8(1):7-14.
- Maia CTP, Sales MS. *Avaliação do impacto sobre saúde bucal produzido pelo sistema público odontológico no centro de saúde Eldorado de Montes Claros, MG* [monografia]. Belo Horizonte (MG): Associação Brasileira de Odontologia; 2001.
- Silva NS *Avaliação do efeito das condições sociodemográficas e utilização de serviços odontológicos sobre o perfil do impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida na população adulta e idosa de Cuiabá MT* [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Camilo Castelo Branco; 2002.
- Slade GD, Spencer AJ, Locker D. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res* 1996; 75(7):1439-1450.
- Locker D, Slade GD. Oral health and the quality of life among older adults: the oral health impact profile. *J Can Dent Assoc* 1993; 59(10):830-838.
- Matias KS, Lehn CN, Antunes JLF. Qualidade de vida de pacientes com câncer bucal e da orofaringe por meio do questionário UW-QoL. *RPG Rev Pós Grad* 2007; 14(2):139-146.
- Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
- Sheiham A, Tsakos G. Avaliando necessidades através de abordagem sócio-odontológica. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. 5ª ed. São Paulo (SP): Ed. Santos; 2008. p. 287-316.
- Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Santos; 2008.
- Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Oral disadvantage among dentate adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4):301-313.
- Bortoli D. Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publ UEPG Ci Biol Saúde* 2003; 9(3-4):955-965.
- Reisine ST. The impact of dental conditions on social functioning and the quality of life. *Ann Rev Public Health* 1988; 9:1-19.
- Jokovic A, Locker D. Dissatisfaction with oral health status in the older adult population. *J Public Health Dent* 1997; 57(1):40-47.
- Pinheiro RS, Escosteguy CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho RA, Carvalho DM, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL, organizadores. *Epidemiologia*. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Barcellos LA, Loureiro CA. O público do serviço odontológico. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(2):41-50.
- Lester V, Ashley FP, Gibbons DE. Reported dental attendance and perceived barriers to care in frail and functionally dependent older adults. *Br Dent J* 1998; 28(6):285-289.
- Tomar SL, Azevedo AB, Lawson R. Adult dental visits in California: successes and challenges. *J Pub Health Dent* 1998; 58(4):275-280.
- Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T, Knuuttila M. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J Oral Sci* 2005; 113(2):121-127.
- Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHMB. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2008; 10(2):46-51.
- Gonçalves JRG, Almeida AM. Avaliação do impacto percebido da saúde bucal utilizando o instrumento Oral health impact profile: forma simplificada. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(2):4-10.
- Cohen-Carneiro F, Rebelo MAB, Souza-Santos R, Ambrosano GMB, Salino AV, Pontes DG. Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2010; 26(6):1122-1130.
- Saloto JPS, Miotto MHMB, Barcellos LA. Percepção sobre saúde bucal de usuários dos serviços odontológicos de Iúna, ES. *UFES Rev Odontol* 2007; 9(3):31-36.
- Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J* 1994; 39(6):358-364.
- Biazevic MGH, Araújo ME, Michel-Crosato E. Indicadores de qualidade de vida relacionados com a saúde bucal: Revisão sistemática. *UFES Rev Odontol* 2002; 4(2):13-25.

34. Locker D. Does dental care improve the oral health of older adults? *Community Dent Health* 2001; 18(1): 7-15.
35. Biazzevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, SC. *Braz Oral Res* 2004; 18(1):85-91.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2005.
37. Starfield B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2002.
38. Frazão P, Narvai PC. Saúde Bucal no Sistema Único de saúde: 20 anos de lutas por uma política pública. *Saúde em Debate* 2009; 33(81):64-71.
39. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Acesso e Utilização de Serviços*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE); 1998.

Apresentado em 20/05/2011

Aprovado em 02/07/2011

Versão final apresentada em 29/07/2011