



# Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos

*The impact of oral health on quality of life among adults according to socioeconomic level*

Edna Alves SILVA<sup>1</sup>

Marília Jesus BATISTA<sup>2</sup>

Maria da Luz Rosário de SOUSA<sup>3</sup>

## RESUMO

### Objetivo

Avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos.

### Métodos

Este estudo transversal foi realizado em adultos de 35 a 59 anos de idade, sendo 113 usuários do serviço odontológico público e 97, do serviço privado da cidade de São Paulo. Dados sociodemográficos, de utilização dos serviços odontológicos e de qualidade de vida (*Oral Health Impact Profile-14*) foram obtidos através de um questionário. A saúde bucal foi avaliada pelo índice Cariados, perdidos e obturados-

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Piracicaba, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdade de Medicina de Jundiaí, Departamento de Saúde Coletiva. Jundiaí, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Departamento de Odontologia Preventiva e Saúde Pública. Av. Limeira, 901, 13414-018, Piracicaba, SP, Brasil. MLR SOUSA. E-mail: <luzsousa@fop.unicamp.br>.

Artigo elaborado a partir da tese de EA SILVA, intitulada "Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos de diferentes níveis socioeconômicos". Universidade Estadual de Campinas; 2013.

dentos. O *Oral Health Impact Profile* total (*severity*) e *Oral Health Impact Profile prevalence* (uma ou mais respostas “frequentemente” ou “sempre”) foram avaliados nas sete dimensões entre os dois grupos de adultos através do teste Mann Whitney e do teste do Qui-quadrado.

### Resultados

A média do *Oral Health Impact Profile* dos adultos do serviço público foi 11,5 ( $\pm 11,3$ ) e do serviço privado foi 5,9 ( $\pm 9,1$ ). O grupo do serviço público apresentou maior prevalência de impacto negativo, 76,6% ( $n=49$ ), quando comparado ao grupo do serviço privado, que foi 23,4% ( $n=15$ ). Os grupos diferiram em quatro dimensões na prevalência do *Oral Health Impact Profile*: limitação física, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e incapacidade social ( $p<0,05$ ). As médias do *Oral Health Impact Profile* por dimensões foram diferentes com relação ao tipo de serviço utilizado entre esses adultos, com exceção da limitação física ( $p>0,05$ ).

### Conclusão

Através dos resultados deste estudo, pode-se concluir que o impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi maior no grupo dos adultos do serviço público, que apresentaram baixo nível socioeconômico.

**Palavras-chave:** Adulto. Classe social. Desigualdades em saúde. Qualidade de vida. Saúde bucal.

## ABSTRACT

### Objective

To assess the impact of oral health on the quality of life of adults from different socioeconomic levels.

### Methods

This cross-sectional study included adults aged 35 to 59 years; 113 were users of a public dental service and 97, of a private dental service in the city of São Paulo. A questionnaire was used for collecting sociodemographic, quality of life (*Oral Health Impact Profile-14*), and use of dental service data. Oral health was assessed by the decayed-missing-filled index. The seven dimensions of the total *Oral Health Impact Profile* (*severity*) and *Oral Health Impact Profile prevalence* (one or more questions answered as “frequently” or “always”) were compared between the two groups by the Mann-Whitney and Chi-square tests.

### Results

The mean *Oral Health Impact Profile* of the adults frequenting the public service was 11.5 ( $\pm 11.3$ ), and the private service, 5.9 ( $\pm 9.1$ ). The public service group had a higher prevalence of negative impact (76.6%,  $n=49$ ) than the private service group (23.4%,  $n=15$ ). The groups differed in the following four dimensions of the *Oral Health Impact Profile*: physical limitation, psychological discomfort, psychological disability, and social disability ( $p<0.05$ ). The mean scores of the *Oral Health Impact Profile* dimensions differed by type of service used, except for physical limitation ( $p>0.05$ ).

### Conclusion

The impact of oral health on quality of life was higher in the group of adults attending the public service. These individuals had low socioeconomic level.

**Keywords:** Adult. Social class. Health inequalities. Quality of life. Oral health.

## INTRODUÇÃO

As condições de saúde bucal podem impactar em várias áreas da vida cotidiana, como na socioeconômica, no trabalho, na vida familiar, nas relações pessoais e sociais. Por conta disso, pode afetar diretamente a qualidade de vida do indivíduo. Sendo assim, estudar os aspectos subjetivos desse impacto da saúde bucal no cotidiano das pessoas ganha extrema relevância.

Atualmente, os estudos sobre a percepção da qualidade de vida na saúde bucal estão sendo bastante utilizados<sup>1-4</sup>. Eles se apresentam através de indicadores subjetivos que abrangem: função, dor física, aspecto psicológico, social e incapacidade física, dimensões que o indicador clínico não traduz.

Os indicadores subjetivos devem ser utilizados de forma complementar aos indicadores clínicos para determinar a necessidade de tratamento, melhorando a saúde bucal e a qualidade de vida das pessoas<sup>5</sup>. Por conta disso, são muito importantes e, de acordo com Lacerda *et al.*<sup>6</sup>, devem ser utilizados nas definições de ações dos serviços e grupos prioritários no atendimento em saúde bucal. O instrumento subjetivo que tem sido mais utilizado na saúde bucal é o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), proposto por Slade & Spencer<sup>7</sup> que aborda sete dimensões, desde a limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social até a limitação física.

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida entre adultos tem sido estudado levando em consideração a desigualdade social e, para isso, são identificados grupos de diferentes níveis socioeconômicos<sup>8-10</sup>. Locker & Quiñonez<sup>9</sup> realizaram estudo nesse sentido no Canadá e, para isso, utilizaram como parâmetros o poder aquisitivo e o número de idas ao dentista. Dessa forma, observaram que houve associação significativa entre indivíduos com renda mais baixa e o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Na Suécia, Johansson *et al.*<sup>10</sup> encontraram um maior impacto negativo da saúde bucal na qualidade de vida em indivíduos que pagavam pelos serviços odontológicos de acordo com a demanda, quando comparados aqueles que possuíam

o seguro saúde. Já no Reino Unido, McGraw & Beni<sup>11</sup> encontraram diferenças na percepção da saúde bucal entre usuários dos serviços odontológicos público e privado, entretanto, consideraram que a variação poderia ser atribuída aos fatores sociodemográficos e à visita regular ao dentista.

Por tudo isso, estudar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em grupos de distintos níveis socioeconômicos é extremamente relevante. Para a realização deste estudo, foram estudadas as características sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos, autopercepção da saúde bucal na qualidade de vida e a condição da saúde bucal em adultos. Foram criados dois grupos de diferentes níveis socioeconômicos com o intuito de avaliar se existe associação entre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida e a condição econômica do indivíduo, sendo este o principal objetivo desta pesquisa.

## MÉTODOS

Este estudo teve delineamento transversal e foi submetido à avaliação, obtendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer nº 264/10). O local escolhido foi a cidade de São Paulo, no período de julho de 2010 a dezembro de 2011. A amostra foi por conveniência, sendo composta por adultos de 30 a 59 anos. Estes foram selecionados entre usuários de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e entre pais de alunos de um colégio privado de nível socioeconômico médio, estando todas as três instituições localizadas na região Sudeste da cidade. A amostra foi planejada para que houvesse a mesma quantidade de adultos em ambos os grupos, isto é, o de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede privada. Além disso, o período de coleta foi previamente fixado em 12 meses.

Os usuários das UBS foram convidados a participar da pesquisa no momento do atendimento odontológico; na ocasião, o paciente foi examinado e o questionário OHIP-14 aplicado através de entrevista, sendo, portanto, coletados dados

socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Os critérios de inclusão foram: ter entre 30 e 59 anos de idade e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para os pais dos alunos do colégio privado, foi realizado um contato prévio com a coordenação da instituição e, depois de autorizada a realização da pesquisa, o convite para participar na mesma foi feito. Inicialmente, foi enviado, através do correio eletrônico, um comunicado relatando a importância da participação dos pais na pesquisa científica, bem como uma carta explicando as etapas do estudo. Logo depois, foram enviados aos alunos do colégio os envelopes contendo os impressos para serem entregues aos pais. Os envelopes continham: o TCLE, a entrevista, o questionário de qualidade de vida e um convite para uma avaliação clínica da saúde bucal. Foi solicitado o prazo de uma semana para a devolução dos impressos preenchidos. A pesquisadora recolhia os questionários periodicamente no colégio.

A coleta das variáveis sociodemográficas foi registrada com as seguintes categorizações: sexo (feminino e masculino); idade (30 a 44 anos e 45 a 59 anos); escolaridade (até 12 anos de estudo e acima de 12 anos); renda familiar (1 a 3 Salários Mínimos (SM); 4 a 6 SM e 7 ou mais SM)<sup>12</sup>. Já os dados de acesso e uso de serviços odontológicos foram registrados através das seguintes variáveis: tipo de serviço odontológico utilizado (público e privado); última visita ao dentista (menos de 1 ano, 1 a 4 anos e mais de 4 anos); motivo da visita ao dentista (urgência e rotina); procedimentos realizados (curativos e preventivos) e se houve extração de dente (sim e não). Para a autopercepção da saúde bucal, as respostas "excelente", "muito boa" e "boa" foram consideradas como autopercepção positiva e as respostas "regular" e "ruim" como autopercepção negativa.

O exame clínico foi realizado para os adultos usuários do serviço público nas respectivas UBS. Para os do serviço privado, o mesmo foi agendado em uma UBS próxima ao colégio. Os instrumentos clínicos

utilizados foram espelho bucal plano e sonda periodontal Índice Comunitário Periodontal (CPI). Para avaliar a cárie dentária, utilizou-se o índice Cariados, Perdidos e Obturados-Dentes (CPOD) que corresponde a soma de dentes cariados, perdidos e obturados, indicando o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, segundo os critérios da World Health Organization<sup>13</sup>.

A examinadora foi treinada e calibrada para coleta dos dados clínicos por meio do momento teórico e prático, totalizando uma carga horária de 40 horas. A concordância intraexaminador foi avaliada como estando dentro dos limites preconizados.

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida foi o OHIP-14<sup>7</sup>. No Brasil, o OHIP-14 foi adaptado e validado por Oliveira & Nadanosky<sup>14</sup>. Neste questionário, as questões foram organizadas em sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e limitação física. Cada dimensão contém duas questões. A variação das respostas vai do mínimo, zero, ao máximo, 56, sendo que quanto mais alto for o valor do OHIP-14, maior o impacto negativo na qualidade de vida.

Dessa forma, os dois grupos foram caracterizados em adultos do serviço público Sistema Único de Saúde (SUS) (dependentes), composto pelos indivíduos usuários das duas UBS selecionadas, e adultos do serviço privado, ou seja, os pais dos alunos do colégio privado. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi avaliado através da prevalência de um ou mais impactos severos (respostas: frequentemente e sempre), também chamado OHIP *prevalence*, e através da severidade, medida pelo escore total do OHIP, isto é, OHIP *severity*<sup>15,16</sup>. Os dados foram registrados no programa *Excell* e no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos) versão 17.0 e uma análise descritiva das variáveis foi desenvolvida. Para comparar os diferentes impactos da qualidade de vida na saúde bucal entre os grupos estudados, utilizou-se o teste do Qui-quadrado, também utilizado

para avaliar a associação entre a prevalência do OHIP e os diferentes grupos socioeconômicos. Como o OHIP *severity* não apresentou distribuição normal na amostra estudada, utilizou-se o teste Mann Whitney para verificar diferença em cada dimensão e no total entre os grupos. Foi adotado nível de significância  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Foram avaliados 113 adultos usuários de duas UBS da região Sudeste cidade de São Paulo e 97 adultos pais de alunos de um colégio privado da mesma localidade. As duas amostras apresentaram características semelhantes quanto ao sexo e à idade, porém, divergiram quanto às características socioeconômicas escolaridade e renda familiar ( $p < 0,001$ ). A utilização de serviço odontológico também apresentou diferenças no que concerne ao tipo de serviço utilizado, ao motivo que levou o indivíduo a consultar o dentista e ao tipo de procedimento realizado. Isso também aconteceu no que diz respeito aos dados relativos à percepção da saúde bucal.

Através dos dados apresentados na Tabela 1, pode-se observar que os dois grupos estudados divergem quanto ao tipo e utilização de serviço odontológico. Para os adultos do serviço privado, 25,3% não tiveram nenhum impacto do OHIP-14, enquanto que para os do serviço público este valor foi de apenas 13,3%. O OHIP-14 variou de 0 a 46 para os adultos do serviço público e de 0 a 48 para os do privado.

O período de coleta para os usuários do SUS foi de 12 meses e para os do serviço privado foi de 18 meses, tendo em vista a demora do retorno dos questionários.

O interesse do presente estudo foi avaliar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida através do OHIP, analisando a prevalência de impactos mais severos, isto é, respostas “frequentemente/sempre”, e a severidade do impacto refletida no escore total do questionário. Sendo assim, observou-se que enquanto a maioria dos adultos do serviço privado

apresentou maior prevalência de ausência de impactos severos, a maioria dos adultos SUS dependente apresentou maior prevalência de impactos da saúde bucal na qualidade de vida (Figura 2). Na Figura 1, pode-se observar a distribuição do OHIP segundo o escore total apresentado pelas amostras de adultos dos dois grupos. Para o grupo do serviço privado, observou-se maior frequência de impacto baixo, de 0 a 10 (severidade do OHIP), enquanto que no grupo do SUS observou-se maiores escores do impacto da saúde bucal na qualidade de vida.

Em relação à severidade do impacto da saúde bucal na qualidade de vida, observou-se que houve diferença entre os grupos na dimensão funcional, desconforto psicológico, incapacidade psicológica e no OHIP *severity* total (Tabela 2). Avaliando a prevalência de impactos severos nas sete dimensões do OHIP *prevalence*, todas apresentaram diferenças entre os grupos de diferente Nível Socioeconômico (NSE), exceto a dimensão limitação física (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida aconteceu nos adultos usuários de serviços odontológicos públicos. Este impacto negativo também foi observado nos indivíduos com menor escolaridade, nos que tinham ido ao dentista há mais de quatro anos, naqueles que procuraram o serviço para urgência e nos consideraram sua saúde bucal como sendo negativa.

Outros estudos confirmaram a associação da baixa renda com o maior impacto na qualidade de vida dos adultos, corroborando a presente pesquisa, como Sanders & Spencer<sup>2</sup>. Os autores avaliaram diferenças significativas na percepção da saúde bucal segundo as desigualdades sociais em adultos na Austrália. Outro estudo demonstrou que, na avaliação de autopercepção da saúde bucal, indivíduos mais pobres apresentam saúde bucal pior do que os mais favorecidos, além de terem menos controle sobre as circunstâncias da vida e perceberem maior grau de

estresse na vida diária<sup>17</sup>. Neste estudo, o desconforto e a incapacidade psicológica foram as dimensões que apresentaram maior impacto negativo para os dois níveis socioeconômicos no OHIP total (*severity*).

A utilização dos serviços de saúde, neste estudo, esteve condicionada aos fatores socioeconômicos, ou seja, quem tinha maior poder aquisitivo

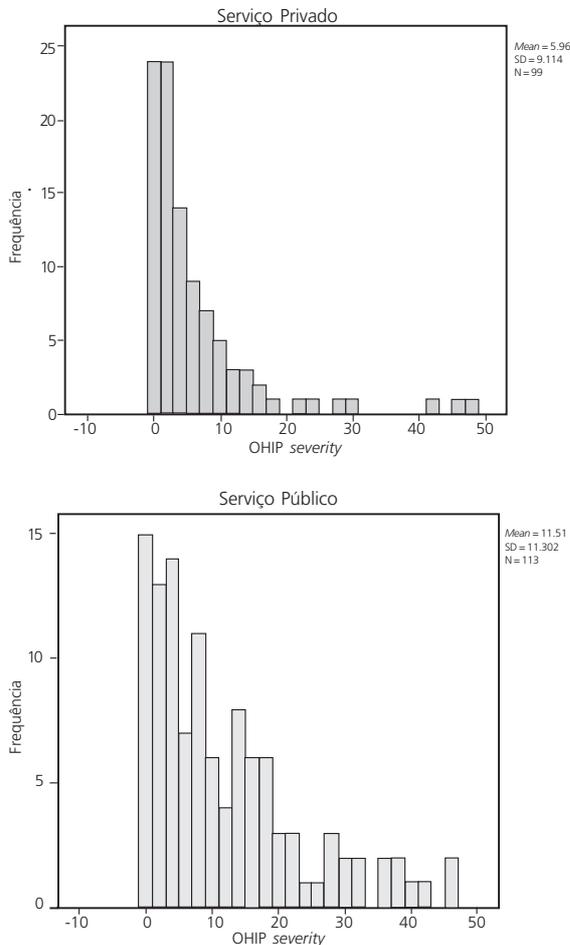
procurou mais esses serviços. No Brasil, Barros & Bertoldi<sup>18</sup>, com os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios de 1998, mostraram que o uso de serviços odontológicos pela população de mais baixa renda é três vezes menor, quando comparado à população mais rica. Além disso, a proporção de atendimentos odontológicos pelo

**Tabela 1.** Características sociodemográficas, utilização de serviço odontológico e autopercepção em saúde de dois grupos de adultos usuários de serviços público e privado. São Paulo (SP), 2012.

Características	Serviço público		Serviço privado		p
	n=113	%	n=97	%	
<i>Sexo</i>					
Masculino	22	19,5	20	20,6	0,836
Feminino	91	80,5	77	79,4	
<i>Idade</i>					
30 a 44 anos	72	63,7	59	60,8	0,666
45 a 59 anos	41	36,3	38	39,2	
<i>Escolaridade</i>					
Até 12 anos	104	92,0	4	4,1	<b>&lt;0,001</b>
Acima de 12 anos	9	8,0	93	95,9	
<i>Renda familiar mensal*</i>					
1 a 3 SM	80	70,8	1	1,0	<b>&lt;0,001</b>
4 a 6 SM	28	24,8	17	17,9	
7 ou mais SM	5	4,4	77	81,1	
<i>Tipo de serviço odontológico*</i>					
Público	113	100,0	-	-	<b>&lt;0,001</b>
Privado	-	-	97	100,0	
<i>Tempo da última visita</i>					
Menos de 1 ano	65	57,5	69	71,1	<b>0,004</b>
1 a 4 anos	29	25,7	25	25,8	
Mais de 4 anos	19	16,8	3	3,1	
<i>Motivo da visita*</i>					
Urgência	36	31,9	17	18,5	<b>0,022</b>
Rotina	74	65,5	75	81,5	
<i>Procedimentos realizados</i>					
Curativos	107	94,7	55	56,76	<b>&lt;0,001</b>
Preventivos	6	5,3	42	43,3	
<i>Extraiu dente</i>					
Sim	111	98,2	69	71,1	<b>&lt;0,001</b>
Não	2	1,8	28	28,9	
<i>Autopercepção saúde bucal</i>					
Positiva	46	40,7	80	82,5	<b>&lt;0,001</b>
Negativa	67	59,3	17	17,5	

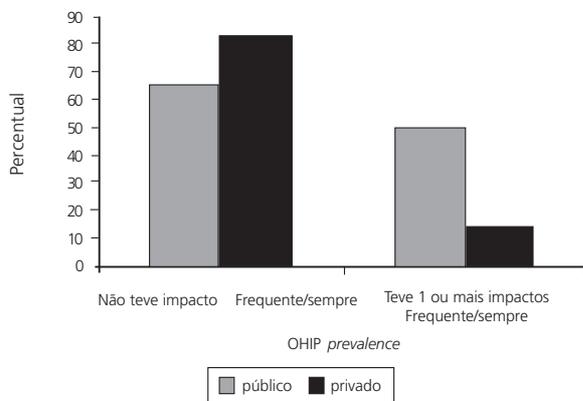
Nota: Valores em negrito representam significância estatística.\*O valor total não corresponde a 100% devido a dados perdidos; Teste do Qui-quadrado, significância  $p < 0,05$ .

SM: Salário Mínimo.



**Figura 1.** Histograma da distribuição do impacto da saúde bucal na qualidade de vida medida através do *Oral Health Impact Profile* (OHIP) severity (escore total do OHIP) em adultos de serviços odontológicos público e privado. São Paulo (SP), 2012.

Nota: SD: Standard Deviation.



**Figura 2.** Gráfico da prevalência do *Oral Health Impact Profile* (OHIP) prevalence (prevalência de um ou mais impactos frequentemente/sempre) em adultos dos serviços odontológicos público e privado. São Paulo (SP), 2012.

serviço público é 16 vezes maior entre os menos favorecidos. Pinto *et al.*<sup>19</sup> também chegaram à conclusão de que a população que utiliza os serviços públicos odontológicos era menos favorecida socioeconomicamente e apresentava maiores necessidades de tratamento. Os autores ainda enfatizaram a problemática da segregação da população de baixa renda da atenção à saúde, que se reflete em iniquidades em saúde<sup>19</sup>. Os resultados do presente trabalho confirmaram que o serviço público foi mais utilizado pelos indivíduos que se encontravam em um nível socioeconômico mais baixo, pois somente 2% da amostra referente às classes econômicas mais abastadas buscou esse tipo de atendimento.

Outras variáveis além do poder aquisitivo são descritas na literatura, como no trabalho de Machado *et al.*<sup>20</sup> com adultos e idosos de áreas de vulnerabilidade social de Porto Alegre (RS), onde verificou-se que a prevalência do uso regular de serviços odontológicos foi maior entre os mais ricos, com maior escolaridade e usuários de serviços privados de saúde. Assim como neste estudo, os que procuravam o serviço privado tinham mais de 12 anos de estudos, o que determinou um grupo diferente quanto aos impactos de saúde bucal percebidos. Peres *et al.*<sup>21</sup>, na pesquisa nacional Vigilância De Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, o estudo contemplou as capitais brasileiras e Distrito Federal de 2009, confirmaram que os indivíduos com menor escolaridade apresentaram maior percentual de necessidades de tratamento odontológico não atendidas, sendo estes os mais dependentes do serviço público. Nesse sentido, nesta pesquisa foi evidente a diferença entre usuários do serviço público e do privado no que diz respeito aos procedimentos curativos.

Verificou-se que os atendimentos de urgência foram percentualmente mais numerosos em adultos que utilizavam o serviço público; estes também apresentaram o maior percentual de dentes extraídos, o que demonstra a procura tardia por procedimentos preventivos. Brennan *et al.*<sup>8</sup>, em pesquisa de saúde bucal em adultos na Austrália,

compararam o padrão de atendimento odontológico nos serviços públicos e privados e observaram que os primeiros tinham um maior número de atendimentos de urgência, refletindo um alto percentual de exodontia e um percentual baixo de procedimentos de manutenção.

Clinicamente (dados preliminares), os adultos do presente estudo possuíam o índice CPOD próximo de 18 dentes, com experiência de cárie em ambos os grupos. Porém, a população SUS dependente apresentou mais cáries com os seguintes valores dos componentes: Cariados (C=1,59), Perdidos (P=8,51) e Obturados (O=8,42), totalizando o CPOD de 18,51. Por outro lado, a população composta pelos adultos do serviço privado apresentou o CPOD 17,39,

praticamente sem dentes cariados, com os valores Cariados (C=0,13) e Perdidos (P=3,43), sendo o maior componente o Obturado (O=13,83). Dessa forma, a condição clínica pode estar contribuindo para os impactos negativos da saúde bucal na qualidade de vida do grupo dos adultos do serviço público devido às perdas dentárias.

Nos Estados Unidos da América, adultos com menor renda apresentaram maiores perdas dentárias<sup>22</sup>. Da mesma maneira, Lawrence *et al.*<sup>15</sup> verificaram que, na Nova Zelândia, o grupo composto por indivíduos com baixo nível socioeconômico apresentava pior saúde bucal, tendo como parâmetro a prevalência da periodontite e da perda dentária. Silveira Neto & Nadanovsky<sup>23</sup> chegaram à conclusão

**Tabela 2.** Média, mediana e distância interquartilica (25-75) das dimensões do *Oral Health Impact Profile* (OHIP) *severity*, isto é, o escore total do OHIP-14 segundo o tipo de serviço odontológico utilizado por adultos. São Paulo (SP), 2012.

Dimensões	Serviço público				Serviço privado				p
	Média	DP	Mediana	25-75	Média	DP	Mediana	25-75	
Funcional	1,46	1,9	0,0	0-2	0,59	1,1	0,0	0-1	0,001
Dor	2,32	2,2	2,0	0-4	1,60	1,7	1,0	0-2	0,106
Desconforto psicológico	2,29	2,6	2,0	0-4	1,11	1,9	0,0	0-1	0,008
Incapacidade física	1,21	1,9	0,0	0-2	0,75	1,6	0,0	0-1	0,629
Incapacidade psicológica	2,23	2,2	0,0	0-4	0,98	1,9	0,0	0-1	<0,001
Incapacidade social	1,05	1,8	0,0	0-2	0,48	1,4	0,0	0-0	0,011
Limitação física	0,95	1,7	0,0	0-2	0,47	1,4	0,0	0-0	0,058
OHIP <i>severity</i>	11,51	11,3	8,0	0,5-7,0	5,98	9,1	3,0	2,5-17,0	<0,001

Nota: Teste do Mann Whitney. Nível de significância  $p < 0,05$ .

DP: Desvio-Padrão.

**Tabela 3.** Prevalência das dimensões do *Oral Health Impact Profile* (OHIP) *prevalence*, nos adultos de acordo com o tipo de serviço odontológico utilizado. São Paulo (SP), 2012.

Dimensões	Serviço privado		Serviço público		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Prevalência de impactos frequentemente/sempre							
Funcional	1	7,1	13	92,9	14	100	0,002
Dor	11	29,7	26	70,3	37	100	0,023
Desconforto psicológico	8	22,2	28	77,8	36	100	0,001
Incapacidade física	4	22,2	14	77,8	18	100	0,030
Incapacidade psicológica	7	19,4	29	80,6	36	100	<0,001
Incapacidade social	3	20,0	12	80,0	15	100	0,032
Limitação física	4	26,7	11	73,3	15	100	0,107
OHIP <i>prevalence</i>	15	23,4	49	76,6	64	100	<0,001

Nota: Teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher quando o valor observado foi menor que 5%. Nível de significância  $p < 0,05$ .

de que o estrato social mais baixo esteve fortemente associado ao alto risco para realização de extração dentária. No presente estudo, os adultos de níveis socioeconômicos mais baixos apresentaram mais dentes cariados e consideraram a autopercepção da saúde bucal como negativa.

Matos *et al.*<sup>24</sup>, com a população adulta de Bambuí (MG), verificaram que os usuários dos serviços do sindicato receberam mais tratamentos restauradores e preventivos na última visita ao dentista do que os usuários de serviços públicos. Assim como no presente estudo, o grupo do nível socioeconômico mais baixo apresentou 94,7% de procedimentos curativos, enquanto esse valor, no grupo do nível socioeconômico mais alto, foi de 57,6%. Em Pelotas (RS), também com adultos, Camargo *et al.*<sup>25</sup> chegaram à conclusão de que os pacientes do SUS utilizam o serviço de forma irregular, o que também acontece entre aqueles com piores indicadores sociais, incluindo a baixa escolaridade.

A avaliação da autopercepção em saúde bucal é importante, pois, dentre outros comportamentos, pode direcionar a procura ou não por prevenção e tratamento. Esse parâmetro pode influenciar diretamente a procura pelos serviços de saúde, pois abrange aspectos como dor e função. Afonso-Souza *et al.*<sup>26</sup> verificaram que indivíduos os quais relataram saúde bucal negativa eram significativamente mais propensos a ter menor escolaridade e serem de níveis socioeconômicos mais baixos; também apresentavam uma maior taxa de dentes extraídos e não visitavam o dentista com regularidade.

Os dados do presente estudo revelam que houve impacto negativo da saúde bucal no grupo de nível socioeconômico baixo, o qual apresentava, justamente, saúde bucal mais precária. Os impactos negativos foram observados em todas as dimensões do OHIP, desde a funcional, dor, desconforto psicológico até a incapacidade psicológica, física e social, com exceção apenas da limitação física.

O impacto do *Oral Health Impact Profile* total (*severity*) dos adultos de nível socioeconômico baixo foi duas vezes maior do que o dos de nível

socioeconômico alto. Assim, também para o OHIP *prevalence* o impacto foi 3,3 vezes maior para o nível socioeconômico baixo, apresentando valores semelhantes ao estudo de Locker & Quiñonez<sup>9</sup>, no Canadá. Para Johansson *et al.*<sup>10</sup>, o OHIP total (*severity*) foi maior para aqueles que tinham menor escolaridade.

Dahl *et al.*<sup>27</sup>, com adultos da Noruega, observaram que as dimensões do OHIP-14 mais frequentes foram a dor física, (56%), desconforto psicológico (39%) e incapacidade psicológica (30%). Estas também foram encontradas com maior prevalência nos estudos de Lawrence *et al.*<sup>15</sup> e Silva *et al.*<sup>28</sup>. Em Londres, Daly *et al.*<sup>29</sup> encontraram com maior frequência apenas no que diz respeito à dor física, em adultos moradores de rua.

Já com relação ao presente trabalho, das sete dimensões estudadas, a dor física foi aquela com a maior frequência para o grupo de nível socioeconômico alto e a limitação funcional para o de baixo. Esta foi seguida pela incapacidade psicológica, a qual pode ser caracterizada como um impacto tão forte quanto a dor física, porém são necessários mais estudos, envolvendo outras dimensões.

O *Oral Health Impact Profile prevalence* parece ser mais sensível, por medir os impactos que ocorrem de forma frequente para todas as dimensões. No presente estudo, a única dimensão que não caracterizou impactos diferentes entre os grupos foi a limitação física. Já no Canadá, Locker & Quiñonez<sup>9</sup> observaram que essa dimensão foi a que teve menor impacto, corroborando o presente estudo. O mesmo resultado foi encontrado por Batista *et al.*<sup>30</sup>. É possível que o OHIP-14 não seja sensível o suficiente para medir tanto uma dimensão onde o indivíduo se torne totalmente incapaz de realizar uma atividade diária quanto aquela onde a dor física não interfira em nenhuma atividade, apesar de presente.

As duas medidas, OHIP *prevalence* e *severity*, podem ser usadas em conjunto para uma melhor interpretação de dados subjetivos, como os relatos de impacto de saúde bucal na qualidade de vida<sup>16</sup>. Cabe ressaltar que, por se tratar de um estudo transversal, esta pesquisa apresenta limitação na

determinação da relação de causa dos fatores que interferem nos impactos da qualidade de vida. Por causa disso, a causalidade não pode ser inferida. Além disso, houve dificuldades no recrutamento dos adultos do serviço privado devido à demora para o retorno dos impressos preenchidos. A amostra foi de conveniência, não podendo representar uma população mais abrangente; por outro lado, o diferencial deste estudo foi trabalhar com duas populações pouco estudadas, ou seja, adultos usuários exclusivos do serviço odontológico do SUS e adultos que utilizam o serviço odontológico privado.

## CONCLUSÃO

Pelos achados do presente estudo, o impacto da saúde bucal foi negativamente significativo nos adultos que utilizavam o serviço odontológico público, nos aspectos funcionais, de dor, psicológicos e sociais. Sendo assim, conclui-se que o maior impacto da saúde bucal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal se deu no grupo dos adultos do serviço público, que apresentaram mais baixo nível socioeconômico.

## COLABORADORES

Os autores participaram de modo igual em todos os processos do manuscrito.

## REFERÊNCIAS

- Locker D. Deprivation and oral health: A review. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2000;28(3):161-9.
- Sanders AE, Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health.* 2004;28(2):159-66.
- Einarson S, Gerdin EW, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in a Swedish population. *Acta Odontol Scand.* 2009;67:85-93.
- Crocombe LA, Brennan DS, Slade GD. The relationship between dental care and perceived oral health impacts. *Comm Dental Health.* 2011;28(4):259-64.
- Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da Região Sudeste. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(2):397-406.
- Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adulto em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(8):1846-58.
- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Comm Dental Health.* 1994; 11: 3-11.
- Brennan DS, Luzzi Liana, Roberts-Thomson Kaye F. Dental service patterns among private and public adult patients in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:1. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-8-1>
- Locker D, Quiñonez C. Functional and psychosocial impacts of oral disorders in canadian adults: A national population survey. *JDCA.* 2009;75(7):521.
- Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Paulander J, Sondell K. Multivariate analyses of patient financial systems and oral health-related quality of life. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(5):436-44.
- McGrath C, Bedi R. Dental services and perceived oral health: Are patients better off going private? *J Dent Res.* 2003;31:217-21.
- Graciano MJG, Lehfeld NAS. Estudo socioeconômico: indicadores e metodologia numa abordagem contemporânea. *Rev Serv Social Saúde.* 2010;9(9):157-86.
- World Health Organization. Oral health surveys: Basic methods. 4<sup>th</sup> ed. Geneva: WHO; 1997.
- Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2005;33(4):307-14.
- Lawrence HP, Thomson WM, Broadbent GM, Poulton R. Oral health-related quality of life in a birth cohort of 32-years old. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2008;36:305-16.
- Tsakos G, Allen PF, Steele JG, Locker D. Interpreting oral health-related quality of life data. *Comm Dent Oral Epidemiol.* 2012;40(3):193-200.
- Sanders AN, Spencer AJ. Why do poor adults rate their oral health poorly? *Aust Dent J.* 2005;50(3):161-7.
- Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2002;7(4):709-17.

19. Pinto RS, Matos DV, Loyola Filho AI. Características associadas ao uso de serviços odontológicos públicos pela população adulta brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):531-44.
20. Machado LP, Camargo MBJ, Jeronymo JCM, Bastos GA. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos e idosos em região vulnerável no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):526-33.
21. Peres MA, Iser BPM, Boing AF, Yokota RTC, Malta DC, Peres KG. Desigualdade no acesso e utilização de serviços odontológicos no Brasil: análise do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2009). *Cad Saúde Pública*. 2012;28(Supl.)598-600.
22. Bernabé E, Marcenes W. Income Inequality and tooth loss in the United States. *J Dent Res*. 2011;90:724-29.
23. Silveira Neto JM, Nadanovsky P. Social inequality in tooth extraction in a Brazilian insured working population. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(5):331-6.
24. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(2):237-43.
25. Camargo MB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(9):1894-906.
26. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: The pró-saúde study. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(5):393-400.
27. Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Öhrn K. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontol Scand*. 2011;69:208-14.
28. Silva EA, Torres LHN, Sousa MLR. Perda dentária e o impacto na qualidade de vida em adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde. *Rev Odontol UNESP*. 2012;41(3):1-8.
29. Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Comm Dent Oral Epidemiol*. 2010;38(2):136-44.
30. Batista MJ, Perianes LB, Hilgert JB, Hugo FN, Sousa MLR. The impacts of oral health o quality of life in working adults. *Braz Oral Res*. 2014;28(1):1-6.

Recebido: setembro 22, 2016

Versão Final: junho 2, 2016

Aprovado: agosto 16, 2016

