

Impacto das condições bucais na qualidade de vida em servidores públicos municipais

The impact of oral conditions in the quality of life of municipal civil servants

Maria Helena Monteiro de Barros Miotto ¹

Claudio Santos Almeida ²

Ludmilla Awad Barcellos ³

Abstract *The scope of this article is to verify the prevalence of the impact produced by oral health conditions on the quality of life of civil servants and the possible association with social and demographic variables, utilization of dental services, dental pain and the need for prosthetics. A cross-sectional study was conducted to assess a random sample of 286 public employees. Data was collected using four questionnaires including the Oral Health Impact Profile. The association between the variables was measured using Fisher's Exact Test; the Odds Ratio evaluated the strength of association between impact and exposure. Logistic regression models were adjusted for each dimension. Ninety-three individuals (32.5%) declared impacts. The main impact prediction was associated with age, social and economic status, education, the use of dental services, the need for prosthetics and dental pain. A considerable number of individuals declared an impact on quality of life due to oral conditions.*

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

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar a prevalência de impactos produzidos por condições bucais na qualidade de vida de funcionários públicos e possível associação com variáveis sociodemográficas, utilização de serviços odontológicos, dor dentária e necessidade de prótese. Este estudo transversal avaliou uma amostra de 286 funcionários. Foram utilizados quatro roteiros para a coleta de dados incluindo o Oral Health Impact Profile. A associação entre as variáveis foi verificada pelo teste exato de Fisher; o Odds Ratio avaliou a magnitude da associação entre o desfecho e a exposição. Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão. O número de indivíduos que declararam impacto foi de 93 (32,5%). A maior predição de impacto esteve associada à idade, condição socioeconômica, escolaridade, utilização de serviço odontológico, necessidade de prótese e dor de dente. Grande número de indivíduos declararam impacto na qualidade de vida devido a problemas bucais.*

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. Av. Marechal Campos 1468, Maruípe. 29.040-090 Vitória ES Brasil. mhmiotto@terra.com.br

² Associação Brasileira de Odontologia.

³ Universidade Vila Velha.

Introdução

Os novos desafios sociais, políticos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários¹. A promoção da saúde aparece como eixo determinante no novo modo de pensar saúde, o objetivo final da promoção da saúde é a qualidade de vida da população.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética².

É importante ressaltar que a busca por uma definição sobre qualidade de vida meramente pautada em indicadores quantitativos – renda, grau de instrução ou condições de moradia – mostra-se insuficiente, pois não revela dados importantes referentes aos sentimentos, julgamentos e valores que cada um possui em relação ao termo³.

No campo da Odontologia o termo saúde bucal relacionada à qualidade de vida é comumente utilizado para descrever o impacto que problemas bucais podem produzir na vida das pessoas⁴.

A importância de medidas relacionadas à qualidade de vida reflete o modelo atual da Odontologia não apenas direcionada à ausência ou à cura das doenças bucais, mas também focada na interferência desses problemas na qualidade de vida das pessoas. Para isso, se faz necessária a utilização de índices que valorizem a experiência subjetiva dos indivíduos como o bem estar funcional, social e psicológico^{5,6}.

O desenvolvimento de indicadores subjetivos de saúde bucal vem permitindo capturar percepções e sentimentos dos indivíduos sobre sua própria saúde bucal e suas expectativas em relação a tratamento e serviços odontológicos⁷.

Os indicadores subjetivos em saúde bucal produzem maior evidência na detecção de problemas que os indicadores objetivos não detectam, tais como percepção da condição bucal, impacto na qualidade de vida e alterações na produtividade de uma sociedade⁸.

Sua utilização deve ser complementar à dos indicadores objetivos, permitindo uma visão mais ampla do diagnóstico e dos objetivos do tratamento, envolvendo as percepções normativas e subjetivas, que consideram a qualidade de vida do paciente de maneira igualmente importante⁹.

O sistema normativo hegemônico delimita necessidades que, em geral, não levam em con-

sideração os aspectos sociopsíquicos e atribuem pouco valor à maneira como a condição de saúde afeta o cotidiano das pessoas¹⁰. Recentemente, uma progressiva valorização dos indicadores subjetivos tem servido de base para traçar medidas referentes à saúde bucal, pois captam necessidades que variam de acordo com a cultura, o comportamento social, com o conceito do indivíduo sobre o processo saúde/doença, além do grau de importância atribuído ao tratamento odontológico^{11,12}.

Uma dor de dente, por si só, pode provocar impedimentos sociais e laborais. Tais alterações afetam significativamente a qualidade de vida. Dessa forma, os indicadores subjetivos ou socioodontológicos tornam-se cruciais para se conhecer as consequências desses agravos para os indivíduos¹³.

Slade e Spencer¹⁴ desenvolveram e testaram um indicador de necessidade percebida, o *Oral Health Impact Profile* (OHIP), com 49 questões para avaliar o impacto biopsicossocial provocado por problemas bucais. O OHIP é composto por sete dimensões: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, psicológica e social e deficiência. Posteriormente, foi desenvolvida uma versão simplificada com 14 questões, mantendo as propriedades psicométricas do OHIP 49¹⁵. O instrumento foi adaptado ao contexto cultural brasileiro e ao idioma português¹⁶.

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de impactos produzidos por condições bucais na qualidade de vida de funcionários públicos da Prefeitura Municipal de Marataízes, de acordo com variáveis relacionadas com a utilização de serviços odontológicos, dor dentária autorrelatada e necessidade de prótese.

Material e métodos

Este estudo transversal analisou uma amostra aleatória simples de indivíduos selecionados de um universo de 994 funcionários efetivos da Prefeitura Municipal de Marataízes (ES). Foi utilizada, como parâmetro para o cálculo amostral, a prevalência de impacto dos problemas bucais na qualidade de vida de 35%, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Foi obtida uma amostra mínima de 260 indivíduos. A prevalência esperada de 35% foi utilizada suportada por estudo realizado no estado do Espírito Santo⁷. Para ajustar para uma taxa de perda igual a 20%, foram acrescentadas a esse número 52 pessoas, resul-

tando em uma amostra de 312 funcionários, caracterizando uma quantidade superior à necessária. Os sujeitos foram selecionados utilizando-se uma tabela de números aleatórios.

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista padronizada entre 4 de maio e 12 de junho de 2009. Três entrevistadores treinados utilizaram quatro roteiros previamente usados em outros estudos no Brasil. Um estudo piloto ajustou os instrumentos, e os sujeitos participantes foram excluídos do estudo principal.

Um roteiro coletou dados sobre condição de saúde bucal referente à dor de dente nos últimos 12 meses e à necessidade percebida de prótese.

A classe econômica dos entrevistados 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 – por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil¹⁷.

Outro roteiro foi utilizado para coletar informações sobre a utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses, os profissionais procurados, o motivo e o tipo de serviço odontológico utilizado.

O roteiro “Perfil do Impacto da Saúde Bucal” avaliou a percepção dos sujeitos sobre os impactos produzidos pelas condições bucais na qualidade de vida. Foi utilizada a versão reduzida do questionário – OHIP 14. Os participantes responderam às questões em uma escala de frequência (Lickert) de cinco opções.

Optou-se, neste estudo, por utilizar o método de expressão dos resultados do OHIP como variável categórica em dois grupos: com impacto para as respostas “sempre e frequentemente” e sem impacto para “às vezes, raramente e nunca”.

Para avaliar as diferenças entre os grupos, foram utilizados o teste exato de Fisher para cada variável dependente e as sete dimensões do OHIP. Para verificar a força da associação entre o desfecho e a exposição, foi calculado o *odds-ratio* (OR), com intervalo de confiança (IC) de 95%. Para conhecer a associação de todas as dimensões combinadas do OHIP (score total) com as variáveis independentes, foi realizado o teste de Mantel-Haenszel que forneceu um OR combinado.

Foi realizada análise multivariável para controle dos potenciais fatores de confusão. Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão para verificar variáveis com maior poder predictivo.

O nível de significância adotado nos testes foi $\alpha = 5\%$. O pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* versão 15 foi utilizado para esta análise.

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo.

Resultados

Dos indivíduos sorteados, 26 se recusaram a participar do estudo. A amostra final de 286 sujeitos superou o cálculo amostral que previa uma análise em 260 questionários válidos. O acréscimo de 20% foi suficiente para compensar possíveis perdas.

O perfil demográfico da população deste estudo registra maioria feminina e uma população jovem com indivíduos até 40 anos. O nível de escolaridade declarada de 74,2% dos sujeitos foi igual ou acima ao ensino médio completo e em relação à renda, somente 9,5% superaram seis salários-mínimos (Tabela 1).

Questionados sobre a condição bucal, 70,6% dos sujeitos relataram perda de pelo menos um dente permanente, sendo 119 (58,9%) na região posterior e 14 (6,9%) na anterior. Em relação à necessidade declarada de prótese parcial removível (PPR), 84 (29,4%) afirmaram precisar, e com referência à prótese total removível (PTR), 25 (8,7%) perceberam essa necessidade.

A utilização de serviços de saúde bucal pôde ser considerada surpreendente. Em contrapartida, a procura por um falso profissional em área

Tabela 1. Dados sociodemográficos de funcionários municipais de Maratáizes (ES), 2009.

Característica	N	Percentual
Sexo		
Masculino	103	36,0
Feminino	183	64,0
Faixa etária		
18 – 40 anos	186	65,0
41 – ou mais	100	35,0
Escolaridade		
Até Ensino médio incompleto	74	25,8
Ensino médio completo ou mais	212	74,2
Renda familiar		
Até 2 salários mínimos	132	46,1
Entre 3 e 5 salários mínimos	127	44,4
Seis salários mínimos ou mais	27	9,5
Classificação econômica		
A/B	89	31,2
C/D/E	197	68,8
Total	286	100,0

urbana de município turístico da Região Sudeste ainda se faz presente, declarada por 2,8% dos participantes (Tabela 2).

Em relação ao tipo de serviço odontológico utilizado nos últimos doze meses, o respondente pôde marcar mais de uma opção: 75 (40,1%) funcionários utilizaram o serviço público municipal, 117 (62,6%) o privado e 18 (9,6%) outro tipo.

O impacto produzido por problemas bucais na qualidade de vida foi declarado por 93 indivíduos (32,5%). Ao analisar as variáveis relativas à utilização de serviços odontológicos, verificou-se que os indivíduos que não o utilizaram nos últimos 12 meses apresentaram maior impacto nas dimensões desconforto psicológico ($p = 0,045$; OR = 1,467, IC 95% = 1,008; 2,134), incapacidade social ($p = 0,037$; OR = 2,291, IC95% = 1,389; 3,776) e deficiência ($p = 0,024$; OR = 1,536, IC95% = 1,069; 2,206) (Tabela 3).

Em relação à variável motivo da utilização, os resultados (Tabela 4) mostraram diferenças estatisticamente significantes nas dimensões incapacidade física ($p = 0,027$, OR = 2,117, IC 95% = 1,286; 3,485) e deficiência ($p = 0,009$, OR =

1,892, IC95% = 1,242; 2,883). No escore total, o resultado também foi significativo ($p = 0,049$, OR = 1,820, IC95% = 1,010; 3,462).

A prevalência de dor de dente autorrelatada nos últimos 12 meses foi de 29%, suficiente para produzir impacto nas dimensões dor física ($p < 0,001$, OR = 2,072, IC 95% = 1,432; 2,998), desconforto psicológico ($p = 0,013$, OR = 1,679, IC95% = 1,142; 2,470), incapacidade física ($p = 0,011$, OR = 2,032, IC95% = 1,305; 3,164), incapacidade psicológica ($p = 0,027$, OR = 1,613, IC95% = 1,080; 2,464) e deficiência ($p = 0,028$, OR = 1,561, IC 95% = 1,055; 2,308). O resultado do teste combinado de Mantel-Hanszel ($p = 0,001$) apresentou o OR = 2,446 (IC 95% = 1,437; 4,162).

Na análise da variável necessidade de prótese parcial removível, observou-se resultados estatisticamente significantes para as dimensões limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física e deficiência. A Tabela 5 apresenta os valores do *Odds Ratio* e respectivos intervalos de confiança.

Os resultados do teste combinado de Mantel-Haenszel demonstraram que a chance de impacto nos indivíduos que precisam usar PPR é aproximadamente 1,6 vez maior (OR = 1,566 com IC95% = 1,241; 2,476).

Em relação à necessidade de PTR, as diferenças estatisticamente significantes na percepção do impacto entre os indivíduos que necessitam usar PT, na maioria das dimensões foram: limitação funcional ($p = 0,012$, OR = 3,838, IC95% = 1,643; 8,965); dor física ($p = 0,002$, OR = 3,664, IC95% = 1,749; 7,677); desconforto psicológico ($p < 0,001$, OR = 3,8628, IC95% = 1,571; 9,971); incapacidade física ($p = 0,015$, OR = 3,611, IC95% = 1,535; 8,497); incapacidade psicológica ($p < 0,001$, OR = 4,342, IC95% = 2,111; 8,934); e deficiência ($p < 0,001$, OR = 5,665, IC95% = 2,733; 11,743). No escore total, o teste combinado de Mantel-Haenszel ($p < 0,001$, OR = 2,223, IC95% = 1,249; 3,958) manteve valores significantes para as dimensões combinadas; a chance de impacto nos indivíduos com necessidade declarada de PTR é aproximadamente 2,3 vezes maior.

Ainda foram incluídas na análise as variáveis sociodemográficas. Verificou-se que, para a faixa etária, o resultado das dimensões combinadas do OHIP pelo teste de Mantel-Haenszel ($p < 0,001$) demonstrou que a chance de impacto para os indivíduos com 41 anos ou mais (OR = 1,384, IC95% 1,134; 1,689) é aproximadamente 1,4 vezes maior.

Tabela 2. Profissionais de saúde procurados nos últimos doze meses pelos funcionários municipais de Marataízes (ES), 2009.

Característica	N	Percentual
Cirurgião-dentista		
Sim	190	66,4
Não	96	33,6
TSB		
Sim	51	17,8
Não	235	82,2
Dentista prático		
Sim	8	2,8
Não	278	97,2
Médico		
Sim	213	74,5
Não	73	25,5
Enfermeiro		
Sim	121	42,3
Não	165	57,7
Agente Comunitário de Saúde		
Sim	166	58,0
Não	120	42,0
Farmacêutico		
Sim	105	36,7
Não	181	63,3
Outros		
Sim	5	1,7
Não	281	98,3

Tabela 3. Frequência do impacto, por dimensão, segundo a utilização de serviço odontológico por funcionários da Prefeitura de Marataízes (ES).

Dimensão	Utilizou		Não utilizou		Sig.	Odds Ratio
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional					0,185	
Com impacto	10	5,2	8	8,7		1,751
Sem impacto	184	94,8	84	91,3		0,668 – 4,608
Dor física					0,313	
Com impacto	24	12,4	14	15,2		1,271
Sem impacto	170	87,6	78	84,8		0,624 – 2,591
Desconforto psicológico					0,045	
Com impacto	27	13,9	21	22,8		1,467
Sem impacto	167	86,1	71	77,2		1,008 – 2,134
Incapacidade física					0,153	
Com impacto	11	5,7	9	9,8		1,805
Sem impacto	183	94,3	83	90,2		0,720 – 4,525
Incapacidade psicológica					0,500	
Com impacto	26	13,4	13	14,1		1,064
Sem impacto	168	86,6	79	85,9		0,519 – 2,179
Incapacidade social					0,037	
Com impacto	2	1,0	5	5,4		2,291
Sem impacto	192	99,0	87	94,6		1,389 – 3,776
Deficiência					0,024	
Com impacto	28	14,4	23	25,0		1,536
Sem impacto	166	85,6	69	75,0		1,069 – 2,206
Mantel-Haenszel combinado					0,108	1,439 0,855 – 2,427

Em relação à variável escolaridade, as dimensões combinadas apresentaram uma chance de impacto 1,384 (IC 95% 1,134; 1,689) para aqueles com até ensino médio incompleto.

Com referência à variável condição socioeconômica, a razão de chances combinadas no escore total foi de 1,232 com IC 95% (1,055; 1,438), ou seja, a chance de impacto nos indivíduos pertencentes às classes C, D e E é 1,2 vezes a chance dos indivíduos das classes A e B.

Foram ajustados modelos de regressão logística para cada dimensão para controle de potenciais fatores de confusão. As variáveis que tiveram maior influência na predição de impacto foram: necessidade de PPR para as dimensões limitação funcional, desconforto psicológico e deficiência; necessidade de PTR para as dimensões limitação funcional e deficiência; e faixa etária para as dimensões desconforto psicológico, incapacidade psicológica e deficiência.

Discussão

Este estudo avaliou uma amostra aleatória de funcionários públicos do município de Marataízes, um balneário do estado do Espírito Santo.

O desenvolvimento de indicadores subjetivos na área da saúde bucal trouxe uma grande contribuição para os estudos epidemiológicos na Odontologia. Essas medidas têm sido muito úteis para subsidiar o planejamento em saúde. Existe uma compreensão inquestionável e muito bem documentada na literatura científica de que problemas bucais produzem impactos muitas vezes incapacitantes sobre a qualidade de vida das pessoas. Medidas de prevalência, extensão e severidade desses impactos podem ser obtidas da utilização destes instrumentos. Porém, a compreensão da forma pela qual as desordens bucais afetam a vida diária das pessoas tem sido um desafio para pesquisadores. As expectativas e as experiências individuais podem funcionar como gatilhos para a geração de impactos na satisfação ou insatisfação com a saúde bucal⁶. As referências sobre quais

Tabela 4. Frequência do impacto, por dimensão, segundo o motivo da utilização de serviço odontológico por funcionários municipais de Marataízes (ES), 2009.

Dimensão	Urgência		Rotina/prevenção		Sig.	Odds Ratio
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional					0,402	
Com impacto	4	6,5	6	4,5		1,448
Sem impacto	58	93,5	126	95,5		0,394 – 5,329
Dor física					0,195	
Com impacto	10	16,1	14	10,6		1,621
Sem impacto	52	83,9	118	89,4		0,676 – 3,887
Desconforto psicológico					0,102	
Com impacto	12	19,4	15	11,4		1,872
Sem impacto	50	80,6	117	88,6		0,818 – 4,285
Incapacidade física					0,027	
Com impacto	7	11,3	4	3,0		2,117
Sem impacto	55	88,7	128	97,0		1,286 – 3,485
Incapacidade psicológica					0,077	
Com impacto	12	19,4	14	10,6		2,023
Sem impacto	50	80,6	118	89,4		0,874 – 4,681
Incapacidade social					0,101	
Com impacto	2	3,2	0	0,0		-
Sem impacto	60	96,8	132	100,0		
Deficiência					0,009	
Com impacto	15	24,2	13	9,8		1,892
Sem impacto	47	75,8	119	90,2		1,242 – 2,883
Mantel-Haenszel combinado					0,049	1,820 1,010 – 3,462

peças se baseiam para a construção das percepções estão em função de uma gama de variáveis⁶ e podem variar substancialmente em diferentes pontos do ciclo da vida¹⁸. Riscos cumulativos podem subsequentemente impactar anos mais tarde¹⁸. Estudos já têm verificado associação entre o número de irmãos ou número de pessoas na mesma residência e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças de 12 anos¹⁹.

Embora este estudo forneça informações sobre impacto dos problemas bucais na qualidade de vida e possíveis associações com variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas à utilização de serviços odontológicos, não se pode deixar de considerar algumas limitações. Devido ao desenho transversal, os resultados obtidos referenciam hipóteses relativas aos fatores associados, mas não têm o poder de inferência causal. Não houve a intenção de realizar um estudo populacional, mas apenas avaliar uma amostra representativa de uma categoria de trabalhadores, neste caso, aqueles com vínculo municipal. Variáveis comportamentais e medidas de autoestima também não foram avaliadas.

Este estudo encontrou um percentual expressivo de funcionários públicos declarando impactos produzidos por condições bucais (32,5%), resultado similar àqueles encontrados por outras pesquisas realizadas na mesma região^{7,20,21}.

Considerando a possível influência de variáveis sociodemográficas sobre a produção de impactos, os resultados mostraram que indivíduos acima de 40 anos declararam mais impactos produzidos por condições bucais, o que corrobora outros estudos regionais^{7,20,21}.

Em geral, a literatura tem observado um prejuízo na qualidade de vida produzido por distúrbios bucais em indivíduos na faixa etária de 35 a 44 anos, possivelmente em função do acúmulo de doenças bucais já verificado neste período da vida. Curiosamente, conforme os indivíduos envelhecem, tendem a aceitar a deteriorização da saúde e podem vir a considerar problemas bucais menos significantes^{5,6,22}.

Indivíduos pertencentes às classes econômicas menos favorecidas declararam prejuízo na qualidade de vida produzido pelas condições bucais. Estes resultados são similares aos de outros

Tabela 5. Frequência do impacto, por dimensão, segundo a necessidade de PPR por funcionários da Prefeitura Municipal de Marataizes (ES).

Dimensão	Não precisa		Precisa		Sig.	Odds Ratio
	Nº	%	Nº	%		
Limitação funcional					0,012	
Com impacto	7	3,7	10	11,9		2,051
Sem impacto	184	96,3	74	88,1		1,318 – 3,190
Dor física					0,032	
Com impacto	19	9,9	16	19,0		1,613
Sem impacto	172	90,1	68	81,0		1,067 – 2,439
Desconforto psicológico					< 0,001	
Com impacto	21	11,0	24	28,6		2,044
Sem impacto	170	89,0	60	71,4		1,442 – 2,899
Incapacidade física					0,005	
Com impacto	7	3,7	11	13,1		2,151
Sem impacto	184	96,3	73	86,9		1,419 – 3,263
Incapacidade psicológica					0,056	
Com impacto	21	11,0	16	19,0		1,905
Sem impacto	170	89,0	68	81,0		0,938 – 3,876
Incapacidade social					0,484	
Com impacto	3	1,6	2	2,4		1,529
Sem impacto	188	98,4	82	97,6		0,256 – 9,346
Deficiência					< 0,001	
Com impacto	18	9,4	31	36,9		2,698
Sem impacto	173	90,6	53	63,1		1,963 – 3,707
Mantel-Haenszel combinado					< 0,001	1,566 1,241 – 1,476

estudos nacionais que utilizaram indicadores subjetivos^{7,20,21}. Achados de estudos internacionais apontam para a mesma direção, embora a comparabilidade seja dificultada pelos diversos pontos de corte e a utilização de diferentes indicadores de classe social²³.

Este estudo observou que funcionários com menor escolaridade declararam maior impacto produzido por condições bucais. Pessoas com menos anos de escolaridade podem ser consideradas um grupo de risco em termos de impactos bucais na qualidade de vida⁶. Escolaridade é um determinante social da saúde e a maioria desta amostra era composta por sujeitos com nível de instrução com ensino médio completo ou mais (74,2%). Curiosamente, nesta amostra estudada a escolaridade não se traduziu em renda.

Os estudos nacionais envolvendo utilização de serviços odontológicos registram taxas de utilização em torno de 30%²⁴. Os resultados aqui encontrados mostraram uma frequência de visitas ao cirurgião-dentista surpreendente, em torno de 66%. Essas cifras chegam a causar in-

quietude, considerando-se a possibilidade de os serviços odontológicos minimizarem os impactos na qualidade de vida produzidos por condições bucais^{20,25}. Dessa forma, pode-se levantar uma hipótese a ser testada em outros estudos sobre a resolutividade dos serviços ofertados a esta população em virtude da alta prevalência de impactos observada. A atenção não resolutiva, que não contempla as necessidades em saúde bucal da população adulta, pode perpetuar problemas bucais que terão impacto significativo no cotidiano, no trabalho e na vida social²⁶. Chama a atenção também a alta utilização de serviços odontológicos privados por uma população com renda familiar de níveis baixos. Seria esperado que um significativo percentual de funcionários utilizasse o sistema público, pelo fato de fazerem parte do quadro de trabalhadores com vínculo municipal.

Uma das principais metas de todo serviço de saúde é minimizar disparidades entre subgrupos populacionais, eliminando desvantagem sistemática de acesso aos serviços. A avaliação da saúde bucal relacionada à qualidade de vida é capaz de

estimar a efetividade de programas públicos de saúde bucal, revelando suas reais necessidades. Em nível populacional, estratégias delineadas para grupos que percebem mais necessidade podem alcançar máximo benefício quando recursos são limitados¹⁸. Medidas utilizadas para avaliar clinicamente a saúde bucal têm mostrado pouca correlação com os impactos produzidos sobre a qualidade de vida²⁷. Uma análise dos dados de um estudo nacional enfatizou profundas desigualdades no acesso aos serviços de saúde bucal, revelando que os mais pobres tiveram maior dificuldade de conseguir atendimento, quando buscavam²⁸.

A prevalência de dor de dente autorrelatada nos últimos 12 meses neste estudo foi de 29%, capaz de produzir impacto na qualidade de vida. A chance de impacto nos indivíduos que sentiram dor de dente foi 2,4 vezes maior. O estudo nacional de saúde bucal registrou, em 2010, uma prevalência de dor de dente nos últimos seis meses de 27% no grupo de 35 a 44 anos, e de 10% nos idosos de 65 a 74 anos, muito provavelmente em decorrência da perda de dentes²⁹. Observa-se um declínio significativo, comparado com o mesmo estudo realizado em 2002, que registrou uma prevalência de dor declarada de 34,8% nos adultos e 22% nos idosos³⁰. Diferenças marcadamente regionais e econômicas ainda persistem na frequência de dor de dente que afeta profundamente a qualidade de vida das pessoas, além de gerar perdas econômicas com o absenteísmo. As diretrizes de saúde bucal propostas em 2004³¹ colocaram como prioridade o atendimento das urgências, considerando a alta frequência de dor de dente na população brasileira, especialmente a de baixa renda²⁹. Nesse sentido, sugere-se uma maior atenção na organização da atenção primária direcionada para a resolução efetiva dessas desigualdades.

Este estudo encontrou uma alta prevalência de dentes perdidos, pois 70,6% dos sujeitos relataram perda de pelo menos um permanente. Quanto à recolocação de dentes perdidos, 29,4%

declararam necessidade de prótese parcial removível (PPR).

Essa variável esteve associada às medidas de impacto neste estudo, mostrando que indivíduos que perceberam necessidade de prótese parcial removível declararam mais impacto na qualidade de vida, marcadamente evidenciado nas dimensões limitação funcional, desconforto psicológico, incapacidade física e deficiência. Este resultado converge com aqueles encontrados por muitos estudos nacionais que utilizaram indicadores subjetivos^{7,12,32}. Entretanto, não foram encontradas pesquisas na literatura consultada medindo essa variável em estudos internacionais. Nestes trabalhos, as variáveis selecionadas como potencialmente explicativas envolvem o número de dentes presentes, que em geral revelam maior impacto para os indivíduos que possuem menos de 20 dentes presentes na cavidade bucal¹⁸.

A utilização de serviço de saúde bucal de forma regular é capaz de melhorar a qualidade de vida da população^{33,34}. Este estudo demonstrou uma prevalência de impactos produzidos em função da utilização de serviços odontológicos por motivo de urgência, resultado homogêneo ao de estudos nacionais e internacionais^{7,13,14,20,21,23-25}. Assim, a atenção direcionada a usuários que têm padrão de visita sintomático poderia diminuir o peso da doença.

Esses resultados podem induzir uma reflexão profunda sobre a necessidade da oferta de próteses removíveis na atenção primária, considerando como este benefício contribui para uma melhor qualidade de vida da população.

Conclusão

Um grande número de funcionários públicos municipais declarou impacto na qualidade de vida devido a problemas bucais.

Colaboradores

MHMB Miotto e LA Barcellos participaram da concepção da pesquisa, na metodologia, análise dos dados e na redação final do artigo. CS Almeida participou da coleta de dados e da redação final do artigo.

Referências

1. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):669-678.
2. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):7-18.
3. Moreira MMS. Qualidade de Vida: Expressões Subjetivas e Histórico-Sociais. *Serviço Social em Revista* 2006; 9(1).
4. Locker D, Allen F. What do measures of oral health-related quality of life measure. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(6):401-411.
5. Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):280-288.
6. Kotzer RD, Lawrence HP, Clovis JB, Matthews DC. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:50-62.
7. 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. *Cien Saude Colet* 2012; 17(2):397-406.
8. Biazevic MGH. *Indicadores subjetivos em saúde bucal: revisão sistemática* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
9. Feu D, Quintão CCA, Miguel JAM. Indicadores de qualidade de vida e sua importância na Ortodontia. *Dental Press J Orthod* 2010; 15(6):61-70.
10. Sheiham A, Tsakos G. Avaliando necessidades através da abordagem sócio-odontológica. In: Pinto VG, organizador. *Saúde bucal coletiva*. 5ª ed. São Paulo: Ed. Santos; 2008. p. 287-316.
11. Miotto MHMB, Loureiro CA. Efeito das características sociodemográficas sobre a frequência dos impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. *UFES Rev Odontol* 2003; 5(3):6-14.
12. Miotto MHMB, Barcellos, LA. Uma revisão sobre o indicador subjetivo de saúde bucal Oral Health Impact Profile OHIP. *UFES Rev Odontol* 2001; 3(1):32-38.
13. Biazevic 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, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res* 2004; 18(1):85-91.
14. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Comm Dent Health* 1994; 11(1):3-11.
15. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(4):284-290.
16. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-314.
17. Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME). *Critério de Classificação Econômica do Brasil/2008*. 2000. [acessado 2009 jun 12]. Disponível em: www.abep.org/codigosguias/criterio_brasil_2008r
18. Yengprugsawan V, Somkotra S, Seubsman S, Sleight AC. Oral Health-Related Quality of Life among a large national cohort of 87, 134 Thai adults. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9:42.

19. Paula JS, Leite ICG, Almeida AB, Ambrosano GMB, Pereira AC, Mialhe FL. The influence of oral health conditions, socioeconomic status and home environment factors on schoolchildren's self-perception of quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2012; 10:6.
20. 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.
21. Bombarda-Nunes FF, 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.
22. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cien Saude Colet* 2011; 16(7):3317-3329.
23. 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.
24. Barcellos LA, Loureiro, CA. O público do serviço odontológico. *UFES Rev Odontol* 2004; 6(2):41-50.
25. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(6):456-463.
26. Allegretti ACV, Santos ZVDG. A vida familiar adulta. In: Moysés ST, Kriger L, Moysés SJ, organizadores. *Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas; 2008. p. 230-235.
27. Bianco VC, Lopes ES, Borgato MH, Silva PM, Marta SN. O impacto das condições bucais na qualidade de vida de pessoas com cinquenta ou mais anos de vida. *Cien Saude Colet* 2010; 15(4):2165-2172.
28. Barros AID, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação a nível nacional. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):709-717.
29. Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010: Nota para a imprensa*. [acessado 2012 mar 03]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/saude%20bucal-notaparaimprensa>.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: MS; 2005.
31. Brasil. Ministério da Saúde(MS). *Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal*. 2004. [acessado 2010 jun 20]. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br>.
32. Saloto JPS, Miotto MHMB, Barcellos LA. Percepção sobre saúde bucal de usuários dos serviços odontológicos do município de Iúna – ES. *UFES Rev Odontol* 2007; 9(3):31-36.
33. Camargo MJB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica* 2009; 25(9):1894-1906.
34. Locker D, Slade GD. Oral Health and the quality of live among older adults: the oral health impact profile. *J Can Dent Assoc* 1993; 59(10):830-838.