

Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos

Jaqueline Vilela Bulgareli^I, Eduardo Tanajura de Faria^{II}, Karine Laura Cortellazzi^{III}, Luciane Miranda Guerra^{III}, Marcelo de Castro Meneghim^{III}, Glauca Maria Bovi Ambrosano^{III}, Antonio Carlos Frias^{IV}, Antonio Carlos Pereira^{III}

^I Universidade de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Piracicaba, SP, Brasil

^{II} Universidade de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Coletiva. Piracicaba, SP, Brasil

^{III} Universidade de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. Departamento de Odontologia Social. Piracicaba, SP, Brasil

^{IV} Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia Social e Preventiva. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar se variáveis clínicas, sociodemográficas e de acesso aos serviços odontológicos influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos.

MÉTODOS: Estudo transversal com dados secundários da Pesquisa Estadual de Saúde Bucal (SB São Paulo 2015) realizada em 163 municípios de São Paulo. Participaram do inquérito 17.560 indivíduos de três grupos etários: adolescentes de 15–19 anos (n = 5.558), adultos de 35–44 anos (n = 6.051) e idosos de 65 anos ou mais (n = 5.951). A seleção foi feita por amostra probabilística por conglomerados em dois estágios. A variável desfecho foi o impacto da saúde bucal sobre as atividades diárias, avaliado pelo questionário *Oral Impacts on Daily Performances*, contendo questões sobre comer, falar, higiene bucal, relaxamento, prática esportiva, sorriso, estudo ou trabalho, contato social e sono. O *Oral Impacts on Daily Performances* foi dicotomizado em com e sem impacto. As variáveis independentes foram as sociodemográficas, clínicas e de acesso, divididas em três blocos. Realizou-se análise de regressão logística múltipla hierarquizada considerando o plano amostral complexo de conglomerados. Cada observação recebeu um peso específico, dependendo da localização que resultou em frequências ponderadas e ajustadas para o efeito do delineamento.

RESULTADOS: A presença de impacto da saúde bucal foi constatada em 27,9% dos indivíduos. No bloco 1, o sexo feminino e o grupo étnico preto/pardo tiveram maior chance de impacto da saúde bucal na qualidade de vida, bem como os adultos e idosos em relação aos adolescentes. No bloco 2, a renda familiar até R\$1.500 teve associação com a presença de impacto. No bloco 3, os indivíduos que relataram dor de dente, frequentaram o serviço público e procuraram tratamento odontológico tiveram maior chance de impacto.

CONCLUSÕES: As variáveis sociodemográficas, clínica e de acesso ao serviço de saúde influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos.

DESCRITORES: Saúde Bucal. Aspectos Socioeconômicos. Qualidade de Vida. Inquéritos de Saúde Bucal.

Correspondência:

Jaqueline Vilela Bulgareli
Avenida Limeira, 901
13414-903 Piracicaba, SP, Brasil
E-mail: jaquelinebulgareli@gmail.com

Recebido: 25 jan 2017

Aprovado: 2 fev 2017

Como citar: Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. Rev Saude Publica. 2018;52:44.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

Tem crescido o reconhecimento dos problemas bucais como causadores de impacto negativo no desempenho das atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos. De fato, além de dor e sofrimento, as doenças bucais e seus agravos também podem causar privações sociais e constrangimentos psicológicos²¹.

Os índices mais utilizados na determinação das ações, estratégias e programas em saúde bucal consideram principalmente os fatores biológicos, não levando em conta o entendimento já estabelecido na literatura sobre a importância e o impacto de fatores psicológicos e sociais sobre as doenças bucais².

Estudos têm encontrado forte associação entre problemas bucais e impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos. Agravos como presença de cárie e dor dentária têm causado efeitos adversos funcionais, sociais e psicológicos^{10,25}.

Entretanto, mesmo com o avanço de investigações sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida, geralmente esses estudos se restringem a analisar populações específicas, como escolares ou idosos institucionalizados, sendo escassas na literatura pesquisas de base populacional^{10,21}.

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010), realizada pelo Ministério da Saúde de forma inovadora e pioneira, permitiu a obtenção de informações capazes de promover uma análise do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas e serviu de base para uma pesquisa estadual de saúde bucal denominada SB São Paulo, 2015.

Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado de São Paulo tem uma população que corresponde a aproximadamente 21% da população total do Brasil. São aproximadamente 42 milhões de pessoas e, dessas, cerca de 80% possuem mais de 15 anos de idade¹².

Os inquéritos epidemiológicos possibilitam a identificação das necessidades da população, além das condições de saúde e doença existentes, permitindo quantificá-las, bem como instrumentalizar o planejamento e a organização dos serviços de saúde bucal²⁶.

Assim, conhecer a percepção e o comportamento do indivíduo em relação à sua saúde bucal, bem como a influência e o impacto da saúde bucal sobre suas atividades diárias, oferece dados subjetivos, além dos mensuráveis e quantitativos. Pode, assim, ser de alto valor para o planejamento, a definição e a organização dos serviços e programas de atenção em saúde bucal.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar se variáveis clínicas, sociodemográficas e de acesso aos serviços odontológicos influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos.

MÉTODOS

Tipo de Estudo

Estudo transversal com dados secundários da Pesquisa Estadual de Saúde Bucal (Projeto SB São Paulo 2015) realizada em 163 municípios do Estado de São Paulo.

Caracterização da Amostra

Trata-se de uma pesquisa de base estadual, com representatividade para seis regiões, representando todo o estado de São Paulo (São Paulo Capital, Região Metropolitana de São Paulo e os Departamentos Regionais de Saúde – DRS- 2 a 17). Para isso, foram sorteados 178 municípios mais a capital do estado (unidades primárias de amostragem). Na segunda etapa, foram sorteados 390 setores censitários (dois setores para 178 municípios e 36 setores para

a cidade de São Paulo). O plano amostral foi elaborado por conglomerado em dois estágios de sorteio com probabilidade proporcional ao tamanho da população. Utilizou-se a técnica de esgotamento com tamanho mínimo de amostragem para cada unidade primária de amostragem, onde todos os domicílios do setor censitário eram visitados seguindo o trajeto planejado, sendo examinados os indivíduos dos grupos etários do estudo. Como não foi possível a realização de exames em todos os municípios sorteados (unidades primárias de amostragem) nos respectivos domínios, bem como em alguns setores censitários, as frações de amostragem foram corrigidas levando em consideração as taxas de não respostas para cada uma das etapas de sorteio. Os ausentes e os que se recusaram a participar da pesquisa foram excluídos, totalizando 17.560 pessoas examinadas em 163 municípios para os três grupos etários, sendo 5.558, 6.051 e 5.951 indivíduos, respectivamente, para as faixas etárias de adolescentes de 15–19 anos, adultos de 35–44 anos e idosos com 65 anos ou mais²⁰.

Treinamento e Calibração dos Examinadores

O processo de calibração da equipe teve duração de no mínimo 24 horas de trabalho, contemplando os aspectos teóricos e práticos dos índices utilizados. Aferiu-se a porcentagem de concordância intra e inter-examinadores, a fim de se verificar a reprodutibilidade do estudo²⁰.

Os exames epidemiológicos e entrevistas foram realizados nas residências dos voluntários por cirurgiões-dentistas previamente treinados e calibrados pela técnica do consenso. O valor mínimo aceitável de kappa para cada examinador, grupo etário e agravo estudado foi 0,65¹⁷.

Exames bucais foram realizados para avaliar a prevalência e severidade da cárie, doença periodontal, má oclusão e uso ou necessidade de prótese. Além disso, foi aplicado um questionário aos indivíduos examinados em domicílios, o qual continha questões relativas à caracterização socioeconômica, à utilização de serviços odontológicos e morbidade bucal autorreferida, à autopercepção de saúde bucal e ao capital social. Para este estudo, a metodologia utilizada no SB São Paulo 2015 seguiu as recomendações da OMS na 4a. edição de seu Manual de Instruções para Levantamento Epidemiológico Básico em Saúde Bucal²⁶, com as devidas adequações expressas no Projeto SB Brasil 2010¹⁷.

Variáveis do Estudo

A variável desfecho foi o Impacto da Saúde Bucal nas Atividades Diárias (ISBAD). Essa variável foi avaliada pelo instrumento *Oral Impacts on Daily Performances*¹ (OIDP). O instrumento consiste em nove questões de performances de execução diária, sendo esses, comer, falar, higiene bucal, relaxamento, prática esportiva, sorriso, estudo e trabalho, contato social e sono. Cada item foi precedido da pergunta “Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr.(a), nos últimos seis meses?”. As opções de respostas foram: não (código 0), sim (código 1) e não sabe ou não quis responder (código 9). O código 9 foi tratado como informação faltante para cada pergunta do OIDP. A contagem simples dos escores foi por meio de nove variáveis (sim ou não). O ISBAD foi dicotomizado em com e sem impacto, sendo caracterizada a presença de impacto nas atividades diárias no voluntário a partir da resposta “sim” em pelo menos uma questão.

As variáveis independentes foram reunidas em três blocos: o bloco 1 incluiu as variáveis sexo (masculino; feminino), faixa etária (15–19 anos, 35–44 anos; \geq 65 anos) e grupo étnico (branca; preta ou parda). O bloco 2 abordou a renda familiar (dicotomizada pela mediana em até R\$1.500 e > R\$1.500). O bloco 3 incluiu dor de dente (não; sim), visita ao dentista (< 1 ano; 1 ano ou mais), tipo de serviço utilizado (público; outros), motivo da consulta (revisão ou prevenção; tratamento) e índice CPOD (dicotomizado pela mediana em CPOD \leq 15 e CPOD > 15). Essas variáveis foram organizadas seguindo o modelo conceitual adaptado de Peres et al.²¹, em que o autor utiliza uma modelagem hierárquica para análise múltipla dos potenciais preditores para ISBAD. As variáveis independentes são introduzidas em níveis, a partir das mais distais até as mais proximais em relação ao defecho. No presente estudo,

o bloco 1 apresenta as variáveis demográficas mais distais em relação à variável desfecho; o bloco 2, a variável socioeconômica; e no bloco 3, as variáveis de acesso aos serviços odontológicos e as doenças e agravos bucais, mais proximais à variável desfecho (Figura).

Análise dos Dados

Para a análise dos dados, avaliou-se a associação entre o ISBAD e as variáveis independentes por meio de modelo de regressão logística múltipla hierarquizado. A análise dos dados foi realizada pelos procedimentos PROC SURVEYFREQ e PROC SURVEYLOGISTIC, considerando o plano amostral complexo de conglomerados. Cada observação recebeu um peso específico, dependendo da localização, que resultou em frequências ponderadas e ajustadas para o efeito do delineamento. Foram testadas, no modelo de regressão logística múltipla, as variáveis com $p \leq 0,20$ de cada bloco, permanecendo no modelo aquelas que continuaram associadas ao ISBAD com $p \leq 0,05$ após ajuste para as variáveis do mesmo bloco e para as hierarquicamente superiores.

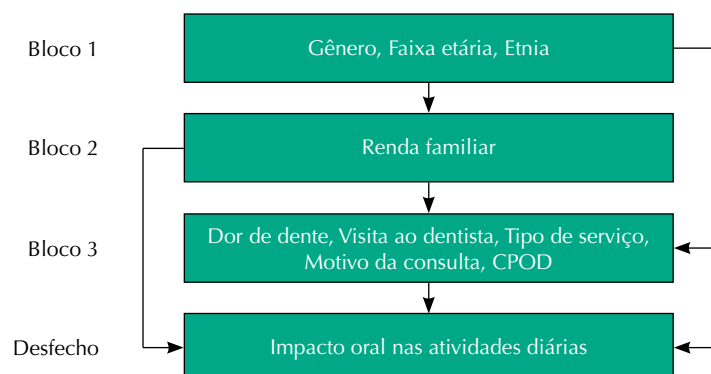
Aspectos Éticos

Por se tratar de um estudo envolvendo dados secundários e já tornados públicos e de acesso irrestrito do inquérito epidemiológico estadual de saúde bucal (SB São Paulo 2015), houve dispensa pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP) Unicamp conforme ofício CEP/FOP 42/2016. Um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado por todas as pessoas examinadas no levantamento²⁰.

RESULTADOS

Dos 17.560 indivíduos da amostra do inquérito estadual, 16.776 indivíduos participaram efetivamente deste estudo, sendo 5.402 (32,2%), 5.834 (34,8%) e 5.540 (33,0%) indivíduos, respectivamente, para as faixas etárias de 15–19, 35–44 e 65 anos ou mais. A diferença dos participantes em relação ao número total da amostra estudada se deu devido à exclusão de 784 indivíduos que deixaram de responder um ou mais itens do OI DP. A presença de impacto na saúde bucal foi verificada em 4.695 (27,9%) indivíduos (1.134, 2.152 e 1.409 indivíduos, respectivamente para as faixas etárias de 15–19, 35–44 e 65 anos ou mais) (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os resultados das análises individuais e do modelo final da análise de regressão logística múltipla hierarquizada. Entre as variáveis independentes do bloco 1, o sexo feminino teve maior chance (OR = 1,26; IC95% 1,15–1,39; $p < 0,0001$) de ISBAD quando comparado com o sexo masculino, assim como a faixa etária dos adultos (OR = 3,15; IC95% 2,65–3,74; $p < 0,0001$) e idosos (OR = 1,48; IC95% 1,24–1,78; $p < 0,0148$) em relação aos adolescentes. Houve maior chance de ISBAD entre os pretos/pardos (OR = 1,32; IC95% 1,17–1,48; $p < 0,0001$)



CPOD: índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

Figura. Modelo conceitual para o estudo de associação entre as variáveis independentes e o impacto da saúde bucal nas atividades diárias (adaptado de Peres et al.²¹).

Tabela 1. Distribuição de frequências do impacto no OIDP em função das variáveis analisadas. SB São Paulo, 2015.

Variável	Categoria	n	%	OIDP			
				Sem impacto		Com impacto	
				Frequência	%	Frequência	%
Bloco 1							
Sexo	Masculino	6.306	37,6	4.897	77,7	1.409	22,3
	Feminino	10.470	62,4	7.184	68,6	3.286	31,4
Faixa etária (anos)	15–19	5.402	32,2	4.268	79,0	1.134	21,0
	35–44	5.834	34,8	3.682	63,1	2.152	36,9
	≥ 65	5.540	33,0	4.131	74,6	1.409	25,4
Grupo étnico	Branco	10.647	63,5	7.988	75,0	2.659	25,0
	Preto/Pardo	6.129	36,5	4.093	66,8	2.036	33,2
Bloco 2							
Renda	Até R\$1.500	6.843	46,5	4.490	65,4	2.353	34,6
	> R\$1.500	7.863	53,5	6.001	74,8	1.862	25,2
Bloco 3							
Dor de dente	Não	8.152	70,9	6.510	77,6	1.642	22,3
	Sim	3.354	29,1	1.414	42,7	1.940	57,3
Visita ao dentista	< 1 ano	7.992	50,3	5.662	70,2	2.330	29,8
	1 ano ou mais	7.884	49,7	5.798	69,8	2.086	30,2
Tipo de serviço odontológico	Público	6.452	40,5	4.392	65,0	2.060	35,0
	Outros	9.475	59,5	7.183	73,8	2.292	26,1
Motivo da consulta odontológica	Revisão/Prevenção	4.277	27,0	3.694	85,0	583	15,0
	Tratamento	11.541	73,0	7.850	65,4	3.691	34,6
CPOD	≤ 15	8.408	50,1	6.316	72,1	2.092	27,9
	> 15	8.368	49,9	5.765	68,9	2.603	31,1

OIDP: *oral impacts on daily performances*; SB: saúde bucal; CPOD: índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

Tabela 2. Odds ratios brutos e ajustados entre o impacto no OIDP e as variáveis analisadas. SB São Paulo, 2015.

Variável	Categoria	OR _b (IC95%)	p	OR _a (IC95%)	p
Bloco 1					
Sexo	Masculino	Ref		Ref	
	Feminino	1,59 (1,40–1,82)	< 0,0001	1,26 (1,15–1,39)	< 0,0001
Faixa etária (anos)	15–19	Ref		Ref	
	35–44	2,35 (2,06–2,70)	< 0,0001	3,15 (2,65–3,74)	< 0,0001
	≥ 65	1,12 (0,95–1,32)	< 0,0001	1,48 (1,24–1,78)	0,0148
Grupo étnico	Branco	Ref		Ref	
	Preto/Pardo	1,45 (1,29–1,63)	< 0,0001	1,32 (1,17–1,48)	< 0,0001
Bloco 2					
Renda	Até R\$1.500	1,57 (1,36–1,80)	< 0,0001	1,30 (1,08–1,56)	< 0,0001
	> R\$1.500	Ref		Ref	
Bloco 3					
Dor de dente	Não	Ref		Ref	
	Sim	4,66 (4,01–5,40)	< 0,0001	3,76 (3,37–4,19)	< 0,0001
Visita ao dentista	< 1 ano	Ref			
	1 ano ou mais	1,02 (0,92–1,12)	0,7350	-	
Tipo de serviço odontológico	Público	1,52 (1,35–1,71)	< 0,0001	1,32 (1,21–1,45)	< 0,0001
	Outros	Ref		Ref	
Motivo da consulta odontológica	Revisão	Ref		Ref	
	Tratamento	3,01 (2,73–3,33)	< 0,0001	2,28 (1,97–2,64)	< 0,0001
CPOD	≤ 15	Ref			
	> 15	1,17 (1,05–1,29)	0,0031	-	

OR_b (IC95%): *odds ratio* bruto com o intervalo de confiança; OR_a (IC95%): *odds ratio* ajustado com o intervalo de confiança; OIDP: *oral impacts on daily performances*; SB: saúde bucal; CPOD: índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados; Ref: referência

do que em brancos, bem como entre os indivíduos que apresentavam renda familiar até R\$1.500 (OR = 1,30; IC95% 1,08–1,56; $p < 0,0001$) inserida no bloco 2. Das variáveis testadas no bloco 3, os indivíduos que relataram dor de dente (OR = 3,76; IC95% 3,37–4,19; $p < 0,0001$), que frequentaram o serviço público (OR = 1,32; IC95% 1,21–1,45; $p < 0,0001$) e cujo principal motivo de procura por atendimento foi tratamento odontológico (OR = 2,28; IC95% 1,97–2,64; $p < 0,0001$) tiveram maior chance de impacto na saúde bucal.

DISCUSSÃO

Das variáveis sociodemográficas estudadas, ser do sexo feminino apresentou maior impacto na qualidade de vida. Este resultado corrobora ao encontrado em outros estudos^{16,21,25}. Essa diferença entre homens e mulheres pode decorrer dos problemas de saúde bucal a partir de contextos sociais, econômicos, culturais e históricos¹⁶. Borrell e Artazcoz⁴ relatam que, por muito tempo, as mulheres desenvolveram um papel cultural de responsabilidade e cuidado familiar; portanto, estariam mais preocupadas com a sua saúde bucal. Já os homens apresentam menor preocupação com o impacto das condições bucais na sua qualidade de vida, ao ponto de relatarem o problema apenas quando a condição já se apresenta bastante avançada, com alteração física e dor, tornando-se mais significativa^{4,16}. O resultado do presente estudo também pode ser atribuído ao fato de as mulheres apresentarem maior exigência na aparência estética do sorriso, o que as tornam mais sensíveis frente à presença de cáries dentárias⁵, além de condições hormonais e de maior prevalência de doenças sistêmicas que podem influenciar sua saúde bucal⁹.

A idade é um dos principais moderadores da autopercepção de saúde bucal e os indivíduos mais velhos apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Com o aumento da idade, existe uma percepção de deterioração contínua da qualidade de vida devido a fatores sistêmicos, psicológicos e sociais⁶. Alguns autores averiguaram diferenças significativas entre pessoas de 45 a 64 anos de idade e pessoas com mais de 65 anos, e identificaram que os mais jovens apresentaram maior impacto da saúde bucal nas atividades diárias mesmo apresentando melhores condições bucais¹³. Isso indica que as necessidades e expectativas individuais podem influenciar no grau de satisfação com a saúde¹⁵.

Com o envelhecimento, as pessoas tendem a considerar agravos das doenças bucais como menos significantes, por entenderem que a sua saúde está se deteriorando, secundarizando-os frente aos problemas de saúde geral¹⁵. No presente estudo, os adultos e idosos foram os grupos etários que apresentaram maior chance de impacto nas atividades diárias frente aos adolescentes, corroborando outros relatos na literatura^{8,9,18}. Uma hipótese para esse fato pode ser a maior necessidade de tratamentos odontológicos, frente à maior dificuldade de acesso ao tratamento⁹.

O grupo étnico preto/pardo e a baixa renda familiar apresentaram associação com o desfecho. De fato, outros estudos constataram que disparidades sociodemográficas são determinantes na experiência das doenças bucais⁷, além de observarem correlação entre populações negras vivendo em locais com baixo índice de desenvolvimento humano e a prevalência de cárie dentária, ausências dentárias, e necessidades de tratamento odontológico acumulado¹⁰. Peres et al.²¹ também observaram essa relação em um estudo com adolescentes, em que o impacto na qualidade de vida, influenciado por questões de saúde bucal, foi maior em populações pardas e de baixa renda. A desigualdade entre grupos étnicos em relação ao risco de cárie tem sido associada à pior condição socioeconômica de negros e pardos frente aos brancos³. Esse achado em relação à maior possibilidade de cárie em adolescentes pardos e negros é semelhante em outro estudo que indica pior condição de saúde para não brancos, tal observação aponta as diferenças socioeconômicas a que alguns grupos étnicos estão submetidos¹¹.

Pessoas com baixa renda também apresentam maior chance de relatar problemas de mastigação e alterações psicossociais na vida diária quando comparadas àquelas de alta renda, mesmo

após considerar a presença de agravos bucais como a cárie dentária, a doença periodontal e a perda dentária¹⁴. Essa investigação reforça os resultados encontrados neste estudo, onde houve maior impacto da saúde bucal nas atividades diárias em famílias de menor renda.

Outra variável que se relacionou ao impacto da saúde bucal foi a presença de dor dentária. A dor de dente causa incômodo físico e pode afetar diretamente o contato social, além de diminuir as capacidades funcionais dos dentes. Outros estudos encontraram a dor de dente²¹ e a falta de dentes²⁴ como o principal problema causador de impacto na saúde bucal.

Quanto ao acesso ao serviço odontológico, é importante resgatar que a história do atendimento odontológico brasileiro foi marcada há muito tempo por ações básicas curativas em sua expressa maioria, além do acesso restrito da população aos serviços públicos de saúde bucal para escolares. O restante da população normalmente era atendido em serviços de urgência, onde a conduta geralmente era a exodontia¹⁹. Isso gerou uma população com alta taxa de edentulismo e uma cultura de que o serviço público odontológico era de baixa qualidade.

No presente estudo, o uso do serviço odontológico público esteve relacionado ao impacto da saúde bucal nas atividades diárias das pessoas. Tal achado pode ser explicado pela hipótese de a vulnerabilidade social estar diretamente relacionada ao impacto da saúde bucal, em que iniquidades geográficas e sociodemográficas são determinantes na experiência das doenças bucais⁷, e pela maior procura pelos serviços públicos por parte da população de menor renda.

Mesmo que as diferenças nas necessidades em saúde não sejam eliminadas apenas com o uso dos serviços de saúde, o acesso a serviços de qualidade pode melhorar as condições desfavoráveis de saúde nas populações e, conseqüentemente, gerar impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos.

Portanto faz-se necessária uma reflexão acerca da resolubilidade e qualidade dos serviços de saúde bucal ofertados à população, em contraponto à hipótese da vulnerabilidade social diretamente relacionada ao pior impacto da saúde bucal nas atividades diárias das pessoas²².

Neste estudo, a variável motivo da última consulta odontológica para realizar tratamento gerou impacto na saúde bucal das pessoas. Isso decorre, provavelmente, do fato de que quem procura o serviço público para tratamento odontológico geralmente apresenta demanda acumulada por serviços de maior complexidade, tendo maior chance de ter experimentado algum impacto bucal negativo.

Como limitação deste estudo, ressalta-se o desenho transversal, não sendo possível estabelecer nenhum tipo de relação causal, o que gera dificuldade de afirmar se as associações apresentadas precedem ou seguem a ocorrência do resultado. No entanto, os resultados aqui apresentados são confiáveis, pois foram obtidos em uma amostra probabilística por conglomerados representativa da população do estado de São Paulo. Além disso, utilizou-se a correção pelo efeito de desenho na análise dos dados, procedimento recomendado para estudos com amostras complexas²³.

As informações sobre as condições de saúde da população e seus determinantes, assim como suas necessidades e os padrões de utilização dos serviços de saúde, são de grande relevância para nortear as políticas de saúde. Adicionalmente, estudos epidemiológicos de base populacional, como no presente estudo, podem gerar importante fortalecimento da vigilância em saúde bucal na região estudada, na medida em que contribui para a identificação do impacto da saúde bucal dos grupos etários estudados, por meio dos fatores sociodemográficos, clínicos e de acesso aos serviços de saúde bucal.

As variáveis sociodemográficas, clínica e de acesso ao serviço de saúde influenciaram no impacto da saúde bucal sobre as atividades diárias dos adolescentes, adultos e idosos.

REFERÊNCIAS

1. Adulyanon S, Vourapukjaru J, Sheiham A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1996;24(6):385-9. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.1996.tb00884.x>
2. Andrade FR, Narvai PC. Inquéritos populacionais como instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Rev Saude Publica.* 2013;47 Supl 3:154-60. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004447>
3. Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC, Waldman EA. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006;34(2):146-52. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2006.00274.x>
4. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro [editorial]. *Rev Esp Salud Publica.* 2008 [citado 27 mar 2016];82(3):245-9. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v82n3/editorial.pdf>
5. Choi SH, Kim BI, Cha JY, Hwang CJ. Impact of malocclusion and common oral diseases on oral health-related quality of life in young adults. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015;147(5):587-95. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2014.12.025>
6. Duque-Duque V, Tamayo-Castrillón J, Echeverri-Cadavid PA., Gutiérrez-Osorio AY, Sepúlveda-Correa D, Giraldo-Ramírez O, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *CES Odontol.* 2013 [citado 27 mar 2016];26(1):10-23. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v26n1/v26n1a02.pdf>
7. Frias AC, Antunes JLF, Junqueira SR, Narvai PC. Determinantes individuais e contextuais da prevalência de cárie dentária não tratada no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007;22(4):279-85. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892007000900008>
8. Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneguim ZMAP, Silva DD, Souza MLR. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq Odontol.* 2010 [citado 27 mar 2016];46(4): 213-23. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n4/a05v46n4.pdf>
9. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(7):1707-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700023>
10. Guiotoku SK, Moisés ST, Moisés SJ, França BHS, Bisinelli JC. Iniquidades raciais em saúde bucal no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(2):135-41. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012000200007>
11. Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saude Publica.* 2005;21(5):1383-91. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500010>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do estado de São Paulo. Rio de Janeiro: IBGE;2017 [citado 1 nov 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/panorama>.
13. 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. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-50>
14. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dent Health.* 1992;9(2):109-24.
15. 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):280-8. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00209.x>
16. Miettinen O, Lahti S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand.* 2012;70(4):331-6. <https://doi.org/10.3109/00016357.2011.654241>
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília (DF); 2012 [citado 27 mar 2016]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
18. 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. *Ciencia Saude Coletiva.* 2012;17(2) 397-405. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000200014>

19. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1665-75. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600013>
20. Pereira AC, Vieira V, Frias AC. SB São Paulo: Pesquisa Estadual de Saúde Bucal: relatório final. Águas de São Pedro: Livronovo; 2016 [citado 27 mar 2016]. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/areas-tecnicas-da-ses/e_book_relatorio_sb_sp_2015.pdf 16
21. Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIS, Vettore MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saude Publica*. 2013;47 Supl 3:19-28. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004361>
22. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciencia Saude Coletiva*. 2006;11(4):999-1010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400021>
23. Queiroz RCS, Portela MC, Vasconcellos MTL. Pesquisa sobre as Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (SB Brasil 2003): seus dados não produzem estimativas populacionais, mas há possibilidade de correção. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):47-58. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100005>
24. Srisilapanan P, Sheiham A. The prevalence of dental impacts on daily performances in older people in Northern Thailand. *Gerodontology*. 2001;18(2):102-8. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.2001.00102.x>
25. Vazquez FL, Cortellazzi KL, Kaieda AK, Guerra LM, Ambrosano GM, Tagliaferro EPS, et al. Quality of life and socio-dental impact among underprivileged Brazilian adolescents. *Qual Life Res*. 2015;24(3):661-9. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0795-4>
26. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4 ed. Geneva: WHO;1997 [citado 12 out 2017]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41905/1/9241544937.pdf>

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo 14/50109-1, 2014).

Contribuições dos Autores: Concepção e planejamento do estudo: JVB, ACF, ACP. Coleta, análise e interpretação dos dados: KLC, GMBA. Elaboração e revisão do manuscrito: JVB, ETF, LMG. Aprovação da versão final a ser publicada: ACP, MCM. Responsabilização pública pelo conteúdo do artigo: JVB, ETF.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.