

Aspectos psicossociais e percepção de impacto da saúde bucal na qualidade de vida em adultos do Sul do Brasil

Psychosocial aspects and the impact of oral health on quality of life of Brazilian adults

Denise Carvalho Ferreira^I, Tonantzin Ribeiro Gonçalves^{II}, Roger Keller Celeste^{III}, Maria Teresa Anselmo Olinto^{II}, Marcos Pascoal Pattussi^{II}

RESUMO: Introdução: A pesquisa objetivou investigar a associação entre os aspectos psicossociais e o impacto das condições bucais sobre a qualidade de vida de adultos, escopo ainda pouco explorado em pesquisas nacionais. **Método:** Um estudo transversal de base populacional foi realizado com 1.100 adultos de 20 anos de idade ou mais, em uma cidade de médio porte do Rio Grande do Sul. O desfecho foi avaliado por meio do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) enquanto as exposições incluíram medidas de apoio social, resiliência, senso de coerência, espiritualidade, qualidade de vida e estresse. Foram calculadas as razões de chances brutas e ajustadas, bem como seus intervalos de confiança de 95% utilizando-se regressão logística ordinal. **Resultados:** Após o ajuste para variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais, indivíduos com baixo apoio social, baixo senso de coerência, baixa qualidade de vida e alto nível de estresse possuíam respectivamente 2,16; 2,90; 2,94; 1,50 vezes mais chance de relatar um pior impacto da condição na qualidade de vida quando comparados aos indivíduos com estas características favoráveis. **Conclusões:** Os achados sugerem que os aspectos psicossociais podem influenciar a avaliação que as pessoas fazem do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. É importante que políticas, programas e serviços de saúde reconheçam a relação mútua entre os indicadores de saúde bucal e os aspectos psicossociais de adultos.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Qualidade de Vida. Apoio Social. Resiliência Psicológica. Estresse Psicológico. Adulto.

^IPrefeitura de São Leopoldo – São Leopoldo (RS), Brasil.

^{II}Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo (RS), Brasil.

^{III}Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

Autor correspondente: Marcos Pascoal Pattussi. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Avenida Unisinos, 950, Cristo Rei, CEP: 93.022-750, São Leopoldo, RS, Brasil. E-mail: mppattussi@unisinos.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processos 43132920168, 30725720134, 31032020186 e 31097820165) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) (Processo 1121774).

ABSTRACT: *Introduction:* This research aimed to investigate the association between psychosocial aspects and the impact of oral health on quality of life among adults. *Method:* This population-based cross-sectional study was conducted with 1,100 adults aged 20 years or older from a medium-sized city in Rio Grande do Sul, Southern Brazil. The outcome was Oral Health Impact Profile (OHIP-14) in three categories: better (OHIP=0: 50% of lower scores), moderate (OHIP 1–12.6: 25% of intermediate scores), and worse (OHIP≥12.7: 25% of higher scores). The exposures included measurements of social support, resilience, sense of coherence, spirituality, quality of life, and stress. We calculated crude and adjusted odds ratios and their respective 95% confidence intervals using ordinal logistic regression. *Results:* After adjustment for demographic, socioeconomic, and behavioral variables, individuals with low social support, low sense of coherence, low quality of life, and high level of stress were, respectively, 2.16, 2.90, 2.94, and 1.50 times more likely to report a worse impact of oral health on quality of life than those with favorable characteristics. *Conclusions:* The findings suggest that psychosocial aspects can influence the perceived impact of oral health on quality of life. Health policies, programs, and services must recognize the mutual relationship between oral health indicators and psychosocial aspects among adults.

Keywords: Oral health. Quality of life. Social support. Psychological resilience. Psychological stress. Adult.

INTRODUÇÃO

A saúde oral tem sido entendida como multidimensional, pois envolve as capacidades de falar, sorrir, cheirar, saborear, tocar, mastigar, engolir e transmitir emoções por meio de expressões faciais com confiança e sem dor, desconforto e doenças¹. A saúde oral é considerada fundamental para a saúde e o bem-estar físico e mental, constituindo-se ao longo de um *continuum* determinado por valores e atitudes dos indivíduos e das comunidades, refletindo aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos importantes para a qualidade de vida¹. Portanto, a saúde bucal relaciona-se às experiências, expectativas e capacidade de adaptação das pessoas¹, afetando-as tanto física quanto psicologicamente e influenciando a maneira como crescem, aproveitam a vida e se socializam². Com relação a isso, instrumentos subjetivos, também chamados de indicadores sociodentais, foram desenvolvidos para identificar necessidades autorreferidas de saúde bucal visando a demonstrar o impacto da condição bucal na qualidade de vida^{2,3}.

De uma maneira geral, um impacto desfavorável da condição bucal tem sido associado a pessoas mais jovens, mulheres, pretas, com baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, condições clínicas deficientes, em uso de próteses dentárias inadequadas e com necessidade de tratamento odontológico⁴⁻⁶. Além disso, as doenças bucais podem interferir no desempenho diário dos indivíduos por meio de quadros de dor e de sofrimento, constrangimentos psicológicos como humor e irritação, além de privações sociais⁶.

Diferentes aspectos psicossociais, tais como apoio social⁷⁻⁹, resiliência¹⁰, senso de coerência¹¹⁻¹⁴, espiritualidade¹⁵ e estresse^{16,17}, têm sido associados com indicadores de saúde bucal especialmente os clínicos, como número de dentes cariados e perdidos, presença de bolsas periodontais, níveis de placa bacteriana e experiência de cárie dentária. Além disso, tais variáveis psicossociais também

têm sido associadas com comportamentos relacionados à saúde bucal como a frequência de escovação, a ingestão de açúcares e a utilização de serviços odontológicos^{11,14,18}. Embora se verifique número crescente de estudos sobre a relação entre os aspectos psicossociais e as condições bucais, predominam análises que investigam a associação entre qualidade de vida associada a saúde bucal e aspectos sociodemográficos, condições bucais, comportamentos de saúde e uso de serviços de saúde^{4-6,19,20}. Relativamente poucos estudos utilizam-se de uma ampla gama de aspectos psicossociais para explicar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adultos.

Portanto, a presente pesquisa teve como objetivo investigar a associação entre os aspectos psicossociais e a percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida de indivíduos adultos de uma cidade do Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo transversal de base populacional, com indivíduos de idade igual ou superior a 20 anos, residentes na zona urbana de um município de médio porte do Sul do Brasil. Foram excluídas pessoas com algum problema cognitivo que as impedisse de participar da pesquisa. A população estimada é de 225.520 habitantes com uma rede básica de saúde composta de um hospital geral, 28 unidades básicas de saúde e 17 estabelecimentos de saúde conveniados²¹. A rede de atenção primária possui 12 equipes de saúde bucal vinculadas às Estratégias de Saúde da Família, distribuídas nas unidades básicas e centros de saúde da região.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas com os responsáveis pelos domicílios, com a aplicação de um questionário padronizado e testado previamente, composto de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e psicossociais.

O cálculo do tamanho da amostra baseou-se nos dados do estudo piloto utilizando-se o método para proporções com aleatorização de conglomerados e o desfecho “autopercepção de saúde geral”²². Com coeficiente de correlação intraclasse igual a 0,05 e nível de confiança de 95%, estimou-se que uma amostra de 1.260 domicílios em 35 setores teria poder de 85% para detectar uma diferença de 7 pontos percentuais na prevalência de autopercepção de saúde ruim entre áreas expostas e não expostas. Esse tamanho da amostra foi aumentado em 20% no número de domicílios e em 10% no número de setores, em função de possíveis perdas e para controle de fatores de confundimento.

A seleção ocorreu primeiro com um sorteio aleatório dos setores censitários dentre os 270 existentes na zona urbana da cidade. Depois, sortearam-se quadras dentro dos setores e todos os domicílios foram visitados até completar o número requerido.

Quando o responsável pelo domicílio estava ausente, realizavam-se três visitas de retorno.

Foram realizadas entrevistas estruturadas utilizando-se um questionário padronizado e testado previamente, composto de variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e psicossociais. Os entrevistadores eram alunos de graduação e pós-graduação na área da saúde. Um estudo piloto com 100 pessoas foi conduzido para avaliar a qualidade dos instrumentos, treinar os entrevistadores e calibrar a logística da pesquisa. O controle de qualidade da coleta de

dados foi feito por telefone, com amostra aleatória de 10% dos participantes utilizando um instrumento similar ao do estudo com variáveis que não sofriam alteração em curto espaço de tempo.

O desfecho do estudo foi avaliado por meio do indicador sociodental Oral Health Impact Profile (OHIP). O instrumento possui 14 itens e avalia o impacto da condição bucal na qualidade abordando aspectos como disfunção, desconforto e incapacidade atribuídos às condições de saúde bucal³. As respostas para esses itens variam de nunca (zero) a sempre (4) e são somadas, gerando um escore entre 0 e 56. Quanto mais elevado o escore, pior o impacto da condição bucal relacionado à qualidade de vida.

As exposições principais foram o apoio social, a resiliência, o senso de coerência, a espiritualidade, a qualidade de vida e o estresse. O apoio social foi medido com a escala do Medical Outcomes Study (MOS)²³ composta de 19 itens que avaliam os apoios material, afetivo e emocional, a interação social positiva e a informação; no Brasil, essa escala foi validada por Griep et al.^{24,25}. As respostas variam de nunca (1) a sempre (5) e maiores escores representam maior apoio social.

A resiliência foi avaliada com a escala de Wagnild e Young²⁶, validada para o Brasil por Pesce et al.²⁷. É composta de 25 itens, incluindo aspectos como serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência. Os itens são descritos de forma positiva com respostas que variam de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (7). Os escores totais oscilam entre 25 a 175 pontos e os valores elevados representam maior resiliência.

O senso de coerência foi avaliado por meio da versão curta da escala de Antonosky²⁸, validada no Brasil por Freire et al.¹⁴. Inclui 13 itens e as perguntas são respondidas em uma escala entre 1 (extremo negativo) e 7 (extremo positivo). A soma dos itens estabelece um escore no qual valores elevados representaram maior senso de coerência.

A variável espiritualidade foi avaliada com a escala Spiritual Involvement and Beliefs Scale, validada para a língua portuguesa²⁹. O questionário contém 26 itens, com respostas que variam de discordo totalmente (1) a concordo totalmente (5), no qual os maiores escores indicam maior nível de espiritualidade do indivíduo.

A qualidade de vida foi avaliada com a escala WHO-8: EUROHIS, composta de oito itens derivados da versão curta do WHOQOL, que versam sobre a satisfação consigo mesmo, com os relacionamentos pessoais, com a renda, com as condições de moradia e de saúde, com o desempenho de atividades diárias, e a percepção sobre a qualidade de vida geral e a energia para enfrentar o dia a dia³⁰. A escala foi validada para língua portuguesa na versão brasileira do WHOQOL-Bref³¹. As respostas variaram de muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (5), e os maiores escores representavam melhor qualidade de vida.

Para tornar os escores comparáveis, o somatório dos escores de OHIP, apoio social, senso de coerência, resiliência, espiritualidade e qualidade de vida foi padronizado de 0 a 100 conforme a seguinte fórmula (Equação 1):

$$(\text{valor observado} - \text{valor mínimo}) \times 100 / (\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}) \quad (1)$$

Por causa da assimetria na distribuição do desfecho, este último foi classificado como melhor (OHIP = 0: 50% escores menores), moderado (OHIP 1–12,6: 25% escores intermediários) e pior

(OHIP $\geq 12,7$: 25% escores maiores). O somatório dos escores de cada uma das variáveis psicossociais foi categorizado da mesma maneira (alto, moderado, baixo), com base nos quartis.

Por último, o nível de estresse foi avaliado por meio de uma escala de faces com um único item. A escala é composta de sete faces estilizadas retratadas por círculos, olhos iguais em todas e boca que varia de um sorriso a uma carranca demonstrando diferentes graus entre bem-estar e mal-estar. Os entrevistados foram questionados se alguma das faces expressava o seu nível de estresse nos últimos três meses. As primeiras três faces alegres indicavam nível de estresse normal; as últimas três faces tristes indicavam nível alto de estresse, enquanto a do meio significava nível intermediário. Os autores da escala testaram a sua validade de constructo usando seis itens em 22 adultos e reportaram uma correlação mediana de 0,82 para a escala de um item³².

As variáveis demográficas incluíam sexo, idade, (grupos de 10 anos), cor da pele (branca e preta/parda), estado civil (casado, solteiro e separado/viúvo). As variáveis socioeconômicas foram escolaridade (alta: ≥ 12 anos; média: 5–11 anos; e baixa: ≤ 4) e renda, calculada a partir dos quartis (alta: \geq R\$ 3.185; média: R\$ 1.050–3.184; e baixa: \leq R\$ 1.049). As variáveis comportamentais foram: consumo de doces (baixo: não come, < 1 vez por semana; moderado: de 1 a 3 vezes por semana; e alto: acima de 4 vezes por semana ou todos os dias); hábito de fumar (não fumante, ex-fumante e fumante), autopercepção de saúde bucal (boa/muito boa/excelente, regular/ruim) e visita ao dentista nos últimos 12 meses (não e sim).

Foi realizada uma dupla entrada dos dados no programa Epi-data 3.1 e posterior comparação para evitar erros de digitação. Todas as análises foram realizadas utilizando o programa Stata 12.1 para testar a associação entre aspectos psicossociais e o impacto da condição bucal na qualidade de vida.

Foram realizadas análises descritivas e univariadas para determinar as variáveis que entraram no modelo multivariado. As análises descritivas foram realizadas por meio de frequências absolutas e relativas. As proporções do OHIP de acordo com as variáveis independentes foram verificadas pelo teste χ^2 para tendência linear. A associação entre os aspectos psicossociais com o OHIP foi calculada por meio de regressão logística ordinal estimando-se razões de chance (*odds ratio* — OR) brutas e ajustadas. A regressão ordinal produz OR que estimam a chance de uma variável dependente aumentar e se encontrar em uma categoria superior, conforme o incremento na variável independente. Para a suposição de proporcionalidade das *odds*, utilizou-se o comando *gologit2* com a opção *autofit* para ajustar os coeficientes das categorias das variáveis nas quais a suposição foi violada.

Apenas os possíveis fatores de confusão foram levados para a análise multivariável. Para ser considerado fator de confusão, a variável deveria se associar tanto com a exposição quanto com o desfecho, tomando um nível de significância menor do que 5% ($p < 0,05$).

A descrição das associações dos aspectos psicossociais conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais é apresentada no Quadro 1, procedendo-se o controle de acordo com esses resultados. Todas as análises foram realizadas considerando ser uma amostra complexa.

Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê da ética em pesquisa da Universidade Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Foi requerido o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes, aos quais foi garantido o total sigilo dos dados.

RESULTADOS

Os principais motivos das perdas foram locais não habitados ou comércio, 8%; recusas, 4%; e pessoas responsáveis pelas residências ausentes após três tentativas, 2%. Foram entrevistadas 1.100 pessoas em 36 setores censitários. Cinco participantes foram perdidos por apresentarem dados incompletos para o OHIP e, portanto, a presente análise foi realizada com 1.095 indivíduos. As médias dos escores de 0 a 100 do OHIP, do apoio social, da resiliência, do senso de coerência, da espiritualidade e da qualidade de vida foram respectivamente 7,4 (DP = 13,6), 84,7 (DP = 19,4), 65,4 (DP = 16,9), 71,5 (DP = 8,8), 70 (DP = 10,8) e 60,5 (DP = 13,3).

A maioria da população estudada era composta de mulheres (71,8%), pessoas de cor branca (84%), casadas (56%), com idade entre 20 e 49 anos (62,5%), que apresentavam renda familiar média (52,9%) e nível de escolaridade médio (65,3%) (Tabela 1). Com relação às características comportamentais, 47% dos entrevistados relataram baixa frequência na ingestão de doces, 55% declararam-se não fumantes, 63,5% relataram boa, muito boa ou excelente autopercepção de saúde bucal, e 66,2% informaram ter ido ao dentista nos últimos 12 meses (Tabela 2).

Quadro 1. Associações dos aspectos psicossociais e do OHIP de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e relacionadas à saúde bucal.

	OHIP pior	Apoio social baixo	Resiliência baixa	Senso de coerência baixo	Espiritualidade baixa	Qualidade de vida baixa	Estresse alto
Sexo feminino	+S**	+S*	+S***	+S*	- S*	+S***	+S***
Faixa etária	+S***	NS	NS	- S**	- S***	+S***	- S***
Cor da pele Preta/parda	NS	NS	NS	+S**	NS	NS	+S*
Estado civil separado/viúvo	+S***	+S***	NS	+S***	NS	+S***	NS
Escolaridade Baixa	+S*	NS	+S***	+S***	- S*	+S***	NS
Renda baixa	+S***	NS	+S***	+S***	NS	+S***	+S***
Consumo de Doces	NS	NS	+S*	NS	NS	NS	NS
Hábito de fumar	+S***	NS	NS	NS	NS	+S*	+S***
Autopercepção de saúde regular/ruim	+S***	+S**	+S***	+S***	+S**	+S***	+S***
Visita ao dentista nos últimos 12 meses	NS	NS	NS	NS	NS	- S***	NS

+ e -: a direção das associações, ou seja, diretamente (+) ou inversamente proporcional (-); NS: $p > 0,05$; S*: $p < 0,05$; S**: $p < 0,01$; S***: $p < 0,001$.

Tabela 1. Distribuição da amostra e prevalências do Oral Health Impact Profile (OHIP) de acordo com as variáveis demográficas e socioeconômicas em adultos de uma cidade do Sul do Brasil (n = 1.095)*.

Variável	OHIP				p**
	Total	Melhor (= 0)	Moderado (1–12,6)	Pior (≥ 12,7)	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
OHIP	1.095 (100)	623 (56,9)	251 (22,9)	221 (20,2)	
Sexo					
masculino	308 (28,1)	187 (60,7)	79 (25,6)	42 (13,6)	0,007
feminino	787 (71,9)	436 (55,4)	172 (21,9)	179 (22,7)	
Faixa etária					
20 a 29	247 (22,6)	153 (61,9)	65 (26,3)	29 (11,7)	< 0,001
30 a 39	181 (16,5)	116 (64,1)	31 (17,1)	34 (18,8)	
40 a 49	258 (23,6)	154 (59,7)	44 (17,1)	60 (23,3)	
50 a 59	215 (19,6)	100 (46,5)	59 (27,4)	56 (26,0)	
≥ 60	194 (17,7)	100 (51,5)	52 (26,8)	42 (21,6)	
Cor de pele					
branca	918 (84,0)	514 (56,0)	216 (23,5)	188 (20,5)	0,304
preta/parda	175 (16,0)	107 (61,1)	35 (20,0)	33 (18,9)	
Estado civil					
casado	612 (55,9)	368 (60,1)	132 (21,6)	112 (18,3)	0,001
Solteiro	267 (24,4)	154 (57,7)	76 (25,1)	46 (17,2)	
separado/viúvo	216 (19,7)	101 (56,8)	52 (24,1)	63 (29,2)	
Escolaridade (anos)					
alta (≥ 12)	166 (15,6)	95 (57,2)	50 (30,1)	21 (12,7)	0,014
média (5–11)	694 (65,2)	410 (59,1)	149 (21,5)	135 (19,5)	
baixa (≤ 4)	204 (19,2)	104 (51,0)	47 (23,0)	53 (26,0)	
Renda (R\$)					
alta (≥ 3.185)	268 (25,1)	166 (61,9)	67 (25,0)	35 (13,1)	< 0,001
média (1.050–3.184)	563 (52,9)	335 (59,5)	114 (20,2)	114 (20,2)	
baixa (≤ 1.049)	234 (22,0)	105 (44,9)	64 (27,4)	65 (27,8)	

*Somatórios divergentes referem-se a valores ausentes (*missing*) em algumas variáveis; **teste χ^2 para tendência linear.

Tabela 2. Distribuição da amostra e prevalência do Oral Health Impact Profile (OHIP) de acordo com as variáveis comportamentais e aspectos psicossociais em adultos de uma cidade do sul do Brasil (n= 1.095).

Variável	Total n (%)	OHIP			p*
		Melhor (= 0)	Moderado (1–12,6)	Pior (≥ 12,7)	
OHIP	1.095 (100)				
Consumo doces					
baixo (não come, < 1×/sem)	519 (47,4)	294 (56,6)	111 (21,4)	114 (22,0)	0,595
moderado(1-3 ×/sem)	285 (26,0)	162 (56,8)	75 (26,3)	48 (16,8)	
alto (diariamente, ≥ 4×/sem)	291 (26,6)	167 (57,4)	65 (22,3)	59 (20,3)	
Fumo					
não fumante	604 (55,2)	363 (60,1)	132 (21,9)	109 (18,0)	0,001
ex-fumante	229 (20,9)	130 (56,8)	60 (26,2)	39 (17,0)	
Fumante	262 (23,9)	130 (49,6)	59 (22,5)	73 (27,9)	
Autopercepção de saúde bucal					
boa/muito boa/excelente	695 (63,5)	448 (64,5)	160 (23,0)	87 (12,5)	< 0,001
regular/ruim	400 (36,5)	175 (43,8)	91 (22,8)	134 (33,5)	
Visita ao dentista nos últimos 12 meses					
não	369 (33,8)	208 (56,4)	91 (24,7)	70 (19,0)	0,841
sim	723 (66,2)	413 (57,1)	160 (22,1)	150 (20,7)	
Apoio social					
alto (= 100)	380 (34,8)	254 (66,8)	79 (20,8)	47 (12,4)	< 0,001
moderado (76–99)	436 (39,9)	238 (54,6)	101 (23,2)	97 (22,2)	
baixo (≤ 75)	276 (25,3)	128 (46,4)	71 (25,7)	77 (27,9)	
Resiliência					
alta (≥ 76)	260 (23,9)	150 (57,7)	63 (24,2)	47 (18,1)	0,008
moderada (68–75)	535 (49,2)	324 (60,6)	119 (22,2)	92 (17,2)	
baixa (≤ 67)	293 (26,9)	146 (49,8)	66 (22,5)	81 (27,6)	
Senso de coerência					
alto (≥ 79)	253 (23,3)	176 (69,6)	62 (24,5)	15 (5,9)	< 0,001
moderado (55–79)	552 (50,7)	319 (57,8)	127 (23,0)	106 (19,2)	
baixo (≤ 54)	283 (26,0)	126 (44,5)	59 (20,8)	98 (34,6)	
Espiritualidade					
alta (≤ 64)	238 (21,9)	136 (57,1)	55 (23,1)	47 (19,7)	0,393
moderada (65–76)	569 (52,3)	328 (57,6)	136 (23,9)	105 (18,5)	
baixa (≥ 77)	280 (25,8)	156 (55,7)	57 (20,4)	67 (23,9)	
Qualidade de vida					
alta (≤ 53)	232 (21,3)	167 (72,0)	44 (19,0)	21 (9,1)	< 0,001
moderada (54–70)	556 (51,1)	325 (28,5)	142 (25,5)	89 (16,0)	
baixa (≥ 71)	301 (27,6)	128 (42,5)	64 (21,3)	109 (36,2)	
Estresse					
normal ☺☺☺	615 (56,2)	373 (60,7)	152 (24,7)	90 (14,6)	< 0,001
moderado ☺	168 (15,4)	90 (53,6)	39 (23,2)	39 (23,2)	
alto ☹☹☹	311 (28,4)	159 (51,1)	60 (19,3)	92 (29,6)	

*Teste χ^2 para tendência linear.

Os piores escores do OHIP foram encontrados entre mulheres, em pessoas com mais idade, com menor escolaridade e com menor renda, em fumantes e entre aqueles que relataram a própria saúde bucal como ruim ou regular. Com exceção da dimensão da espiritualidade, todas as variáveis psicossociais estavam associadas ao desfecho, que, quanto pior a condição psicossocial, pior era a percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida (Tabelas 1 e 2).

As OR brutas e ajustadas para os diferentes níveis de OHIP de acordo com as variáveis psicossociais da amostra estão apresentadas na Tabela 3. Na análise bruta, os aspectos psicossociais como apoio social, senso de coerência, resiliência, qualidade de vida e estresse apresentaram associação estatisticamente significativa com a percepção do impacto da condição bucal relacionado à qualidade de vida.

Esses efeitos mantiveram-se após o ajuste para os possíveis fatores de confusão. Desse modo, verificou-se que quanto menores os níveis de apoio social, senso de coerência, qualidade de vida e estresse, pior era o impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida ($\text{OHIP} \geq 12,7$). Por exemplo, indivíduos com baixo apoio social, baixo senso de coerência, baixa qualidade de vida e alto nível de estresse possuíam, respectivamente, 2,16; 2,90; 2,94; 1,50 vezes mais chance de relatar um pior impacto de uma dessas condições na qualidade de vida quando comparados a indivíduos com condições opostas a essas, ou seja, favoráveis (Tabela 3). Já as variáveis psicossociais resiliência e espiritualidade não estavam associadas estatisticamente com o desfecho na análise ajustada.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que condições psicossociais desfavoráveis estão associadas a um pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida, mesmo após ajuste por variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de serviços referentes à saúde bucal. Uma possível explicação para a presença de um maior impacto em indivíduos com um pior perfil psicossocial seria o fato de que as variáveis psicossociais afetam direta e indiretamente atitudes e comportamentos de risco para a saúde^{33,34}. Por exemplo, menores níveis de apoio social estavam associados a pior percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Entende-se que o apoio social abrange a estrutura e a qualidade da rede de relacionamentos sociais, envolvendo satisfação pessoal com o apoio recebido e com as manifestações de amor e afeição, o que, consequentemente, reflete em desfechos positivos para a vida³³. O apoio social atua como um agente de integração do indivíduo na sociedade, minimizando os riscos de exclusão social e danos para a saúde^{7,8,32}. Além do caráter de proteção, também atua como ferramenta de autonomia para os indivíduos, na medida em que aprendem e compartilham os modos de lidar com processos de saúde e doença na comunidade³³. Assim, pode-se pensar numa relação sinérgica em que a fragilidade dos laços sociais amplificaria a percepção sobre o impacto de uma condição bucal negativa e esta, por si só, também aumentaria o isolamento do indivíduo.

O presente estudo notou que níveis mais baixos de senso de coerência também estiveram associados a um pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Estudos realizados com adultos finlandeses¹¹⁻¹³ e brasileiros^{35,36} relataram que um forte senso de coerência está associado a melhor saúde bucal e comportamentos mais saudáveis. Piores níveis de OHIP, que indiretamente

se associam a piores condições de saúde bucal, também foram encontrados em adultos que apresentaram baixo senso de coerência^{11,13,36}. De modo geral, os autores sustentam a ideia de que o senso de coerência possui um efeito comportamental protetivo baseado na regulação da emoção causada por fatores estressores e na busca de comportamentos promotores de saúde. O efeito

Tabela 3. OR brutas e ajustadas para diferentes níveis de Oral Health Impact Profile (OHIP) de acordo com variáveis psicossociais de adultos de uma cidade do Sul do Brasil (n = 1.095).

Variáveis psicossociais	OR Bruta (IC95%)	p	OR ajustada (IC95%)	p*
Apoio social				
alto (= 100)	1	< 0,001	1	< 0,001
moderado (76 - 99)	1,74 (1,42 – 2,13)		1,65 (1,36 – 2,00) ^a	
baixo (≤ 75)	2,41 (1,85 – 3,12)		2,16 (1,62 – 2,86) ^a	
Senso de coerência				
alto (> 79)	1	< 0,001	1	< 0,001
moderado (55 - 79)	1,82 (1,32 – 2,52)		1,68 (1,19 – 2,36) ^b	
baixo (≤ 54)	3,50 (2,21 – 5,53)		2,90 (1,81 – 4,61) ^b	
Qualidade de vida				
alta (≤ 53)	1	< 0,001	1	< 0,001
moderada (54 - 70)	1,81 (1,25 – 2,60)		1,63 (1,14 – 2,33) ^c	
baixa (≥ 71)	4,06 (2,52 – 6,52)		2,94 (1,90 – 4,54) ^c	
Estresse				
normal 😊😊😊	1	< 0,001	1	0,004
moderado 😊	1,42 (1,00 – 2,02)		1,54 (1,04 – 2,25) ^d	
alto 😞😞😞	1,71 (1,29 – 2,26)		1,50 (1,12 – 1,99) ^d	
Resiliência				
alta (≥ 76)	1	0,056		
moderada (68 - 75)	0,90 (0,66 – 1,21)			
baixa (≤ 67)	1,47 (0,97 – 2,23)			
Espiritualidade				
alta (≤ 64)	1	0,595		
moderada (65 - 76)	0,96 (0,72 – 1,28)			
baixa (≥ 77)	1,12 (0,71 – 1,74)			

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; a: ajustada para sexo, estado civil e auto percepção de saúde bucal; b: ajustada para sexo, faixa etária, cor da pele, estado civil, escolaridade, renda e auto percepção de saúde bucal; c: ajustada para sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, fumo, auto percepção de saúde bucal e visita ao dentista; d: ajustada para sexo, faixa etária, cor da pele, renda, fumo e auto percepção de saúde bucal; *teste de Wald para tendência linear.

do senso de coerência sobre a incidência de cárie dentária é explicado pela mediação dos comportamentos em saúde bucal (por exemplo, frequência de escovação, atendimento odontológico e frequência de ingestão de açúcar), e um forte senso de coerência estaria associado a adoção de comportamentos mais saudáveis^{36,37}. Por outro lado, é plausível pensar também que o senso de coerência pode ser afetado por uma condição bucal negativa.

Além disso, identificou-se entre os participantes uma forte associação entre qualidade de vida e OHIP, e, quanto mais baixa era a qualidade de vida, pior era a percepção do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida. Essa baixa qualidade de vida seria um reflexo de baixas condições socioeconômicas, que também pode estar associada a outros fatores, como as características comportamentais^{2,3,18}. Similarmente, participantes do presente estudo que apresentavam uma condição socioeconômica desfavorável também relataram menor qualidade de vida. Por outro lado, deve-se destacar que o OHIP e a qualidade de vida expressam construtos, em alguma medida, coincidentes, o que justificaria, em parte, a associação encontrada.

Em relação ao estresse, nosso estudo identificou que uma pior percepção de bem-estar estava associada a um pior impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida, corroborando outros achados^{16,17}. Assim, o estresse geraria um quadro de ansiedade aumentada, afetando diretamente o sistema imunológico e diminuindo o fluxo salivar. Somado a esse processo, é plausível pensar que a ansiedade, estresse psicológico e depressão podem influenciar a condição bucal indiretamente, levando, por exemplo, a uma maior ingestão de doces, o que facilita a progressão de cárie e de doença periodontal^{34,38}. No entanto, no presente estudo, o consumo de doces não se mostrou associado nem ao desfecho nem à percepção de estresse. Nesse caso, é importante considerar que a relação entre o estresse e um impacto negativo da condição bucal na qualidade de vida é mediado por diferentes estratégias emocionais e comportamentais de enfrentamento desenvolvidas pelos indivíduos, além do comportamento alimentar, aspecto não avaliado no estudo.

Ao final do presente estudo, é preciso considerar algumas de suas limitações. A primeira delas diz respeito ao seu delineamento. Estudos com delineamento transversal incorrem no viés da causalidade reversa porque a exposição e o desfecho foram medidos no mesmo ponto do tempo. Por exemplo, é plausível pensar que uma pior condição bucal ou um pior impacto da condição bucal possa também prejudicar o estado psicossocial do indivíduo. Portanto, essa associação deveria ser melhor investigada através de um delineamento longitudinal em que tanto a exposição quanto o desfecho seriam aferidos repetidamente, prospectivamente. Um aspecto positivo é que todas as medidas — tanto do desfecho quanto das exposições — foram mensuradas por escalas validadas, o que de certa maneira minimizou o erro de medida.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou a associação de alguns aspectos psicossociais com a avaliação do impacto da condição bucal sobre a qualidade de vida, assunto pouco explorado pela literatura nacional. Níveis mais baixos de apoio social, de senso de coerência e de percepção de qualidade de vida geral, bem como escores mais elevados de estresse associaram-se a piores avaliações do

impacto da condição bucal. Por outro lado, não se verificou relação entre a espiritualidade e a resiliência entre adultos. A utilização de indicadores subjetivos de saúde bucal, além de complementar as informações clínicas, permite conhecer a percepção do indivíduo a respeito de sua condição bucal e a necessidade de tratamento. Da mesma forma, é importante situar tais indicadores a partir do contexto social e psicológico do indivíduo. Com relação a isso, os achados aqui relatados indicaram a necessidade de políticas, programas e serviços em saúde pública contemplarem as relações mútuas entre aspectos psicossociais e saúde bucal, visando a atenção integral à saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

- Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *J Am Dent Assoc* 2016; 147(12): 915-17. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2016.11.010>
- Baiju RM, Peter E, Varghese NO, Sivaram R. Oral Health and Quality of Life: Current Concepts. *J Clin Diag Res* 2017; 11(6): ZE21-ZE26. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2017/25866.10110>
- Slade GD. *Measuring Oral Health and Quality of life*. Chapel Hill: Department of dental Ecology, School of Dentistry, University of North Carolina; 1997.
- Gabardo MC, Moysés SJ, Moysés ST, Olandoski M, Olinto MT, Pattussi MP. Social, economic, and behavioral variables associated with oral health-related quality of life among Brazilian adults. *Ciênc Saúde Colet* 2015; 20(5): 1531-40. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015205.13562014>
- Gabardo MC, Moysés ST, Olandoski M, Moysés SJ, Pattussi MP. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 33(6): 439-45.
- Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Factors influencing the impact of oral health on the daily activities of adolescents, adults and older adults. *Rev Saude Publica* 2018; 52: 44. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000042>
- Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(19): 203-16. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100014>
- Brennan DS, Spencer AJ. Social support and optimism in relation to the oral health of young adults. *Int J Behav Med* 2012; 19(1): 56-64. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9136-3>
- Ford PJ, Cramb S, Farah CS. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Aust Dent J* 2014; 59(2): 234-9. <https://doi.org/10.1111/adj.12167>
- Martins AB, Dos Santos CM, Hilgert JB, de Marchi RJ, Hugo FN, Pereira Padilha DM. Resilience and self-perceived oral health: a hierarchical approach. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59(4): 725-31. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03350.x>
- Bernabé E, Newton JT, Uutela A, Aromaa A, Suominen AL. Sense of coherence and four-year caries incidence in Finnish adults. *Caries Res* 2012; 46(6): 523-9. <https://doi.org/10.1159/000341219>
- Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, et al. Sense of coherence and oral health in dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. *J Clin Periodontol* 2010; 37(11): 981-7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-051X.2010.01604.x>
- Savolainen J, Suominen-Taipale AL, Hausen H, Harju P, Uutela A, Martelin T, et al. Sense of coherence as a determinant of the oral health-related quality of life: a national study in Finnish adults. *Eur J Oral Sci* 2005; 113(2): 121-7. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2005.00201.x>
- Freire MC, Sheiham A, Hardy R. Adolescents' sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29(3): 204-12. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2001.290306.x>
- Zini A, Sgan-Cohen HD, Marcenes W. Is religiosity related to periodontal health among the adult Jewish population in Jerusalem? *J Periodontol Res* 2012; 47(4): 418-25. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0765.2011.01447.x>
- Peruzzo DC, Benatti BB, Ambrosano GM, Nogueira-Filho GR, Sallum EA, Casati MZ, et al. A systematic review of stress and psychological factors as possible risk factors for periodontal disease. *J Periodontol* 2007; 78(8): 1491-504. <https://doi.org/10.1902/jop.2007.060371>
- Vasiliou A, Shankardass K, Nisenbaum R, Quiñonez C. Current stress and poor oral health. *BMC Oral Health* 2016; 16(1): 88. <https://doi.org/10.1186/s12903-016-0284-y>
- Reda SM, Krois J, Reda SF, Thomson WM, Schwendicke F. The impact of demographic, health-related and social factors on dental services utilization: Systematic review and meta-analysis. *J Dent* 2018; 75: 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jdent.2018.04.010>

19. 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. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(4): 2165-72.
20. Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMEBL, Marcopito LF. Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(6): 1169-82. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072013>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017 [acessado em 11 out. 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/sao-leopoldo>
22. Hsieh FY. Sample size formulae for intervention studies with the cluster as unit of randomization. *Stat Med* 1988; 7(11): 1195-201. <https://doi.org/10.1002/sim.4780071113>
23. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991; 32(6): 705-14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
24. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: Confiabilidade Teste-reteste de Escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(2): 625-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200029>
25. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(3): 703-14. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
26. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J Nurs Meas* 1993; 1(2): 165-78.
27. Pesce RP, Assis SG, Avanci JQ, Santos NC, Malaquias JV, Carvalhaes R. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2): 436-48. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200010>
28. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco; 1987.
29. Marques LF, Sarriera JC, Dell'Aglio DD. Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE): Adaptation and validation of Spiritual Well-Being Scale (SWS). *Av Psicol* 2009; 8(2): 179-86.
30. Power M. Development of a common instrument for quality of life. In: Nosikov A, Gudex C, editores. *EUROHIS: developing common instruments for health surveys*. Europa: Biomedical and Health Research; 2003. p. 145-63.
31. Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health* 2012; 15(3): 449-57. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.035>
32. Andrew FM, Withey SB. *Social Indicators of Well-Being*. Nova York: Plenum; 1976.
33. Berkman LF, Glass TA. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I, editores. *Social epidemiology*. Nova York: Oxford University Press; 2000. p. 137-73.
34. Brennan DS, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Socioeconomic and psychosocial associations with oral health impact and general health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47(1): 32-9. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12419>
35. Davoglio RS, Abegg C, Fontanive VN, Oliveira MMC, Aerts DRGC, Cavalheiro CH. Relationship between Sense of Coherence and oral health in adults and elderly Brazilians. *Braz Oral Res* 2016; 30(1): e56. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0056>
36. Machado FW, Perroni AP, Nascimento GG, Goettens ML, Boscato N. Does the Sense of Coherence modifies the relationship of oral clinical conditions and Oral Health-Related Quality of Life? *Qual Life Res* 2017; 26(8): 2181-7. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1558-9>
37. Elyasi M, Abreu LG, Badri P, Saltaji H, Flores-Mir C, Amin M. Impact of Sense of Coherence on Oral Health Behaviors: A Systematic Review. *PLoS One* 2015; 10(8): e0133918. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0133918>
38. Deinzer R, Granrath N, Spahl M, Linz S, Waschul B, Herforth A. Stress, oral health behaviour and clinical outcome. *Br J Health Psychol* 2005; 10(Pt 2): 269-83. <https://doi.org/10.1348/135910705X26858>

Recebido em: 28/11/2018

Revisado em: 15/03/2019

Aceito em: 18/03/2019

Contribuição dos autores: Ferreira DC, Gonçalves TR e Pattussi MP participaram do delineamento, análise, interpretação dos dados e redação do trabalho. Celeste, RK e Olinto MTA participaram do delineamento, interpretação dos dados e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

