

Impacto da saúde bucal na qualidade de vida de universitários

The impact of oral health on university students' life quality



Edilania Gumiero Lourenço

Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca, Docente do curso de Graduação em Fisioterapia e CST em Estética e Cosmética da Universidade de Franca, São Paulo.
e-mail: edilania.lourenco@unifran.edu.br

RESUMO: Objetivou-se avaliar a autopercepção de saúde bucal em universitários de uma instituição particular de ensino superior. O estudo foi do tipo descritivo transversal com uma amostra estratificada e representativa da população de universitários de uma instituição da cidade de Franca, São Paulo. Foram aplicados questionários *online* sobre classificação socioeconômica e o OHIP-14. Participaram 310 estudantes do período diurno de cursos das áreas da Saúde, Humanas e Exatas. Os resultados revelaram que a maioria dos universitários apresentaram baixo impacto da saúde bucal, sendo 96,9% pertencentes ao Grupo da Saúde e 93,9%, aos Grupos Exatas e Humanas. O nível de Médio Impacto teve 3,1% e 6,1% nos respectivos grupos. Nenhum participante atingiu valores do nível de alto impacto. Portanto, através do instrumento subjetivo, os indivíduos avaliados apresentaram níveis de baixo impacto na qualidade de vida em relação a sua saúde bucal.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde bucal. Qualidade de vida. Universitários. OHIP-14.

ABSTRACT: The objective of the present paper was to analyze the self-perception of oral health among university students of a private institution. The study was a descriptive cross with a stratified sample representative of the population university students from a given institution in the city of Franca, state of São Paulo. Online questionnaires have been submitted on socioeconomic classification and the OHIP-14. 310 daytime students, from Health, Human and Exact areas of related courses, have taken part on the study. The results have shown that most university students present a low impact on oral health, thus 96,9% belong to Health related courses and 93,9% belong to both Human and Exact ones. The average impact level had 3,1% and 6,1% on these groups respectively. No participant has reached high impact level values. Therefore, through the subjective instrument, the evaluated subjects have presented low levels of impact of their oral health condition in life quality.

KEYWORDS: Oral health. Life Quality. University Students. OHIP-14.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1946). Essa definição permite afirmar que um indivíduo, mesmo não apresentando qualquer alteração orgânica, para ser considerado saudável, precisa viver com qualidade. Sendo assim, a saúde não pode ser vista como ausência de doenças ou agravos, mas deve-se considerar as diversas dimensões envolvidas, como as repercussões dos problemas de saúde da vida diária dos indivíduos, o que leva à procura por indicadores que possam mensurar a qualidade de vida relacionada à saúde (AS-SUMPÇÃO, 2000; MCGRATH et al., 2004).

Segundo Bastos et al. (1996), a qualidade de vida decorre dos aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais de uma sociedade, e as doenças que afetam os indivíduos não podem mais ser explicadas unicamente pelos fatores biológicos. A classificação da saúde em boa, má ou razoável define a qualidade de vida, e surge das condições da classe social, das relações no trabalho, da alimentação, da moradia, do saneamento básico, do meio ambiente saudável, do acesso à educação, transporte, lazer, serviços de saúde, enfim, tudo o que diz respeito à vida.

Essa visão ampliada também se aplica à odontologia, com o aumento nas pesquisas que buscam relacionar as condições bucais a doenças diversas e à consequência da saúde na qualidade de vida (LOCKER, 1997). Quando se fala de promoção de saúde, a relação entre qualidade de vida e saúde bucal tem sido motivo de atenção, com vista a avaliar o impacto dos problemas bucais nos aspectos físicos e psicossociais da vida das pessoas (BARBOSA *et al.*, 2010). Os problemas bucais provocam problemas significativos na qualidade de vida do indivíduo, e podem causar dor, desconforto, limitações e constrangimento decorrentes de fatores estéticos que afetam a vida social, a alimentação, o exercício de atividades diárias e o bem-estar do indivíduo (LEÃO *et al.*, 1998).

Os projetos de promoção de saúde nas universidades tem sido uma alternativa viável, e resultam em melhores processos formativos e na melhoria da qualidade de vida de uma importante parcela da população (TSOUROS *et al.*, 1998). Assim, é importante as pessoas perceberem a própria condição bucal, pois seu comportamento é condicionado por esta percepção (BARRÊTO *et al.*, 2004).

O questionário OHIP-14 vem sendo utilizado para indicar os aspectos da qualidade de vida mais afetados pelo estado de saúde bucal e contribui para melhorar as abordagens para atendimento integral ao paciente. O instrumento permite indicar as dimensões da qualidade de vida afetadas pela condição de saúde bucal (SILVA, 2010).

Na literatura, existem trabalhos sobre fatores de risco à saúde dos estudantes universitários, tais como atividade física, aspectos nutricionais, tabagismo e consumo de drogas (BION et al., 2008). Os problemas decorrentes da saúde bucal também afetam no desempenho das funções diárias influenciando negativamente o rendimento acadêmico (FREIRE, 2012). Daí o interesse deste estudo em identificar o impacto da saúde bucal em dimensões que afetam a qualidade de vida dos universitários de uma instituição privada de ensino superior.

MATERIAL E MÉTODOS

Esse estudo foi do tipo descritivo transversal, com uma amostra estratificada e representativa da população de estudantes de uma universidade particular da cidade de Franca, Estado de São Paulo. Durante o período de coleta de dados constavam 11.170 universitários devidamente matriculados nos cursos de graduação.

O Comitê de Ética e Pesquisa (CEPE-Unifran) aprovou o estudo sob o protocolo 12813813.0.000.5495. Depois disso, entrou-se em contato com a Reitoria da Universidade para se obter autorização da pesquisa. Foi feito contato com os coordenadores dos cursos de graduação explicando os objetivos do presente estudo. Os alunos do curso de graduação foram informados e convidados em suas salas de aula a participar da pesquisa. Também receberam um convite eletrônico via e-mail, contendo um link para participar do estudo. Outro link da pesquisa foi disponibilizado no portal de serviços acadêmicos da universidade. Ao acessar a pesquisa na plataforma, o aluno tinha acesso a uma tela contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a opção “*Li e concordo em responder o questionário*”, que o direcionava ao questionário, e a opção “*Li e não concordo em responder o questionário*”, que automaticamente o eximia da participação. Para quem participava, ao final das respostas, o programa gerava uma folha com o agradecimento pela participação na pesquisa.

Participaram os alunos do período diurno matriculados no ano de 2013, dos cursos de Administração, Direito, Educação Física, Engenharia Civil, Engenharia de Produção, Engenharia Elétrica, Engenharia Mecânica, Engenharia Química, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Psicologia, totalizando uma população de 1660 indivíduos.

A coleta de dados foi realizada entre março e abril de 2013. Foi utilizado um questionário digitalizado em uma plataforma *online* de pesquisa, o *SurveyMonkey* (<http://surveymonkey.com>), que depois de construído gerava um link de acesso. Nessa pesquisa, não era necessária a identificação pessoal, apenas a idade, o curso e a série que cursavam. Foram utilizados questionários estruturados com questões relacionadas a condição socioeconômica e de autopercepção da saúde bucal, bem como um questionário que avaliava o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos (OHIP-14).

Para o cálculo da amostra, foram utilizados como parâmetros margem de erro de 5% e índice de confiança (IC) de 95%. O link da pesquisa fora acessado por 471 alunos, e destes dois assinalaram: “não quero responder”, 159 foram excluídos por motivos variados: falta de informações necessárias, não preenchimento total das questões ou por terem excedido 20% do número esperado, que resultou em 310 participantes. Destes, 162 pertenciam à área de cursos da Saúde e 148 pertenciam às áreas de cursos de Exatas e Humanas.

Um dos questionários usados foi o OHIP-14, que aborda 7 dimensões (limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social), contendo duas perguntas cada, portanto, é composto por 14 perguntas que foram respondidas conforme a seguinte ponderação: 0 – nunca, 1 – raramente, 2 – às vezes, 3 – repetidamente, 4 – sempre, e é aplicado tendo como referência os 12 meses anteriores. Cada pergunta tem um peso. Ao

multiplicar as respostas pelos seus pesos, a pontuação de cada dimensão pode variar de 0 a 4 pontos, visto que os pesos somados equivalem a 1 em cada dimensão, portanto, a pontuação total do OHIP-14 varia de 0 a 28, visto que ele possui sete dimensões. O impacto de cada dimensão foi classificado em baixo, médio e alto. Foi considerado de baixo impacto quando o índice esteve classificado entre 0 e 9. Entre 10 e 18 foi considerado de médio impacto, e entre 19 e 28, de alto impacto da saúde bucal sobre a qualidade de vida. O mesmo é válido para cada dimensão quanto ao impacto, que neste caso variou de 0 a 4, ou seja, $\leq 1,33$ baixo impacto, $> 1,34$ e $< 2,67$ médio impacto e $\geq 2,68$ alto impacto.

Como o OHIP-14 já foi testado e validado para o uso na língua e na cultura nacional (OLIVEIRA; NADANOVSKY, 2005), apresentando boas propriedades psicométricas, semelhantes às da versão original, não houve necessidade de validar o instrumento aplicado nesta pesquisa.

Não foi utilizado exame clínico, e sim, a percepção dos indivíduos sobre a situação da boca e dos dentes. A situação socioeconômica dos indivíduos foi categorizada de acordo com a posse de bens de consumo e a escolaridade do chefe da família — classe A1, A2, B1, B2, C1, C2 e D —, de acordo Sistema de Classificação Econômica do Brasil (IBGE, 2012), classificação esta adotada em vários estudos nacionais. No presente estudo as classes socioeconômicas foram agrupadas, usando-se o cálculo da mediana, em duas categorias para possibilitar as análises — classes AB1 e B2D.

Os dados de perfil e escores do questionário foram apresentados de forma descritiva em tabelas e gráficos de distribuição de frequências. Estes foram subdivididos em dois grupos intitulados: Grupo Saúde (relativos aos cursos de Educação Física, Farmácia, Nutrição, Odontologia e Psicologia) e Grupo Exatas/Humanas (relativo aos cursos de Administração, Direito e Engenharias).

Para a comparação dos escores das dimensões do OHIP-14 entre áreas de cursos, gênero e classe socioeconômica, foi aplicado o teste de Man Whitney. Para o teste de Associação entre as variáveis qualitativas, foram elaboradas tabelas de contingência e utilizado o Teste Qui-Quadrado. Todas as análises foram realizadas com auxílio do software GraphPad InStat versão 3.06 para Windows (GraphPad Software Inc.), e a significância estatística considerada para $p < 0,05$.

As variáveis independentes consideradas foram gênero e áreas de cursos. A variável dependente foi o escore do OHIP-14, considerando as sete dimensões: limitações funcionais (referente às questões 1 e 2 do formulário); dor física (referente às questões 3 e 4 do formulário); desconforto psicológico (referente às questões 5 e 6); incapacidade física (referente às questões 7 e 8); incapacidade psicológica (referente às questões 9 e 10); incapacidade social (referente às questões 11 e 12) e invalidez (referente às questões 13 e 14).

RESULTADOS

A análise dos resultados partiu dos dados da amostra de respondentes, ou seja, dos 310 participantes que responderam devidamente ao questionário *online* que atendia os objetivos do atual estudo. Destes, 180 eram do gênero feminino (58%) e 130

do gênero masculino (42%). As idades variaram de 18 a 60 anos, concentrando-se a maior parcela entre a faixa etária de 18 a 22 anos (N=237, 76,4%). Em relação aos cursos, 162 pertenciam ao grupo da área da Saúde (52,3%) e 148 pertenciam ao grupo das áreas Exatas e Humanas (47,7%). Em relação à classe socioeconômica, a maioria concentra-se nas classes A2, B1 e B2 totalizando 79% dos participantes. Os dados citados foram distribuídos em 2 grupos e apresentados na tabela a seguir:

TABELA 1. Distribuição dos universitários segundo gênero, áreas de curso e classe socioeconômica.

Característica	Categoria	N Grupo Saúde	% Grupo Saúde	N Grupo Exatas/Humanas	% Grupo Exatas/Humanas
Gênero	Feminino	112	36,1	68	29,1
	Masculino	50	16,1	80	25,8
Cursos	Exatas/ Humanas	162	52,3	148	47,7
Classe Socioeconômica	AB1	88	54,2	68	45,8
	B2D	74	45,8	80	54,2

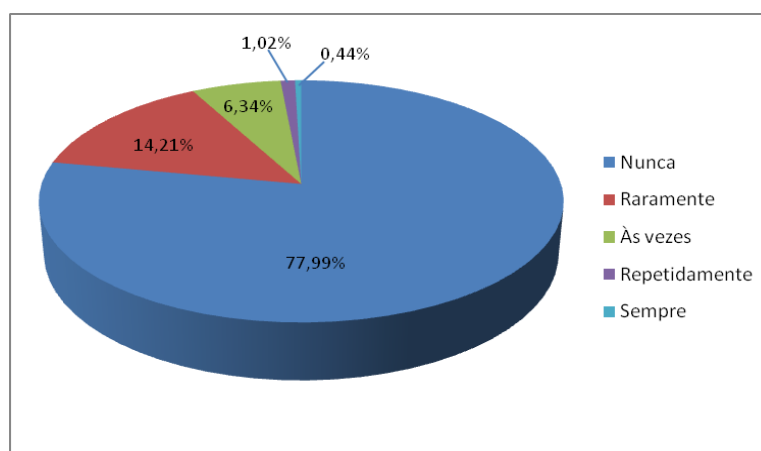
Os resultados obtidos estão apresentados na Tabela 2, com a relação da pergunta com a porcentagem de resposta.

TABELA 2. Distribuição das respostas (%) de todos os participantes, referentes aos últimos 12 meses

Dimensões	Questionário OHIP-14	nunca	raramente	às vezes	repetidamente	sempre
Limitação Funcional	1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de questões ligadas a seus dentes ou a sua boca?	86,5%	7,4%	5,5%	0,6%	0%
	2. Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	90,3%	8,4%	1,3%	0%	0%
Dor Física	3. Você já sentiu dores fortes em sua boca?	47,4%	34,9%	16,1%	1,6%	0%
	4. Você tem se sentido incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	59,9%	22,7%	14,5%	1,3%	1,6%

Desconforto Psicológico	5. Você tem ficado pouco à vontade por causa dos seus dentes ou sua boca?	67,1%	18,2%	12,1%	1,3%	1,3%
	6. Você se sentiu estressado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	61,8%	20,7%	13,3%	2,9%	1,3%
Incapacidade Física	7. Sua alimentação tem sido prejudicada por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	84,4%	11,4%	3,2%	0,7%	0,3%
	8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	80,5%	15,3%	3,9%	0,3%	0%
Incapacidade Psicológica	9. Você tem encontrado dificuldade em relaxar por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	79,8%	14%	3,3%	1,3%	0,6%
	10. Você já se sentiu um pouco envergonhado por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	71,5%	16,5%	8,1%	3,2%	0,7%
Incapacidade Social	11. Você tem estado um pouco irritado com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	87%	8,8%	3,3%	0,6%	0,3%
	12. Você tem tido dificuldade em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	92,8%	6,2%	1%	0%	0%
Desvantagem Social	13. Você sentiu que a vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	87,7%	9,7%	2,3%	0,3%	0%
	14. Você tem estado sem poder fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?	95,1%	3,9%	1%	0%	0%

A Figura 1 demonstra que a resposta “nunca” foi a mais frequente (77,99%) entre os universitários.

FIGURA 1. Distribuição da porcentagem por opção de resposta.

As tabelas 3 e 4 apresentam, respectivamente, a distribuição dos alunos por gênero e classe socioeconômica por modalidade de curso. Verifica-se associação significativa ($p < 0,05$) entre o gênero e as áreas de curso, com predominância do gênero feminino no Grupo Saúde (69,1%). Em relação a classe socioeconômica, a proporção não foi afetada pela área do curso ($p = 0,141$).

TABELA 3. Associação entre os cursos e gênero. (Teste Qui-Quadrado)

Variável gênero	Grupo Saúde (N=162)	Grupo Exatas/Humanas (N=148)
Feminino	69,14% *	45,95%
Masculino	30,86%	54,05%

* $p < 0,05$

TABELA 4. Associação entre os cursos e classe socioeconômica (Teste Qui-Quadrado)

Variável classe socioeconômica	Grupo Saúde (N=162)	Grupo Exatas/Humanas (N=148)
AB1	54,3%	45,9%
B2D	45,7%	54,1%

$p = 0,141$ (ns)

A tabela 5 apresenta os resultados médios e desvios-padrão dos escores geral e de cada dimensão do OHIP-14 para cada curso. Valores de p menor que 0,05 indicam diferença significativa entre os escores de cada área de curso, o que ocorreu com as

dimensões Incapacidade Física e Incapacidade Psicológica, que foram maiores no grupo de cursos de Exatas/Humanas.

TABELA 5. Valores médios e desvio-padrão dos escores geral e de cada dimensão do OHIP-14 e comparação entre as áreas de cursos

Variáveis	Grupo Saúde (N=162)	Grupo Exatas/Humanas (N=148)	*p
OHIP-14 Global	1,94 ± 2,60	2,50 ± 3,04	0,09
Limitação Funcional	0,14 ± 0,36	0,18 ± 0,39	0,17
Dor Física	0,61 ± 0,73	0,71 ± 0,76	0,18
Desconforto Psicológico	0,52 ± 0,75	0,61 ± 0,82	0,36
Incapacidade Física	0,17 ± 0,42	0,29 ± 0,52	0,01
Incapacidade Psicológica	0,27 ± 0,51	0,43 ± 0,64	0,01
Incapacidade Social	0,12 ± 0,33	0,18 ± 0,45	0,42
Desconforto Social	0,12 ± 0,34	0,11 ± 0,29	0,71

Para a comparação dos escores entre gênero, os resultados são apresentados na tabela 6, na qual pode ser observada diferença significativa para o escore geral, sendo maior para gênero feminino ($p < 0,05$). Quanto aos escores de cada dimensão, não foram encontradas diferenças significativas.

TABELA 6. Valores médios e desvio-padrão dos escores geral e de cada dimensão do OHIP-14 e comparação entre gêneros

Variáveis	Feminino (N=180)	Masculino (N=130)	*p
OHIP-14 Global	2,42 ± 2,90	1,91 ± 2,72	0,04
Limitação Funcional	0,18 ± 0,42	0,13 ± 0,32	0,24
Dor Física	0,72 ± 0,78	0,57 ± 0,69	0,15
Desconforto Psicológico	0,63 ± 0,84	0,48 ± 0,71	0,18
Incapacidade Física	0,25 ± 0,50	0,19 ± 0,44	0,21
Incapacidade Psicológica	0,39 ± 0,62	0,29 ± 0,53	0,22
Incapacidade Social	0,15 ± 0,39	0,14 ± 0,41	0,67
Desconforto Social	0,11 ± 0,33	0,12 ± 0,31	0,39

Quando comparados os escores geral e por dimensão do OHIP-14 entre classes socioeconômicas (tabela 7), verifica-se diferença significativa apenas para a dimensão Incapacidade Psicológica, que foi maior para a classe B2D ($p < 0,05$).

TABELA 7. Valores médios e desvio-padrão dos escores geral e de cada dimensão do OHIP-14 e comparação entre classe socioeconômica

Variáveis	AB1(N=156)	B2D (N=154)	*p
OHIP-14 Global	1,93 ± 2,63	2,48 ± 3,00	0,05
Limitação Funcional	0,17 ± 0,39	0,15 ± 0,37	0,75
Dor Física	0,59 ± 0,72	0,72 ± 0,77	0,14
Desconforto Psicológico	0,48 ± 0,71	0,65 ± 0,85	0,06
Incapacidade Física	0,19 ± 0,41	0,25 ± 0,53	0,34
Incapacidade Psicológica	0,27 ± 0,51	0,42 ± 0,65	0,03
Incapacidade Social	0,12 ± 0,34	0,17 ± 0,45	0,29
Desconforto Social	0,11 ± 0,35	0,11 ± 0,29	0,90

Pelos dados coletados, pode-se observar que a maioria dos participantes (Grupo Saúde=96,9% e Grupo Exatas/Humanas=93,9%) apresentam Baixo Impacto da saúde bucal na qualidade de vida, com valor de $p=0,205$, ou seja, não significativo (Tabela 8).

TABELA 8. Comparação entre as áreas de cursos em relação a classificação do OHIP-14

Classificação OHIP-14	Grupo Saúde (N=162)	Grupo Exatas/Humanas (N=148)
Baixo Impacto	96,9%	93,9%
Médio Impacto	3,1%	6,1%
Alto Impacto	0%	0%
<i>(p=0,205)</i>		

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que a maioria dos universitários é do gênero feminino, com idade média de 21 anos, pertencentes a classe social B (64,2%). A predominância de mulheres em universidades é confirmada pelo Censo de Educação Superior, que relata um percentual de 55,5% contra 44,5% do gênero masculino. Outro dado mostrado neste estudo foi que a maioria dos graduandos dos cursos da área da saúde são do gênero feminino (69,1%), enquanto nos cursos das áreas de exatas a prevalência é do gênero masculino (54%). Na área de humanas, há a presença equilibrada de ambos os gêneros, o que também foi constatado no estudo de Poli (2013).

Também foi observada maior prevalência do gênero feminino no estudo realizado por França e Colares (2008), que analisaram as diferenças nas condutas de saúde de estudantes da área de saúde de universidades públicas; e por Leite e Santos (2011), que avaliaram o estilo de vida de universitários.

As idades variaram de 18 a 60 anos, concentrando-se a maioria na faixa etária de 18 a 22 anos (76,4%), com média de 20,9 para mulheres e 22,9 para os homens, o que corrobora o estudo de Leite e Santos (2011), que avaliaram o estilo de vida de 244 estudantes com média de idade entre 22,8 e 22,9 entre homens e mulheres respectivamente.

Identificou-se, na presente amostra avaliada e entre as instituições privadas de ensino superior do Levantamento Nacional, um maior índice de alunos pertencentes à classe média e média alta (classes A2, B1 e B2). Essa distribuição mostrou-se independentemente do tipo de instituição, ou seja, tanto pública como privada (BRASIL, 2010).

Em termos acadêmicos, um projeto como este tem o potencial de reforçar as discussões sobre saúde em várias áreas acadêmicas, e pode ampliar a credibilidade de pesquisas inovadoras na área, além de dar suporte para uma mudança no foco das pesquisas, direcionando-as mais para ações ampliadas, interdisciplinares, voltadas para a busca de soluções de impacto sobre a qualidade de vida e o combate às desigualdades sociais e de saúde (MELLO et al., 2010).

O principal desafio de uma Universidade Saudável é integrar a Promoção de Saúde (PS) nas políticas e práticas universitárias. Isto pode ser obtido por intermédio de desenvolvimento de políticas saudáveis e planejamento sustentável na universidade; criação de ambientes saudáveis de trabalho; oferecimento de ambientes de suporte social e cuidados primários em saúde; facilidades para o desenvolvimento pessoal e social; encorajamento da ampliação do interesse acadêmico por OS; e desenvolvimento de parcerias com a comunidade (MELLO et al., 2010).

Ao final da formação escolar, é importante que o indivíduo saiba cuidar de sua saúde e dos seus semelhantes, adotando, sobretudo, medidas saudáveis para o seu desenvolvimento físico, mental e social. Desse modo, as universidades promotoras cumprem seu papel (PRECIOSO, 2004).

A saúde bucal é um componente indissociável da saúde geral, por isso, tem havido grande interesse pelo desenvolvimento e utilização de instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionados à saúde, com o objetivo de avaliar o impacto da doença na vida do indivíduo (BUCZYNSKI, 2008).

Um indicador utilizado na área da Saúde Pública e obtido por medidas de percepção individual da própria saúde é denominado autoavaliação da saúde. No âmbito da saúde bucal, percepções do estado de saúde e da necessidade de cuidado são utilizadas para demonstrar a necessidade de assistência odontológica. Essa percepção depende da compreensão do indivíduo do que é normal na saúde bucal e de sintomas específicos que ele representa (MENDONÇA et al., 2012).

A autoavaliação da saúde bucal é uma medida que sintetiza a condição objetiva da saúde bucal, a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados a ela. Essa avaliação reflete a qualidade de vida e está associada às condições de saúde geral, assim como a comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde (SILVA, FERNANDES, 2001).

Atualmente, o uso de exame clínico em pesquisas de base populacional, com o objetivo de avaliar o estado de saúde da população, tem sido pouco frequente, em razão da escassez de recursos (MENDONÇA et al., 2012). Nesse sentido, Locker e Miller (1994) questionam se a pesquisa em saúde bucal invariavelmente necessita incluir exames clínicos, apesar de sua grande validade na pesquisa odontológica, uma vez que é possível identificar populações que necessitam de assistência odontológica com a utilização de indicadores subjetivos de saúde bucal. Para Wilson e Cleary (1995), indicadores de saúde como a autoavaliação da saúde bucal atuam como mediadores entre os sintomas e sinais clínicos de doenças bucais e impactos na qualidade de vida. Na mesma corrente de pensamento, Pattussi *et al.* (2007) mencionam várias razões para se investigar a percepção das pessoas sobre sua saúde bucal. Além da facilidade de aplicação de uma questão única de autoavaliação e da importância desse indicador para o planejamento dos serviços odontológicos, os autores destacam o fato de a autoavaliação do indivíduo fazer parte do procedimento diagnóstico de rotina.

O contexto cultural e linguístico no qual o instrumento de avaliação da qualidade de vida é utilizado pode influenciar a validade e confiabilidade dos relatos obtidos. Portanto, é importante que o instrumento seja traduzido para o idioma de origem do país a ser utilizado e que seja precisamente adaptado às características socioculturais da população a ser analisada, permitindo a avaliação fidedigna. Além disso, é preciso que o instrumento seja facilmente administrado e que não demande tempo na aplicação (BARBOSA, 2011).

A literatura oferece diferentes instrumentos que podem ser aplicados com a finalidade da obtenção de dados subjetivos para se chegar a um conteúdo válido para a saúde bucal (ATCHISON, DOLAN, 1990; LEÃO; SHEIHA, 1995). Em sua maioria, apresentam-se sob a forma de questionários com questões abertas e fechadas, cuja finalidade básica é o desvendar da autopercepção do paciente no que se refere a sua saúde bucal e a como ela interfere no seu dia a dia e na sua qualidade de vida. Esses têm se tornado fortes aliados na construção de programas educativos, preventivos e curativos por diversos profissionais da saúde (SILVA, FERNANDES, 2001).

O questionário OHIP-14 é composto, como já foi explicado, por 7 dimensões que avaliam as disfunções, os desconfortos e as incapacidades relacionadas a saúde bucal da pessoa. Sendo assim, este estudo comparou essas dimensões com a idade dos participantes da pesquisa e encontrou nível de significância nos itens Incapacidade Física e Incapacidade Psicológica, o que é explicado pela média baixa de idade dos estudantes e pela insatisfação com a aparência que esta faixa etária normalmente apresenta, como relata Borges *et al.* (2010), em seu estudo com jovens.

Na comparação das dimensões do OHIP-14 com o gênero dos participantes, houve um percentual significativo indicando que há diferença entre homens e mulheres para avaliar os itens que compõem o questionário. A diferença significativa entre homens e mulheres pode ser atribuída às diferenças de percepção sobre a saúde e o valor da saúde bucal entre os dois gêneros, além de condições hormonais e de maior prevalência de doenças sistêmicas que influenciam na saúde bucal das mulheres (MCGRATH; BEDI, 2000; GOMES; ABEGG, 2007).

Em geral, as classes socioeconômicas mais baixas tendem a uma saúde bucal

com maior impacto, devido à dificuldade ou demora à assistência odontológica (BASTOS et al., 1996). No entanto, neste estudo (sendo o local de coleta de dados uma instituição privada), o número de estudantes de classes menos favorecidas é pequeno, e sendo assim, não pôde ser observada qualquer diferença na saúde bucal que possa ser atribuída a essa variável.

A avaliação do impacto da saúde bucal na qualidade de vida das pessoas realizada a partir da utilização de um questionário estruturado como o OHIP-14 apresenta vantagens, como a possibilidade de o pesquisador explicar os objetivos da pesquisa, orientar o preenchimento do instrumento e obter dados mais uniformes e úteis. No entanto, esse tipo de instrumento tem limitações, como o risco de distorções, por insegurança nas respostas devido à presença do entrevistador e por menor liberdade nas respostas, uma vez que elas já vêm preestabelecida (SILVA et al., 2010).

Depois de analisado, o questionário OHIP-14 apresenta 3 níveis de impacto que variam de acordo com os dados obtidos. Neste estudo, foi observado que a maioria dos universitários, sendo 96,9% pertencente ao Grupo da área da Saúde e 93,9%, ao Grupo das áreas Exatas e Humanas, apresentaram um baixo impacto da saúde bucal. O nível de médio impacto teve 3,1% e 6,1% nos grupos respectivamente. E nenhum participante atingiu valores do nível de alto impacto.

Bastos (2009), em seu estudo realizado na cidade de Bauru (SP), com estudantes adolescentes do ensino médio, com faixa etária entre 15 e 19 anos, obteve resultados que corroboram os obtidos neste estudo. Em sua pesquisa utilizando o questionário OHIP-14, o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos seus voluntários apresentou nível baixo: somente nas dimensões de dor física e desconforto psicológico, o impacto foi considerado de nível médio (BASTOS, 2009).

Bortoli *et al.* (2003), em seu estudo, avaliaram a autopercepção de saúde bucal em adultos, assim como a sua relação com um indicador subjetivo de impacto das condições bucais na qualidade de vida, e na análise de regressão linear simples, observaram uma correlação entre o OHIP-14 e a autopercepção de saúde bucal (BORTOLI et al., 2003). Outros autores analisaram em seu estudo que os dados subjetivos mostraram que as pessoas apresentavam precária percepção dos problemas bucais quando comparados com o exame clínico feito por um profissional (SILVA; FERNANDES, 2001).

A percepção da condição bucal e a importância dada a ela é que condicionam o comportamento do indivíduo. Na maioria das vezes, a razão para as pessoas não procurarem o atendimento odontológico é a não percepção de suas necessidades (SILVA; FERNANDES, 2001). Quando as pessoas percebem sua condição bucal, elas o fazem com certa precisão, entretanto, usando critérios diferentes dos profissionais. Enquanto o cirurgião dentista avalia a condição com base na ausência ou presença de doença, o paciente dá mais importância aos sintomas e problemas funcionais e sociais que são ocasionados pela presença da doença. No entanto, como constataram Locker e Jokovic (1996), em tempos de escassez de recursos, pode ser muito mais importante identificar subgrupos de pessoas que necessitam de maior atenção do que toda a população. Consequentemente, saber se essas medidas são ou não úteis depende dos propósitos e dos objetivos de quem as está utilizando (BORTOLI et al., 2003).

A proposta dos projetos de Universidades Saudáveis é encorajar o desenvolvi-

mento de determinados aspectos, tais como a criação de ambientes de trabalho, a aprendizagem e a convivência saudável, a proteção do meio ambiente e a promoção de práticas promotoras de saúde. Além disso, as universidades formam futuros profissionais e formuladores de políticas, que poderão influenciar as condições de saúde e a qualidade de vida de outras pessoas (TSOUROS *et al.*, 1998; MELLO *et al.*, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma limitação decorrente deste estudo é o fato de ele ter sido realizado com estudantes de apenas uma universidade, portanto, a possível generalização destes resultados para outras instituições deve ser encarada com reserva. Por conseguinte, seria desejável replicar este estudo, com os mesmos instrumentos, em outras instituições de ensino superior do país, na tentativa de se estabelecer confiabilidade em estudos sobre saúde bucal realizados através de pesquisa *online*.

Os valores obtidos mostraram um baixo impacto da saúde bucal na qualidade de vida desta população, independentemente da variável analisada, o que deve ser considerado como mérito tanto da saúde bucal quanto da saúde geral.

No entanto, deve-se levar em conta a condição socioeconômica da amostra, que sugere que os indivíduos têm condições de procurar atendimento quando o problema começa a trazer impacto negativo à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ASSUMPÇÃO, J. R. Escala de avaliação de qualidade de vida: AUQEI (Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé) validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 12 anos. *Arq. Neuropsiquiatr.*, Brasília, 58(1): 119-127, 2000

ATCHISON, K.; DOLAN, T. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ.*, 54(11): 680-687, 1990.

BARBOSA, T. D. S. Qualidade de vida e saúde bucal em crianças – parte II: versão brasileira do Child Perceptions Questionnaire 11-14. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 16(7): 3267-3276, 2011.

BARBOSA, T. D. S. *et al.* Qualidade de vida e saúde bucal em crianças e adolescentes: aspectos conceituais e metodológicos. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. 20(2010): 283-300, 2010

BARRÊTO, A. *et al.* Qualidade de vida infantil: influência dos hábitos de higiene bucal e do acesso aos serviços odontológicos. *Rev. Ibero-Amer Odontop Odontol Bebê*. 7(39): 453-60, 2004.

BASTOS, J. R. D. M.; SALIBA, N. A.; UNFER, B. Considerações a respeito de saúde bucal e

classes sociais. *Rev. Paul Odontol.* 18(4): 38-42, 1996.

BASTOS, R. D. S. *Impacto das condições de saúde bucal em relação à qualidade de vida de adolescentes escolares de 15 a 19 anos, numa dicotomia socioeconômica, no município de Bauru, São Paulo, em 2009.* 150f. 2009. Tese (Doutorado de Odontologia) - Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo.

BION, F. *et al.* Estado nutricional, medidas antropométricas, nível socioeconômico e atividades físicas em universitários brasileiros. *Nutr. Hosp.* 23(2008): 234-41.

BORGES, C. M. *et al.* Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 13(4): 713-23, 2010.

BORTOLI, D. *et al.* Associação entre percepção de saúde bucal e indicadores clínicos e subjetivos: estudo em adultos de um grupo de educação continuada da terceira idade. *Publicações UEPG Ciências Biológicas e da Saúde*, 9(3): 55-65 2003.

BRASIL, P. I. *Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco, e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras.* Brasília: Ministério da Saúde, n. 1, p. 47, 2010.

BUCZYNSKI, A.; CASTRO, G, DE SOUZA, I. O impacto da saúde bucal na qualidade de vida de crianças infectadas pelo HIV: revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 13(6): 1797-805, 2008.

FRANCA, C. D.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. *Rev. Saúde Pública.* 42(3): 420-7, 2008.

FREIRE, M. D. C. M. Condição de saúde bucal, comportamentos, auto percepção e impactos associados em estudantes universitários moradores de residências estudantis. *Rev. Odontol UNESP*, 41(3): 185-91, 2012.

GOMES, A. S.; 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. Saúde Pública*, 23(2007): 1707-14.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Índice de indicadores social.* Brasil: IBGE, 2012. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

LEÃO, A.; CIDADE, M.; VARELA, J. Impactos da saúde periodontal na vida diária. *Rev. Bras. Odontol.* 55(4): 238-41, 1998.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relationship between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *J. Dent. Res.* 74 (1995): 1408-13.

LEITE, A. C. B *et al.* Qualidade de vida e condições de saúde de acadêmicos de nutrição. *Rev. Espaço para a Saúde*. Londrina. 13(1): 82-90, 2011.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life, in: SLADE, G. D. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill: University of North Carolina, 1997, p. 11-23.

LOCKER, D.; MILLER, Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J. Public Health. Dent*, 54(1994): 167-76.

MCGRATH, C.; BEDI, R. Gender variations in the social impact of oral health. *J. Ir Dent. Assoc*, 46(2000): 87-91.

MCGRATH, C.; BRODER, H.; WILSON-GENDERSON, M. Assessing the impact of oral health on the life quality of children: implications for research and practice. *Community Dent Oral Epidemiol*, 32(2) 81-5, 2004.

MELLO, A.; MOYSÉS, S.; MOYSÉS, S. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface-Comunicação*, 2010.

MENDONÇA, H. L. C.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad. Saúde Pública*, 28(1): 1927-1938, 2012.

OLIVEIRA, B.; NADANOVSKY, P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 33(4): 307-14, 2005.

PATTUSSI, M. *et al.* Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.*, 35 (2007): 377-386.

POLI, G. *O Ingresso na Universidade de São Paulo: uma abordagem de gênero*. São Paulo: Poli GNU/ USP, 2013. Disponível em: < <https://polignu.org/mulheres/textosartigos/o-ingresso-na-universidade-de-s%C3%A3o-paulo-uma-abordagem-de-g%C3%AAnero>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

PRECIOSO, J. Educação para saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da Universidade do Minho. *Rev. Electr. Enseñanza de las Ciencias*, 3(2): 161-70, 2004.

SILVA, M. E. D. S. E. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 15(3): 841-850, 2010.

SILVA, S.; FERNANDES, R. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev. Saúde Pública*. 35(4): 349-55, 2001.

TSOUROS, A. D. *et al.* *Health promoting universities: concepts, experience and framework for action*. Regional Office for Europe: WHO, 1998.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference*. New York: World Health Organization, 1946.

WILSON, I.; CLEARY, P. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *LJAMA*. 273 (1995): 59-65.