

Associação entre equipe de saúde bucal da Estratégia de Saúde da Família e qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adultos

Association between the dental health team of the Family Health Strategy and oral health related quality of life in adults

Rhayssa Kuhn Peixoto*

Rafaela Gonçalves Rossi**

Thiago Machado Ardenghi***

Jovito Adiel Skupien****

Camila Silveira Sfreddo*****

Resumo

Objetivo: avaliar a influência da equipe de saúde bucal (eSB) na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de adultos. Métodos: a amostra deste estudo transversal foi composta por adultos adscritos às Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de Santa Maria, RS. Variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, cor da pele, renda familiar e escolaridade, foram avaliadas através de questionário semiestruturado. Variáveis de serviço odontológico foram mensuradas através do motivo de procura ao serviço e da presença de eSB, avaliada a partir dos dados oficiais do município. Biofilme dental, sangramento gengival e cárie dental foram coletados através de exame clínico odontológico. O desfecho foi a QVRSB mensurada pelo questionário OHIP-14. Modelos foram construídos por meio de regressão de Poisson, para avaliar a associação entre presença de eSB e QVRSB. Resultados: ao total, 80 adultos adscritos a quatro ESF (duas com eSB) foram incluídos. A ausência da eSB influenciou negativamente a QVRSB de adultos (razão de média: 1,21; intervalo de confiança de 95%: 1,07-1,36). Além disso, idade, cor da pele não branca, menor renda familiar, menor escolaridade, procura ao serviço odontológico por dor dental e pior saúde bucal foram associados a uma pior QVRSB ($P < 0,05$). Conclusão: indivíduos sem acesso à eSB apresentaram uma pior QVRSB. Estratégias de promoção de saúde devem incluir a ampliação do acesso à ESF, aumentando a equidade no acesso aos cuidados odontológicos.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; serviços odontológicos; saúde bucal; estudo observacional.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v26i1.13507>

* Mestranda no Programa de Pós-graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

** Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Franciscana, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

*** Doutor em Odontopediatria. Professor associado do Curso de Odontologia, Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

**** Doutor em Odontologia. Professor adjunto do Curso de Odontologia, Universidade Franciscana, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

***** Doutora em Ciências Odontológicas. Professora adjunta, Departamento de Semiologia e Clínica, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a estratégia prioritária de atenção à saúde para expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde^{1,2}. A inclusão da equipe de saúde bucal (eSB) na ESF ocorreu em 2000, como uma medida para reorganizar as práticas de atenção à saúde bucal, ampliando o acesso às ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e consequente melhoria dos indicadores epidemiológicos³. Em 2021, 46% da população brasileira estava coberta por uma eSB da ESF⁴.

A literatura relacionada aos indicadores de saúde bucal e à presença de eSB na ESF é escassa e enfatiza a avaliação dos processos de implementação das equipes de trabalho, cobertura e acesso aos serviços de saúde⁵. Em relação ao acesso para cuidados odontológicos, áreas cobertas pelas eSB melhoraram o acesso ao serviço quando comparadas aos locais com ausência dessas equipes ou às áreas cobertas por unidades de saúde tradicionais⁶⁻⁹. Contrariamente, alguns estudos não mostraram associação entre a cobertura pela ESF e o acesso aos serviços de saúde bucal^{6, 10}.

Há pouca evidência sobre o impacto da ESF em desfechos clínicos e de saúde bucal autorreportada^{1,11,12}. A influência da eSB da ESF em indicadores clínicos foi avaliada em adolescentes de 12 e 15-19 anos de 36 municípios brasileiros¹. Os achados deste estudo revelaram que jovens de áreas não cobertas pela eSB na ESF tiveram quase a metade da perda dentária, se comparados com os das áreas cobertas por eSB¹. Em relação aos desfechos autorreportados, um estudo transversal avaliou a prevalência e a intensidade de dor dental em adolescentes que residiam em uma área de ESF com eSB comparados a adolescentes com acesso ao serviço odontológico apenas curativo, oferecido na unidade básica de saúde tradicional¹¹. Os achados do estudo revelaram que não houve diferença para prevalência de dor dental entre os grupos, porém, os adolescentes que residiam em áreas onde somente o tratamento curativo era oferecido reportaram mais dor dental severa. Outro estudo transversal em 12 municípios do nordeste brasileiro demonstrou ausência de

impacto ou impacto negativo para dor dental e morbidade dental autorreportada com a incorporação da eSB na ESF¹².

A avaliação dos resultados alcançados pelas ações de saúde bucal na Atenção Básica é essencial para melhorar a qualidade e o acesso ao serviço pelos usuários². Entretanto, a literatura prévia concentra-se no entendimento do processo de implementação das equipes de trabalho^{1,9,11,12} e não há estudos sobre o efeito na qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) de adultos. Portanto, a avaliação do impacto das eSB em medidas autopercebidas, como a QVRSB, é essencial para a complementação de indicadores clínicos, o planejamento adequado de políticas de saúde pública com priorização de serviços, bem como para a avaliação do efeito de estratégias de saúde bucal¹³.

O objetivo deste estudo transversal é avaliar a influência da eSB da ESF na QVRSB de adultos. A hipótese conceitual é a de que adultos adscritos às ESFs com eSB apresentam uma melhor QVRSB, quando comparados aos usuários de ESFs sem eSB.

Materiais e método

Delineamento e amostra

Um estudo transversal foi realizado em adultos cadastrados em ESFs da zona urbana de Santa Maria no período de junho de 2019 a março de 2020. Santa Maria possui 282.123 habitantes, incluindo 24 equipes de ESF, com uma cobertura populacional de aproximadamente 29%, correspondendo a 82.800 indivíduos⁴. Em 2019, a Rede de Atenção à Saúde do município possuía 8 eSB da ESF, com uma cobertura de 9,8%, correspondendo a 27.600 indivíduos⁴.

O cálculo do tamanho amostral levou em consideração os seguintes parâmetros: tamanho de efeito de 0,5 (médio), poder do teste de 80%, intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. O tamanho amostral mínimo para satisfazer esses requisitos foi estimado em 128 adultos. A seleção das ESFs, com e sem eSB, foi realizada por conveniência conforme aceite dos gestores de cada unidade em participar do estudo. Todos os

adultos maiores de 18 anos que estavam agendados para qualquer tipo de atendimento na ESF foram considerados elegíveis para o estudo. Os critérios de exclusão foram os adultos portadores de alguma síndrome ou alteração craniofacial congênita, que não falassem português fluentemente, que fizessem uso de medicamentos associados ao aumento de volume gengival (nifedipina, ciclosporina e fenitoína) e gestantes.

Este estudo foi desenvolvido de acordo com a Declaração de Helsinque e com as Diretrizes e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Franciscana (CAAE número 13208819.5.0000.5306).

Coleta de dados

A coleta de dados incluiu dados referentes a variáveis sociodemográficas, variáveis de serviço odontológico, variáveis clínicas e QVRSB. Os dados referentes a variáveis sociodemográficas, variáveis de serviço odontológico e QVRSB foram coletados na ESF através de um questionário semiestruturado aplicado “face a face” por entrevistadores previamente treinados e calibrados. A confiabilidade do questionário foi previamente avaliada em 20 adultos durante o processo de treinamento e calibração do levantamento epidemiológico. Esses adultos não participaram da amostra do estudo.

A classificação de cor da pele foi realizada de acordo com os critérios utilizados em levantamentos de base populacional nacional¹⁴ e, posteriormente, categorizada em branca e não branca. A renda familiar foi coletada através de salários mínimos brasileiros recebidos no último mês e categorizada de acordo com a mediana da amostra. O nível de escolaridade foi avaliado através dos anos de ensino formal completos e dicotomizada como > 8 anos (ensino fundamental completo) e < 8 anos de estudo formal completos. A presença de equipe odontológica (“sim” ou “não”) na ESF foi obtida a partir dos dados oficiais do município. O motivo de procura ao serviço odontológico foi coletado através da pergunta “Qual o motivo da última consulta?”¹⁵ e categorizado como “dor” ou “rotina”¹⁶.

As variáveis clínicas foram coletadas a partir de exames bucais realizados sob iluminação

natural, espelho bucal plano e sonda periodontal do tipo “ball point”. A condição periodontal foi coletada através do Índice Periodontal Comunitário (IPC) modificado¹⁵ em seis sítios por dente e foi categorizado como 0 (ausente) e 1 (sangramento). Posteriormente, o sangramento gengival foi categorizado como < 15% dos sítios e ≥ 15% dos sítios¹⁶. O biofilme dental foi coletado através do Índice de Placa Visível (IPV)¹⁷ e categorizado como < 15% dos sítios e ≥ 15% dos sítios. Além disso, a experiência de cárie dental foi avaliada através do CPO-D¹⁵ e dicotomizada de acordo com a severidade em CPO-D < 4 e CPO-D ≥ 4¹⁸.

O desfecho QVRSB foi mensurado a partir da versão reduzida do questionário OHIP-14¹⁹. O OHIP-14 é composto por 14 questões agrupadas em 7 domínios (2 questões por domínio): limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagem social¹⁹. Uma escala do tipo Likert é usada com as seguintes opções de resposta: 0 (nunca), 1 (raramente), 2 (às vezes), 3 (repetidamente) ou 4 (sempre). A pontuação foi computada através da soma de todos os itens. O escore total do questionário pode variar de 0 até 56 pontos, sendo que, quanto maior a pontuação, maior é o impacto das condições de saúde bucal sobre a qualidade de vida do adulto¹⁹.

O processo de treinamento e calibração da equipe para a avaliação das variáveis clínicas foi realizado de acordo com a metodologia previamente descrita pela Organização Mundial da Saúde¹⁵. Dois examinadores foram treinados e calibrados para as avaliações clínicas do estudo. Um pesquisador conceituado na área ministrou uma aula teórica com duração de 4 horas. Posteriormente, um exercício clínico-epidemiológico foi conduzido para avaliação e discussão do critério diagnóstico para todas as condições clínicas avaliadas em 10 adultos não incluídos na amostra final. Para o sangramento gengival e o IPV, houve apenas o treinamento. Para cárie dental, os examinadores foram treinados e calibrados em 20 adultos não incluídos na amostra. O intervalo entre os dois exames de calibração foi de 7 dias. A concordância intra e interexaminador para o CPO-D foi > 0,90 e 0,60, respectivamente (estatística Kappa).

Análise estatística

Análises descritivas dos dados foram conduzidas no Stata (StataCorp. 2014. Stata Statistical Software: Release 14.1. College Station, TX: StataCorp LP). O desfecho do estudo foi considerado o escore total do OHIP-14. Os modelos foram construídos por meio de regressão de Poisson com modelagem hierárquica, para avaliar a associação entre presença da eSB da ESF e QVRSB. Os resultados foram apresentados como razão de média e seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Três modelos estatísticos foram testados de acordo com o modelo teórico²⁰: Modelo 1, variáveis sociodemográficas; Modelo 2, variáveis de serviço odontológico ajustadas pelas variáveis sociodemográficas; e Modelo 3, variáveis clínicas ajustadas pelas variáveis sociodemográficas e de serviço odontológico. Variáveis com $P < 0,20$ na análise não ajustada foram consideradas para os modelos multivariados. As variáveis foram mantidas na análise se apresentaram valor de $P < 0,05$ depois do ajuste. Um teste *post-hoc* também foi realizado, para avaliar o poder alcançado com o tamanho amostral.

Resultados

Ao total, 80 adultos adscritos a quatro ESFs (duas contavam com eSB) foram incluídos no estudo. O estudo apresentou um poder de aproximadamente 60% em detectar um tamanho de efeito de 0,5 (médio) das diferenças de médias do OHIP-14 entre os grupos de comparação, considerando um nível de significância de 0,05. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, de serviço odontológico e clínicas dos participantes. A média de idade da amostra foi de 46,1 anos – desvio padrão (DP): 15,1. A maioria dos participantes era do sexo feminino, da cor da pele branca e possuía 8 anos ou mais de ensino formal completos. A renda média familiar foi de R\$2.053,00 (DP: R\$1.313,00). Mais da metade da amostra possuía eSB na ESF e procurou o serviço para exames de rotina. Além disso, mais da metade da amostra possuía biofilme dental em mais de 15% dos sítios, sangramento gengival em menos de 15% dos sítios e maior experiência de

cárie. O escore total de OHIP-14 variou de 0 a 44 – média: 14,3 (DP: 11,8).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, de serviço odontológico e de saúde bucal dos participantes (n=80)

Variáveis	
Variáveis sociodemográficas	
Idade [n (%)]	
19-39 anos	27 (33,7)
40-54 anos	28 (35,0)
55-83 anos	25 (31,3)
Sexo [n (%)]	
Feminino	59 (73,8)
Masculino	21 (26,2)
Cor da pele [n (%)]	
Branca	54 (67,5)
Não branca	26 (32,5)
Renda familiar mensal [n (%)]	
≥ 1,6 SMB ^a	40 (50,0)
< 1,6 SMB	40 (50,0)
Escolaridade [n (%)]	
≥ 8 anos	43 (53,8)
< 8 anos	37 (46,2)
Variáveis de serviço odontológico	
Presença de equipe odontológica na ESF ^b [n (%)]	
Sim	42 (52,5)
Não	38 (47,5)
Motivo de procura ao serviço odontológico [n (%)]	
Rotina	49 (61,2)
Dor	31 (38,8)
Variáveis clínicas	
Biofilme dental [n (%)]	
< 15% dos sítios	19 (24,4)
≥ 15% dos sítios	59 (75,6)
Sangramento gengival [n (%)]	
< 15% dos sítios	57 (73,1)
≥ 15% dos sítios	21 (26,9)
Severidade de experiência de cárie [n (%)]	
CPOD ^c < 4	26 (32,5)
CPOD ≥ 4	54 (67,5)
Escore total de OHIP-14 ^d [média (DP) ^e]	14,3 (11,8)

^aSMB: salário mínimo brasileiro; ^bESF: Estratégia de Saúde da Família; ^cCPOD: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; ^dOHIP-14: Oral Health Impact Profile 14; ^eDP: desvio padrão.

Fonte: elaboração dos autores.

A Tabela 2 apresenta a distribuição do escore total de OHIP-14 de acordo com as características sociodemográficas, de serviço odontológico e clínicas. Indivíduos com escores totais significativamente altos ($P < 0,01$) de OHIP-14 eram mais jovens, do sexo feminino, da cor da pele não branca, com baixa renda familiar mensal e menor escolaridade. Adultos adscritos a ESFs sem eSB e que procuravam o serviço odontológico por dor dental apresentaram escores totais significativamente altos ($P < 0,01$) de OHIP-14. Além disso,

indivíduos com biofilme e sangramento gengival em 15% ou mais dos sítios e maior severidade de cárie dental tiveram altos escores totais de OHIP-14 ($P < 0,05$), quando comparados a adultos com melhores condições bucais.

Tabela 2 – Distribuição do escore total de OHIP-14 na amostra de acordo com as características sociodemográficas e de saúde bucal dos participantes (n=80)

Variáveis	OHIP-14 ^d [Média (EP)] ^e
Variáveis sociodemográficas	
Idade	
19-39 anos	17,4 (2,5)
40-54 anos	13,0 (2,0)
55-83 anos	12,4 (2,3)
Sexo	
Feminino	16,3 (1,6)
Masculino	8,8 (1,9)
Cor da pele	
Branca	12,6 (1,6)
Não branca	17,9 (2,3)
Renda familiar mensal	
≥ 1,6 SMB ^a	11 (1,7)
< 1,6 SMB	17,6 (1,9)
Escolaridade	
≥ 8 anos	12,3 (1,6)
< 8 anos	16,6 (2,1)
Variáveis de serviço odontológico	
Presença de equipe odontológica na ESF ^b	
Sim	12,2 (1,7)
Não	16,6 (2,0)
Motivo de procura ao serviço odontológico	
Rotina	10,7 (1,4)
Dor	20,0 (2,3)
Variáveis clínicas	
Biofilme dental [n (%)]	
< 15% dos sítios	11,8 (2,4)
≥ 15% dos sítios	15,2 (1,6)
Sangramento gengival [n (%)]	
< 15% dos sítios	11,9 (1,3)
≥ 15% dos sítios	21,3 (3,1)
Severidade de experiência de cárie [n (%)]	
CPOD ^c < 4	13,0 (2,2)
CPOD ≥ 4	14,9 (1,6)

^aSMB: salário mínimo brasileiro; ^bESF: Estratégia de Saúde da Família; ^cCPOD: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; ^dOHIP-14: Oral Health Impact Profile 14; ^eEP: erro padrão.

Fonte: elaboração dos autores.

A análise não ajustada entre variáveis sociodemográficas, de serviço odontológico e clínicas e o escore total de OHIP-14 é apresentada na Tabela 3. O escore total de OHIP-14 foi estatisticamente associado com idade, sexo, cor da pele, renda e escolaridade ($P < 0,01$). O escore total de OHIP-14 foi estatisticamente maior em adultos adscritos a ESFs sem eSB e cuja última visita ao serviço odontológico foi devido à dor dental ($P < 0,01$), quando comparados a adultos pertencentes a ESFs com eSB e que procuravam o ser-

viço odontológico para consultas de rotina. Piores condições bucais, incluindo altos níveis de biofilme e sangramento dental e maior severidade de cárie dental, também foram associadas com piores escores totais de OHIP-14.

Tabela 3 – Análise não ajustada entre variáveis sociodemográficas, de serviço odontológico e de saúde bucal e escore total de OHIP-14

Variáveis	RR ^d (IC 95%) ^e	Valor de P
Variáveis sociodemográficas		
Idade		<0,01
19-39 anos	1	
40-54 anos	0,75 (0,65-0,86)	
55-83 anos	0,71 (0,62-0,82)	
Sexo		<0,01
Feminino	1	
Masculino	0,54 (0,46-0,63)	
Cor da pele		<0,01
Branca	1	
Não branca	1,43 (1,27-1,61)	
Renda familiar mensal		<0,01
≥ 1,6 SMB ^a	1	
< 1,6 SMB	1,60 (1,42-1,80)	
Escolaridade		<0,01
≥ 8 anos	1	
< 8 anos	1,35 (1,20-1,51)	
Variáveis de serviço odontológico		
Presença de equipe odontológica na ESF ^b		<0,01
Sim	1	
Não	1,35 (1,21-1,53)	
Motivo de procura ao serviço odontológico		<0,01
Rotina	1	
Dor	1,86 (1,66-2,09)	
Variáveis clínicas		
Biofilme dental		0,01
< 15% dos sítios	1	
≥ 15% dos sítios	1,29 (1,11-1,49)	
Sangramento gengival		<0,01
< 15% dos sítios	1	
≥ 15% dos sítios	1,80 (1,60-2,03)	
Severidade de experiência de cárie		0,04
CPOD ^c < 4	1	
CPOD ≥ 4	1,14 (1,01-1,30)	

^aSMB: salário mínimo brasileiro; ^bESF: Estratégia de Saúde da Família; ^cCPOD: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; ^dRR: razão de média; ^eIC 95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: elaboração dos autores.

Modelos de regressão ajustados são apresentados na Tabela 4. No modelo 1, idade, sexo, cor da pele, renda familiar e escolaridade foram associados com altos escores totais de OHIP-14. Variáveis de serviço odontológico foram inseridas no modelo 2. Neste modelo, presença de eSB e procura ao serviço odontológico por dor dental foram associadas a altos escores totais de OHIP-14. Variáveis clínicas foram inseridas no modelo

3. Neste modelo final, o escore total de OHIP-14 foi significativamente associado ao sangramen-

to gengival em 15% ou mais dos sítios e a uma maior severidade de cárie dental.

Tabela 4 – Análise ajustada entre variáveis sociodemográficas, de serviço odontológico de saúde bucal e escore total de OHIP-14

Variáveis	Modelo 1 ^f RR ^d (IC 95%) ^e	Modelo 2 ^g RR (IC 95%)	Modelo 3 ^h RR (IC 95%)
Variáveis sociodemográficas			
Idade			
19-39 anos	1	1	1
40-54 anos	0,90 (0,78-1,05)	0,90 (0,78-1,05)	0,90 (0,78-1,05)
55-83 anos	0,80 (0,69-0,93)	0,80 (0,69-0,93)	0,80 (0,69-0,93)
Sexo			
Feminino	1	1	1
Masculino	0,56 (0,48-0,66)	0,56 (0,48-0,66)	0,56 (0,48-0,66)
Cor da pele			
Branca	1	1	1
Não branca	1,29 (1,15-1,46)	1,29 (1,15-1,46)	1,29 (1,15-1,46)
Renda familiar mensal			
≥ 1,6 SMB ^a	1	1	1
< 1,6 SMB	1,41 (1,24-1,61)	1,41 (1,24-1,61)	1,41 (1,24-1,61)
Escolaridade			
≥ 8 anos	1,37 (1,21-1,54)	1,37 (1,21-1,54)	1,37 (1,21-1,54)
< 8 anos			
Variáveis de serviço odontológico			
Presença de equipe odontológica na ESF ^b			
Sim		1	1
Não		1,21 (1,07-1,36)	1,21 (1,07-1,36)
Motivo de procura ao serviço odontológico			
Rotina		1	1
Dor		1,45 (1,27-1,64)	1,45 (1,27-1,64)
Variáveis clínicas			
Biofilme dental			
< 15% dos sítios			
≥ 15% dos sítios			
Sangramento gengival			
< 15% dos sítios			1
≥ 15% dos sítios			1,56 (1,37-1,77)
Severidade de experiência de cárie			
CPOD ^c < 4			1
CPOD ≥ 4			1,34 (1,17-1,54)

^aSMB: salário mínimo brasileiro (equivalente a R\$1.045,00); ^bESF: Estratégia de Saúde da Família; ^cCPOD: Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; ^dRR: razão de média; ^eIC 95%: Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: elaboração dos autores.

Discussão

Os achados da pesquisa revelaram que a presença de eSB na ESF influenciou positivamente a QVRSB de adultos. Além disso, adultos jovens, mulheres, cor da pele (não branca), menor renda e escolaridade, procura ao serviço odontológico por dor dental, sangramento gengival e cárie dental estão associados a uma pior QVRSB.

A inclusão da eSB na ESF ocorreu como uma medida para reorganizar as práticas de atenção à saúde bucal, ampliando o acesso às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde³. Em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal foi aprovada com o intuito de estimular a implantação das eSB e promover uma ruptura do mo-

delo odontológico curativo para uma abordagem de promoção de saúde, aumentando a equidade no acesso aos cuidados odontológicos de todos os grupos etários²¹. Desse modo, a atenção em saúde bucal estabelece uma equipe de trabalho que se relaciona com os usuários e que participa da gestão dos serviços, atendendo as demandas da população e ampliando o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal²¹.

O fraco desempenho da eSB nos estudos prévios pode estar relacionado ao tempo de implementação das ESFs e/ou à falha na reorientação do processo de trabalho e da atuação da saúde bucal no âmbito dos serviços de saúde, demonstrando que o modelo de atenção à saúde ainda

é predominantemente curativo¹². Os achados, entretanto, demonstraram que a presença de eSB influenciou positivamente a QVRSB de adultos. O efeito positivo da eSB na QVRSB pode estar relacionado à integralidade no cuidado, que é um dos princípios da ESF, permitindo aos usuários o reconhecimento das suas necessidades de saúde de forma integral, com ênfase em bem-estar geral e qualidade de vida².

Recentemente, um estudo longitudinal avaliou o impacto da ESF na QVRSB de crianças de 4 a 5 anos de idade durante 2 anos²². Os achados desse estudo demonstraram que crianças não cobertas pela ESF desde o primeiro ano de vida tiveram um impacto negativo na QVRB ao longo do tempo²². Contudo, os autores não avaliaram a presença da eSB e o seu impacto na qualidade de vida das crianças.

Os achados deste estudo revelaram que adultos jovens e mulheres possuem uma pior QVSRB. Adultos jovens podem ser mais propensos a relatar impactos negativos na sua qualidade de vida devido a uma menor capacidade de enfrentamento (“*coping*”) de sua condição bucal. Em relação ao sexo, as mulheres demonstram ser mais preocupadas com a sua saúde, incluindo a saúde bucal, quando comparadas aos homens e, portanto, tendem a reportar um maior impacto das condições bucais na QVRSB^{16,23}. Os homens, por sua vez, costumam relatar impactos negativos apenas quando a condição já se apresenta bastante avançada, com alteração física e dor²⁴.

Um menor nível socioeconômico, através de menor renda e menor nível de escolaridade, também foi associado a uma pior QVRSB de adultos adscritos às ESFs. As principais explicações teóricas sobre efeito de fatores socioeconômicos na saúde são as vias materialista e psicossocial²⁰. De acordo com a via materialista, indivíduos com menor nível socioeconômico têm menos acesso a recursos materiais, como serviços de saúde e, conseqüentemente, são comumente mais expostos a fatores de risco e tendem a apresentar piores condições bucais, quando comparados a indivíduos com maior nível socioeconômico²⁵.

Nesse contexto, menores níveis de renda e escolaridade podem levar a iniquidades em saúde bucal através da exposição diferencial de recur-

sos econômicos, como menor acesso e visita regular ao serviço odontológico e escassos recursos de higiene bucal, levando a uma pior condição bucal e, em consequência, uma pior QVRSB^{16,20}. A via psicossocial, por sua vez, determina que uma pior condição socioeconômica pode levar a altos níveis de estresse psicossocial e baixo suporte social, refletindo em piores desfechos de saúde^{16,25}.

Desse modo, renda e educação também podem refletir um conjunto de recursos não econômicos²⁰. Indivíduos que vivenciam condições desiguais de vida, através de renda e escolaridade menores, podem atribuir um significado social e emocional negativo sobre sua posição econômica, levando à prática de hábitos não saudáveis e a um pior comportamento de enfrentamento em relação aos problemas de saúde, o que também reflete em menores procura ao serviço odontológico e participação na tomada de decisão sobre sua saúde^{16,20}.

Este estudo revelou que indivíduos da cor de pele não branca apresentaram uma pior QVRSB, quando comparados aos seus pares. A cor da pele também tem sido considerada um *proxy* para avaliar o nível socioeconômico, visto que indivíduos da cor da pele não branca costumam pertencer a grupos socialmente desfavorecidos na sociedade e, conseqüentemente, tendem a apresentar um pior nível socioeconômico²⁵. Nesse sentido, indivíduos não brancos tendem a apresentar uma pior QVRSB através das explicações geradas pelas vias materialista e psicossocial.

Em relação às variáveis de serviço odontológico, a procura de serviço odontológico com motivo de dor foi associada uma maior média do escore total de OHIP-14. Em concordância com esse achado, estudos prévios em crianças e adolescentes demonstraram que indivíduos que visitaram o dentista por dor dental, aqueles que tinham cárie dental severa e má oclusão tiveram uma pior QVRSB^{16,26}. A dor dental influencia as atividades diárias, como fala, alimentação, limpeza dos dentes, vias de sono, entre outros²⁶. Conseqüentemente, a dor é capaz de afetar as interações sociais e o bem-estar psicossocial¹⁶.

Medidas clínicas de saúde bucal também foram associadas com a QVRSB de adultos. Indivíduos com maior extensão de sangramento gengi-

val e maior severidade de cárie dental apresentaram pior QVRSB. O sangramento gengival pode afetar a QVRSB através de interações sociais negativas e insatisfação com a autoimagem²³. Além disso, níveis extensos de gengivite contribuem para a ocorrência de sangramento durante procedimentos de higiene bucal, o que pode influenciar para uma pior percepção de saúde bucal e, conseqüentemente, um relato de pior QVRSB. Ainda, adultos com cárie dental severa podem ter sido mais expostos a episódios de dor e de dificuldade mastigatória, refletindo em uma pior QVRSB¹⁶.

Este estudo apresentou algumas limitações. O tamanho amostral estimado não foi atingido devido à pandemia de Covid-19 e, conseqüentemente, à suspensão da coleta de dados nas ESFs. Contudo, o estudo obteve um poder de 60% em detectar as diferenças de médias do OHIP-14 e os achados são semelhantes aos resultados de outro estudo que avaliou a influência da ESF na QVRSB em outra população²². Além disso, este estudo não avaliou os atributos das ESFs, seu tempo de implementação e o período em que o adulto está cadastrado. Desse modo, não é possível avaliar se as abordagens das ESFs estão de acordo com os guias de promoção de saúde na Atenção Primária e se o indivíduo está exposto ao efeito dessas unidades por um período suficiente. Entretanto, este é o primeiro estudo que avaliou a influência da eSB em uma medida de saúde bucal. A maioria dos estudos que avaliaram os efeitos da ESF concentraram seus achados no processo de trabalho da equipe de saúde e em aspectos teóricos da ESF. A investigação do efeito da ESF em medidas subjetivas, como a QVRSB, é importante para o complemento da avaliação de medidas clínicas tradicionais e para o planejamento de medidas de saúde pública que visem qualificar o serviço de saúde.

Conclusão

O presente estudo suporta a hipótese de que a presença de eSB na ESF influencia positivamente a QVRSB de adultos. A inclusão da eSB na ESF deve promover uma ruptura do modelo odontológico curativo, para buscar uma abordagem de promoção de saúde, aumentando a equidade no

acesso aos serviços odontológicos. Portanto, a avaliação da influência dessa equipe na QVRSB é essencial para complementação de indicadores clínicos, planejamento adequado de políticas de saúde pública com priorização de serviços, bem como avaliação do efeito de estratégia de saúde bucal.

Abstract

Objective: to assess the influence of dental health team (DHT) on the oral health-related quality of life (OHRQoL) of adults. Methods: the sample of this cross-sectional study consisted of adults enrolled in the Family Health Strategy (FHS) in Santa Maria, RS. Sociodemographic variables such as age, sex, skin color, family income and education level were assessed using a semi-structured questionnaire. Dental service variables were measured through the reason for attending for the service and the presence of DHT, evaluated from the official data of the municipality. Dental biofilm, gingival bleeding and dental caries were collected through clinical dental examination. The outcome was OHRQoL, measured by the OHIP-14 questionnaire. Models were built using Poisson regression to assess the association between the presence of DHT and OHRQoL. On total, 80 adults enrolled in four FHS (two with DHT) were included. The absence of DHT negatively influenced the OHRQoL of adults [mean ratio: 1.21; 95% confidence interval: 1.07-1.36]. In addition, age, non-white skin color, lower family income, less education, attending dental care due to dental pain and poorer oral health were associated with worse OHRQoL ($P < 0.05$). Conclusion: individuals without access to DHT had a worse OHRQoL. Health promotion strategies should include expanding access to FHS, increasing equity in access to dental care.

Keywords: dental health service; primary health care; oral health; observational study.

Referências

1. Ely HC, Abegg C, Celeste RK, Patussi MP. Impact of oral health teams of the Family Health Strategy on the oral health of adolescents in the south of Brazil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1607-16.
2. Brasil. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 22 set. 2017, seção 1, p. 68.*

3. Brasil. Portaria n. 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 01 jun. 2017, seção 103, p. 42.
4. Ministério da Saúde. Histórico de cobertura: cobertura de saúde bucal. Brasília, DF: Informação e Gestão da Atenção Básica [online]; 2021. [citado 2022 maio 31]. Disponível em URL: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaSB.xhtml>.
5. Dalazen CE, De-Carli AD, Moyses SJ. Oral Health in the Family Health Strategy: analysis of articles published in the period 2004-2014. *Cien Saude Colet* 2018; 23(1):325-38.
6. Baldani MH, Rocha JS, Fadel CB, Nascimento AC, Antunes JLF, Moyses SJ. Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. *Cad Saude Publica* [periódico online] 2017 [citado 2022 maio 31]; 33(11). Disponível em URL: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xh7y3T9Q6sjcSGBtTpwrVVS/?format=pdf&lang=en>.
7. Pereira CRS, Patrício AAR, Araújo FAC, Lucena EES, De Lima KC, Roncalli AG. Inclusion of oral health teams in the Family Health Program and its impact on the use of dental services. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):985-96.
8. Nascimento AC, Moyses ST, Bisinelli JC, Moyses SJ. Assessing the role of appropriate primary health care on the use of dental services by Brazilian low-income preschool children. *Cad Saude Publica* [periódico online] 2009 [citado 2022 maio 31]; 43(3). Disponível em URL: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xh7y3T9Q6sjcSGBtTpwrVVS/?lang=en>.
9. Da Silva SF, Martelli JDL, De Sá A, De Cabral AP, Pimental FC, Monteiro IDS, *et al.* Análise do avanço das equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco, região Nordeste, Brasil, 2002 a 2005. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(1):211-20.
10. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: evidence from Brazil's Family Health Program. *Health Econ* 2010; (19):126-58.
11. Carvalho JC, Rebelo MAB, Vettore MV. Dental pain in the previous 3 months in adolescents and Family Health Strategy: the comparison between two Areas with different to oral health care approaches. *Cien Saude Colet* 2011; 16(10):4107-14.
12. Pereira CRS, Roncalli AG, Cangussu MCT, Noro LRA, Patrício AAR, Lima KC. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde bucal: análise em municípios do Nordeste brasileiro com mais de 100 mil habitantes. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):449-62.
13. Sicho L, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res* 2011; 90(11):1264-70.
14. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Resultados da Amostra - Trabalho e Rendimento Rio de Janeiro, RJ: Estatísticas [online]; 2010. [citado 2022 maio 31]. Disponível em URL: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1382&o=7&i=p>.
15. World Health Organization. Oral health surveys: basic Methods. 5. ed. Geneva: World Health Organization; 2013.
16. Sfreddo CS, Moreira CHC, Nicolau B, Ortiz FR, Ardenghi TM. Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents: a cohort study. *Qual Life Res* 2019; 28(9):2491-500.
17. Ainamo J, Bay I. Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. *Int Dent J* 1975; 25(4):229-35.
18. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21 st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(1):3-23.
19. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(4):307-14.
20. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. London: UCL; 2010.
21. Pucca GAJ, Gabriel M, De Araújo ME, Almeida FCS. Ten Years of a National Oral Health Policy in Brazil: Innovation, Boldness, and Numerous Challenges. *J Dent Res* 2015; 94(10):1333.
22. Moraes RB, Sfreddo CS, Ardenghi TM. Impact of the Brazilian Family Health Strategy on child oral health-related quality of life: a cohort study. *Braz Oral Res* 2021; 35:e093.
23. Tomazoni F, Zanatta FB, Tuchtenhagen S, da Rosa GN, Del Fabro JP, Ardenghi TM. Association of Gingivitis with Children Oral Health Related Quality of Life (COHRQoL). *J Periodontol* 2014; 85(11):1557-65.
24. Borrell C, Arazcoz L. Inequalities gender o health: challenges for the future. *Rev Esp Salud Publica* 2008; 82(3):245-9.
25. Sfreddo CS, Moreira CHC, Celeste RK, Nicolau B, Ardenghi TM. Pathways of socioeconomic inequalities in gingival bleeding among adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2018; 47(2):177-84.
26. Ortiz FR, Tomazoni F, Oliveira MDM, Piovesan C, Mendes F, Ardenghi TM. Toothache, associated factors, and its impact on oral health-related quality of life (OHRQoL) in preschool children. *Braz Dent J* 2014; 25(6):546-53.

Endereço para correspondência:

Camila Silveira Sfreddo
 Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas
 Rua Gonçalves Chaves, 457
 CEP 96015-560 – Pelotas, RS, Brasil
 E-mail: camilassfreddo@gmail.com

Recebido: 15/01/2021. Aceito: 20/02/2021.