

# Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática

Marilisa Carneiro Leão Gabardo,<sup>1</sup> Simone Tetu Moysés<sup>1</sup>  
e Samuel Jorge Moysés<sup>1</sup>

## Como citar

Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(6):439-45.

## RESUMO

**Objetivo.** Avaliar sistematicamente a literatura a fim de identificar a existência de associação entre fatores sociais, demográficos, econômicos, psicossociais e comportamentais e a autopercepção da condição de saúde bucal aferida pelo Oral Health Impact Profile (OHIP).

**Métodos.** Nesta revisão sistemática da literatura, foram adaptados os critérios de qualidade Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA), sem metanálise, mas como proposta principal de uma metassummarização qualitativa. Foram selecionados artigos sobre saúde bucal e fatores associados com implicações na qualidade de vida, com foco no instrumento para análise da autopercepção do processo saúde-doença bucal, o OHIP. As bases acessadas foram a PubMed/National Library of Medicine (NLM) e a Biblioteca Virtual em Saúde, BVS/BIREME. Foram incluídas publicações compreendendo o período de 2001 a 2011 com o uso de descritores padronizados (Medical Subject Headings, MeSH): oral health, quality of life, sickness impact profile e socioeconomic factors.

**Resultados.** Dos 57 artigos localizados, 20 foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão adotados. A metassummarização permitiu identificar que a pior autopercepção da saúde bucal foi associada a fatores sociais, econômicos, demográficos, psicossociais e comportamentais desfavoráveis, bem como a condições clínicas bucais ruins.

**Conclusões.** Houve concordância na literatura sobre as influências dos fatores pesquisados na autopercepção em saúde bucal e na qualidade de vida, sendo o OHIP um importante auxiliar no esclarecimento de necessidades em saúde bucal e na elaboração de estratégias para controle/redução de doenças e promoção da saúde bucal, com impacto positivo na qualidade de vida.

## Palavras-chave

Autopercepção; qualidade de vida; saúde bucal; perfil de impacto da doença; fatores socioeconômicos.

A relação entre determinantes sociais desfavoráveis e a manifestação de piores condições de saúde bucal é um tema relevante para a investigação científica. Problemas bucais como a cárie e a doença periodontal têm sido associados

a indicadores de iniquidades, como, por exemplo, baixa renda e baixa escolaridade, entre outros (1-3).

Da mesma forma, na atualidade, a associação entre o conceito de qualidade de vida e aspectos gerais de saúde, incluindo a saúde bucal (4, 5), tem sido amplamente discutida. Essa associação tem papel fundamental na percepção das pessoas, demarcando uma questão

subjetiva relacionada à autoimagem, à apreensão de necessidades e à busca por cuidados odontológicos (6). A literatura tem registrado, inclusive, a existência de uma dissonância entre a necessidade de tratamento expressa pelo cirurgião-dentista e aquela referida pelo paciente (7). Além disso, há evidências de que a autopercepção negativa da saúde guarda relação com indicadores

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Saúde e Biociências, Curitiba (PR), Brasil. Correspondência: Marilisa Carneiro Leão Gabardo, marilisagabardo@e-odonto.com

de iniquidades sociais, evidenciando a ação deletéria dos determinantes sociais de saúde (8, 9).

A comunidade científica especializada, ao compreender criticamente essa questão, tem procurado criar e validar instrumentos que avaliam o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos, denominados comumente na literatura pela expressão “indicadores sociodentais” (10). Entre esses indicadores destaca-se, por seu amplo uso, o Perfil de Impacto da Saúde Bucal, ou *Oral Health Impact Profile* (OHIP) (11).

O OHIP considera as consequências sociais dos problemas bucais de acordo com a percepção dos próprios indivíduos afetados. Em sua versão original, é composto por 49 questões (11). Em 1997, uma versão abreviada do OHIP foi criada, o OHIP-14, contendo 14 questões (12). O instrumento contempla sete dimensões do impacto a ser medido: limitação funcional, dor física, desconforto psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e deficiência. As respostas são dadas de acordo com uma escala codificada como: 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre. Quanto mais alto o valor atribuído pelo respondente, pior é a autopercepção do impacto (11).

Diferentes métodos já foram propostos para analisar as respostas obtidas. No método da adição, os escores numéricos de todas as respostas são somados, independentemente da frequência de cada tipo de escore (ou seja, não importa o número de respostas com escore baixo, que indica pouco impacto, ou alto, que indica grande impacto). Quanto mais alto for o valor resultante da soma, pior é o impacto da condição autorrelatada (13). Esse procedimento permite uma avaliação em termos de severidade (14). No método da simples contagem, é computado, para cada respondente, o número de vezes em que aparecem os códigos 3 ou 4 (“frequentemente” e “sempre”, respectivamente) (13). Isso reflete o número dos impactos funcionais e psicossociais mais graves, experimentados em um período regular. A simples contagem é indicada quando se deseja definir a extensão do problema (14). A fim de verificar se os impactos são crônicos ou apenas transitórios, a análise pode focar o que se denomina de “casos”, ou seja, os itens classificados como “frequentemente” ou

“sempre” por determinados grupos (14, 15). Ainda há o método da atribuição de pesos, no qual os códigos das respostas são multiplicados pelos pesos das mesmas e a seguir são somados, gerando um valor ponderado (13). Contudo, há sugestão, na literatura, de que o uso de valores não ponderados não piora o desempenho do OHIP (13).

Existem também adaptações do instrumento para populações específicas (16–19). A aplicabilidade do OHIP é ampla e tem sido demonstrada em distintas culturas e diferentes países, na busca por uma eventual associação com fatores sociais, econômicos, demográficos e comportamentais (6, 16–34).

Nesse sentido, esta revisão sistemática teve como objetivo produzir uma metassumariação qualitativa, descrevendo os principais resultados obtidos em pesquisas publicadas entre os anos de 2001 e 2011 a fim de identificar a existência de associação entre fatores sociais, demográficos, econômicos, psicossociais e comportamentais e a autopercepção da

condição de saúde bucal aferida pelo OHIP.

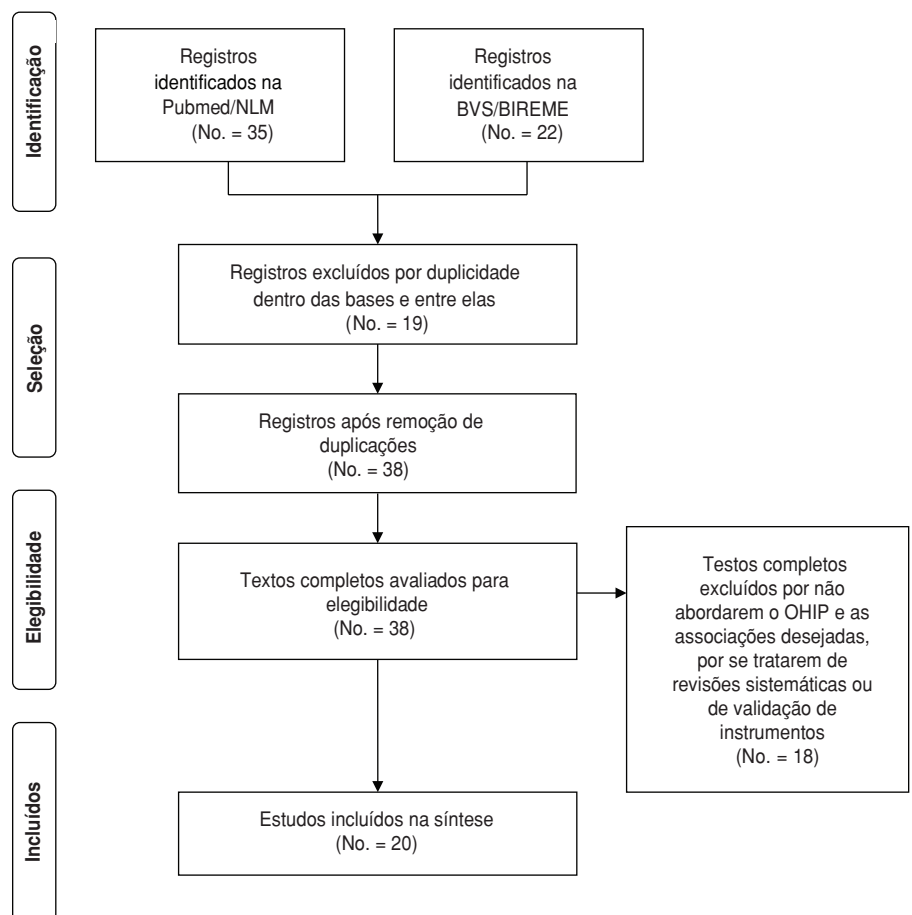
## MATERIAIS E MÉTODOS

A presente revisão sistemática, com vistas à produção de uma metassumariação qualitativa (35), adaptou as recomendações propostas no guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, o PRISMA (36). O diagrama da seleção dos artigos que compõem esta revisão sistemática se encontra na figura 1.

### Crterios de inclusão e fontes de informação

Dois critérios iniciais de inclusão foram adotados para a seleção de artigos: publicação entre janeiro de 2001 e dezembro de 2011; e incluir amostras compostas por indivíduos adultos, com idade igual ou superior a 18 anos. Não foi feita restrição quanto ao idioma dos artigos.

FIGURA 1. Diagrama da seleção de artigos para revisão sistemática



Foram lidos e sumarizados textos que abordassem a associação entre a auto-percepção em saúde bucal medida pelo OHIP e os seguintes fatores: condições de saúde geral; condições clínicas bucais, como uso de próteses, presença de cárie e de doença periodontal; condições socioeconômicas, como renda e escolaridade; fatores sociodemográficos, como gênero, idade e etnia; fatores psicossociais, como suporte social; e fatores comportamentais, como uso de cigarro, de bebida alcoólica ou de outras drogas, além de comportamentos específicos, como hábito de higiene bucal.

As bases de publicações eletrônicas consultadas foram a *National Library of Medicine* (NLM), que utiliza a interface PubMed, e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), que inclui LILACS, IBECs, Medline, Biblioteca Cochrane e SciELO.

**Estratégia de busca**

A estratégia de busca de artigos nas bases citadas utilizou os seguintes descritores padronizados (apenas em inglês): *oral health, quality of life, sickness impact profile e socioeconomic factors*. Esses termos são *Medical Subject Headings* (MeSH, <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>). Utilizou-se a expressão booleana “AND” a fim de serem localizados os registros onde ocorressem simultaneamente os descritores referidos.

**Seleção dos estudos**

A primeira etapa foi a de identificação dos estudos. Para fins de seleção, foram descartadas as publicações em duplicidade por meio da leitura dos títulos das

mesmas. Para a elegibilidade, os textos foram lidos na íntegra. Foram excluídos relatos nos quais o instrumento OHIP e os fatores associados não foram citados, revisões narrativas de literatura e estudos de validação de instrumentos.

**Processo de extração dos dados**

Os textos foram lidos e resumidos, observando-se aspectos de autoria, ano da publicação, características amostrais e detalhes dos métodos, com particular atenção ao instrumento de pesquisa utilizado (OHIP) e ao tipo de análise dos resultados.

**RESULTADOS**

Foram identificados 57 trabalhos nas bases. Após a exclusão dos artigos em duplicidade, mantiveram-se 38 estudos. Desses, na etapa da elegibilidade foram excluídos 18 textos, o que resultou em uma amostra final de 20 artigos (figura 1).

Todas as publicações incluídas nesta revisão tiveram desenho transversal. O método de trabalho com o OHIP foi o da adição em 16 pesquisas (80%). Em 12 estudos (60%) o método de análise estatística foi a regressão, com abordagens diversificadas. Os testes paramétricos ou não-paramétricos estiveram presentes em sete (35%) pesquisas (tabela 1).

Os estudos apontam a aplicação do OHIP em países de todos os continentes (tabela 2). Houve grande variação quanto ao tamanho das amostras: a menor continha 47 sujeitos e a maior, 551. Somente um estudo (6) não descreveu o número exato de participantes, tendo mencionado apenas que a análise foi baseada em conjuntos de dados obtidos

junto aos sujeitos da pesquisa (tabela 2). Em 15 estudos houve maior participação de mulheres. A média da faixa etária, considerando-se somente as pesquisas que indicaram esse dado, foi de 50,6 anos. Quanto ao instrumento utilizado na avaliação do impacto, a versão original do OHIP, o OHIP-49, foi empregada em três estudos (15%). Em quatro estudos (20%) versões adaptadas do instrumento foram encontradas: o OHIP-J, o NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey*)-OHIP e o OHIP-20. Em 13 (65%) pesquisas o OHIP-14 foi utilizado (tabela 2).

Na tabela 3 são apresentadas as associações entre os fatores considerados desfavoráveis e os piores autorrelatos da condição de saúde bucal aferidos pelo OHIP, independentemente da forma de análise empregada.

**DISCUSSÃO**

No presente artigo foram analisados estudos que empregaram o OHIP como instrumento de aferição do impacto da saúde bucal, em suas diferentes formas, a fim de verificar sua eventual associação com outros fatores. Para tanto, foram pesquisados artigos que tratavam da temática da saúde bucal relacionada à qualidade de vida. A forma abreviada desse instrumento, o OHIP-14, é frequentemente citada como tendo maior simplicidade de aplicação, contrariamente à sua forma original, composta por 49 questões, que despense muito tempo. Portanto, esse formato longo tem sido menos indicado (12). Essa pode ser a justificativa para a utilização majoritária da versão curta nos estudos revisados (22-34).

O OHIP teve sua aplicabilidade demonstrada e sua validade testada em diversos países e culturas (6, 16-34). Exemplos de adaptação do instrumento são o OHIP-J, uma versão japonesa do OHIP original, na qual são acrescentadas cinco questões específicas para aquela população (16, 17). O NHANES-OHIP é uma versão composta por sete questões, cuja aplicação se deu em uma pesquisa com indivíduos dos Estados Unidos e da Austrália (18). Já o OHIP-20 se destina à aplicação em edêntulos (19).

O método da adição foi utilizado na maioria dos estudos para obter os escores relativos às respostas dadas pelos participantes (6, 16-20, 22, 24-28, 30-33). Esse modo de composição do dado é

**TABELA 1. Distribuição das características metodológicas dos estudos sobre auto percepção de saúde bucal aferida pelo Oral Health Impact Profile, 2001 a 2011**

| Característica   | No. | %   |
|--|-----|-----|
| Desenho do estudo (número da referência)                               |     |     |
| Transversal (6, 16-34)   | 20  | 100 |
| Não descrito   | —   | —   |
| Método de trabalho com o Oral Health Impact Profile                    |     |     |
| Adição (6, 16 <sup>a</sup> -20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30-33)         | 16  | 80  |
| Simples contagem (14, 16)  | 2   | 10  |
| Nenhuma transformação da variável (21, 23, 29, 34)                     | 4   | 20  |
| Análise estatística dos dados  |     |     |
| Distribuição de frequências (18, 21, 22 <sup>a</sup> )                 | 3   | 15  |
| Testes de regressão (6, 16, 17, 19, 22-27, 31, 34)                     | 12  | 60  |
| Testes paramétricos/não-paramétricos (20, 23 <sup>a</sup> , 28-30, 33) | 7   | 35  |
| Não descrita   | —   | —   |

<sup>a</sup> Estudos presentes em mais de uma categoria.

**TABELA 2. Estudos sobre fatores associados à auto percepção de saúde bucal aferida pelo *Oral Health Impact Profile* com impacto na qualidade de vida identificados nas bases pesquisadas, de 2001 a 2011**

| Estudo                       | País              | Tamanho da amostra               | Prevalência dos gêneros (%) (masculino/feminino) | Instrumento subjetivo | Média da idade             | Fatores associados  |
|------------------------------|-------------------|----------------------------------|--|-----------------------|----------------------------|---|
| McMillan et al. 2003 (20)    | China             | 586                              | 34,5/65,5  | OHIP-49               | Não descrita               | Condição econômica, condição de saúde bucal   |
| Biazevic et al. 2004 (21)    | Brasil            | 183                              | 18/82  | OHIP-49               | Não descrita               | Condição econômica, escolaridade  |
| Ikebe et al. 2004 (16)       | Japão             | 1 244                            | 59,4/40,6  | OHIP-J                | 67,1                       | Gênero, idade, escolaridade, condição econômica, condição de saúde geral e bucal                                |
| Brennan et al. 2006 (22)     | Austrália         | 986                              | 48,8/51,2  | OHIP-14               | Não descrita               | Condição de saúde bucal, condição econômica, visita ao dentista   |
| Figueiredo et al. 2006 (23)  | Brasil            | 922                              | 42,8/57,2  | OHIP-14               | Não descrita               | Condição de saúde bucal, condição econômica, idade, escolaridade  |
| Mason et al. 2006 (24)       | Reino Unido       | 305                              | 47,2/52,8  | OHIP-14               | 50                         | Condição de saúde bucal, condição econômica   |
| Ikebe et al. 2007 (25)       | Japão             | 287                              | 58,5/41,5  | OHIP-14               | 66,1                       | Condição de saúde bucal, condição econômica   |
| Walter et al. 2007 (6)       | Canadá            | Não descrito                     | Maior do feminino (sem descrição da frequência)  | OHIP-49               | Não descrita               | Escolaridade, idade, gênero, visita ao dentista, condição de saúde bucal  |
| Baba et al. 2008 (17)        | Japão             | 115                              | 29/71  | OHIP-J                | 58,5                       | Escolaridade, idade, condição de saúde bucal  |
| Lahti et al. 2008 (26)       | Finlândia         | 5 987                            | 47/53  | OHIP-14               | Não descrita               | Gênero, idade, escolaridade, condição de saúde bucal  |
| Mulligan et al. 2008 (27)    | EUA               | 689                              | Apenas feminino                                  | OHIP-14               | 38,6                       | Idade, etnia, renda, uso de cigarro, álcool e outras drogas, condições de saúde geral e bucal                   |
| Guzeldemir et al. 2009 (28)  | Turquia           | 47                               | 51,1/48,9  | OHIP-14               | 46,3                       | Gênero, idade, escolaridade, renda, uso de cigarro, hábitos de higiene bucal, condições de saúde geral e bucal  |
| Mesquita e Vieira 2009 (29)  | Brasil            | 653                              | 9,2/90,8   | OHIP-14               | Não descrita               | Idade, condição econômica, escolaridade, condição de saúde bucal, visita ao dentista e hábitos de higiene bucal |
| Sampogna et al. 2009 (30)    | Suécia            | 444                              | 45,7/54,3  | OHIP-14               | 43,3                       | Gênero, idade, escolaridade, condição de saúde bucal  |
| Sanders et al. 2009 (18)     | EUA/<br>Austrália | 4 907 (EUA)<br>2 644 (Austrália) | Maior do feminino (sem descrição da frequência)  | NHANES-OHIP           | 43 (EUA)<br>44 (Austrália) | Gênero, idade, etnia, renda, condição de saúde bucal  |
| Bernabé e Marcenes 2010 (31) | Inglaterra        | 3 122                            | 50/50  | OHIP-14               | 41,1                       | Gênero, idade, escolaridade, renda, condição de saúde bucal   |
| Emami et al. 2010 (19)       | Canadá            | 173                              | 46,2/53,8  | OHIP-20               | 72,1                       | Gênero, idade, escolaridade, condição econômica, condição psicossocial, condição de saúde bucal                 |
| Bandéca et al. 2011 (32)     | Brasil            | 100                              | Superior a 70% feminino                          | OHIP-14               | 40,7                       | Gênero, idade, escolaridade, condição de saúde bucal  |
| Locker e Quiñonez 2011 (33)  | Canadá            | 2 019                            | 48,2/51,8  | OHIP-14               | 47,4                       | Gênero, idade, renda  |
| Nguyen et al. 2011 (34)      | Vietnã            | 2 805                            | Maior do feminino (sem descrição da frequência)  | OHIP-14               | Não descrita               | Gênero, idade, condição econômica, condição de saúde bucal  |

defendido por Allen e Locker (13) e permite a aferição da severidade do impacto. Não obstante, críticas a esse método também são necessárias, na medida em que é gerado um único valor frente à variedade na distribuição das respostas obtidas dos respondentes e suas respectivas frequências. Entretanto, outras estratégias para minimizar possíveis vie-

ses relacionados à obtenção de um único valor, como por exemplo, a atribuição de pesos às respostas, parecem não melhorar substancialmente o desempenho do OHIP (13).

Quanto à associação positiva constatada entre os piores indicadores pesquisados e o pior autorrelato da condição de saúde bucal, fica evidente a influência de

fatores micro e macrodimensionais, com repercussões na qualidade de vida das pessoas (6, 16–34). A posição ocupada pelos indivíduos no seu meio social e ambiental, com base na condição de vida experimentada, pode favorecer a maior exposição a fatores de risco ou de proteção — um fenômeno que os epidemiologistas teorizam como a produção



**TABELA 3. Associação entre os fatores pesquisados e a autopercepção de saúde bucal relacionada conforme o Oral Health Impact Profile nos estudos revisados, de 2001 a 2011**

| Fator                                     | No. <sup>a</sup> | Associação (estudos)   | Frequência da associação No. (%) |
|---|------------------|--|----------------------------------|
| Condição econômica/renda                  | 16               | Positiva (6, 16, 20–25, 28, 29, 34)                                      | 11 (68,7)                        |
|   |                  | Sem associação/perda da associação (16 <sup>b</sup> , 19, 27, 31)        | 4 (25)                           |
|   |                  | Não descrita (18)  | 1 (6,3)                          |
| Idade                                     | 15               | Positiva (18, 23, 26, 29, 30, 32, 34)                                    | 7 (46,7)                         |
|   |                  | Sem associação/perda da associação (6, 16 <sup>b</sup> , 19, 25, 31)     | 5 (33,3)                         |
|   |                  | Não descrita (17, 27, 33)  | 3 (20)                           |
| Escolaridade                              | 13               | Positiva (16 <sup>b</sup> , 17, 21, 23, 26, 28–30, 32)                   | 9 (69,2)                         |
|   |                  | Sem associação/perda da associação (6, 16 <sup>b</sup> , 19, 31)         | 3 (23,1)                         |
|   |                  | Não descrita (18)  | 1 (7,7)                          |
| Gênero                                    | 10               | Positiva (18, 34)  | 1 (10)                           |
|   |                  | Sem associação/perda da associação (6, 16 <sup>b</sup> , 25, 26, 31, 19) | 6 (60)                           |
|   |                  | Não descrita (18, 28, 33)  | 3 (30)                           |
| Etnia/Raça                                | 2                | Positiva (18, 27)  | 2 (100)                          |
| Condição de saúde bucal                   | 17               | Positiva (6, 16 <sup>b</sup> , 17–19, 22, 24, 27–34)                     | 16 (94,1)                        |
|   |                  | Sem associação/perda da associação (18)                                  | 1 (5,9)                          |
| Condição de saúde geral                   | 3                | Positiva (16 <sup>b</sup> , 27, 28)                                      | 3 (100)                          |
| Variáveis psicossociais e comportamentais | 7                | Positiva (6, 16 <sup>b</sup> , 19, 25, 26, 31)                           | 6 (85,7)                         |
|   |                  | Sem associação/perda da associação (23)                                  | 1 (14,3)                         |

<sup>a</sup> Número de estudos nos quais as variáveis estiveram presentes.

<sup>b</sup> Estudo presente em mais de uma categoria de associação.

social do processo saúde-doença (37). A partir desse pressuposto, é reconhecida a importância que diversos fatores têm no surgimento de doenças e de agravos, afetando a qualidade de vida das pessoas e produzindo iniquidades refletidas na distribuição das doenças (8, 38, 39).

O curso da vida, incluindo aspectos da infância dos sujeitos, como alimentação, condição socioeconômica, peso ao nascer e condições de moradia, também exerce influência na saúde bucal relacionada à qualidade de vida, com resultados diferentes entre homens e mulheres. Nos homens, a autopercepção é mais influenciada por fatos ocorridos mais cedo em suas vidas, enquanto nas mulheres a manutenção dos dentes na vida adulta tem impacto mais proeminente (24).

Quanto aos aspectos relacionados à dimensão individual, observa-se a prevalência do gênero feminino na maior parte dos estudos revisados (6, 16–19, 20–24, 26, 27, 29, 30, 32–34), o que pode representar uma limitação nos aspectos concernentes ao gênero e às possíveis inferências ou generalizações para a população como um todo. Para além das características metodológicas que

podem favorecer a maior participação de mulheres nas pesquisas, a literatura tenta explicar essa tendência considerando que as mulheres são mais vinculadas ao ato do cuidado (pessoal e familiar) e, dessa forma, procuram mais pelos serviços de saúde e relatam mais morbidades (40, 41).

O avanço da idade mostrou exercer influência na pior autopercepção bucal em diversos estudos (18, 23, 26, 29, 30, 32, 34). Interessantemente, a idade analisada isoladamente não se associou significativamente ao OHIP obtido pelo método da adição em idosos japoneses (16). Esse achado pode significar que o avanço da idade e a respectiva condição bucal, na cultura japonesa, não estão vinculados à percepção de piora na qualidade de vida. Porém, a condição socioeconômica refletida em condições bucais pode explicar parte do padrão do impacto de saúde bucal associado à qualidade de vida. Em idosos japoneses avaliados quanto à associação entre hipossalivação e sensação de boca seca (xerostomia) e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal, os fatores que mais se associaram a uma autoavaliação ruim foram os pro-

blemas de saúde geral, a incapacidade funcional, a pior condição socioeconômica e o isolamento social (25).

Achados similares podem ser constatados em uma análise com amostra de 653 indivíduos brasileiros do Estado de Minas Gerais (29). Com base na aplicação do OHIP-14, o objetivo do estudo foi investigar a associação entre a percepção das pessoas sobre o impacto das condições de saúde e de doença bucal na qualidade de vida e idade, condições socioeconômicas, escolaridade, situação da dentição, utilização de serviços odontológicos e hábitos de higiene bucal. Os resultados indicam que os idosos percebem mais intensamente a limitação funcional do que os jovens. Além disso, os edêntulos também padecem e relatam essa limitação, bem como a maior incapacidade física. Quanto às variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, a melhor autopercepção de saúde bucal se associa às situações econômicas e de escolaridade mais favoráveis. Ainda, é digna de nota a maior procura por serviços odontológicos privados para intervenções preventivas e o uso regular de procedimentos de higiene bucal por parte daqueles com melhor autopercepção de saúde bucal (29).

Em outra linha de interpretação dos estudos investigados, foram encontradas maiores prevalências de percepção ruim entre pessoas que sofrem de problemas graves de saúde geral, como infecção pelo vírus HIV (27) ou insuficiência renal com hemodiálise (28). Esse achado reitera a importância das comorbidades e dos fatores comuns de risco.

Algumas variáveis medidas em nível individual apresentam influência negativa, tais como menor renda/condição econômica (6, 16, 20–25, 28, 29, 34), menor escolaridade (16, 17, 21, 23, 26, 28–30, 32) e condições psicossociais e comportamentais desfavoráveis (6, 16, 19, 25, 26, 31). Entretanto, há controvérsias a respeito do impacto das condições clínicas bucais sobre a autopercepção bucal. Um estudo sobre a relação entre perda dentária, fatores socioeconômicos e OHIP sugere que a perda de dentes posteriores, em especial a perda bilateral do primeiro molar, está relacionada à piora da resposta ao OHIP (17). Um estudo com 2 085 vietnamitas indica que maiores perdas dentárias estão correlacionadas a problemas com a capacidade mastigatória (34). Porém, para Walter et al. (6), em estudo com 140 conjuntos de

dados de pacientes canadenses, a perda de dentes anteriores é mais impactante.

Ainda sobre aspectos clínicos, a reabilitação protética também parece guardar relação com a autopercepção bucal. Assim, o uso de próteses removíveis pode reduzir a percepção ruim dos impactos da saúde bucal (26). Outros estudos indicam que as condições bucais desfavoráveis determinam um pior OHIP (18, 22).

No elenco dos problemas bucais, a doença periodontal parece estar independentemente associada à pior qualidade de vida, conforme pesquisa de Bernabé e Marcenes (31). Tal constatação se baseou em dados de adultos que participaram da pesquisa nacional de saúde bucal do Reino Unido, em 1998, após o emprego de modelos de análises não ajustados, ajustados parcialmente e completamente ajustados. Os adultos acometidos pelas periodontopatias apresentaram os piores escores de OHIP.

Contraditoriamente, os achados de Bandéca et al. (32) sugerem que, em brasileiros, variáveis clínicas tais como o índice de cárie dentária, índice periodontal comunitário e o uso/necessidade de uso de prótese dentária removível teriam pouca influência na autopercepção dos impactos; contudo, nesse estudo, os indivíduos que relataram mais problemas eram aqueles com menor escolaridade e maior idade, por exemplo.

Quanto aos aspectos psicossociais, Emami et al. (19) testaram simultane-

amente o efeito do tipo de tratamento reabilitador protético e o senso de coerência na saúde bucal, definido como uma característica individual de enfrentamento e adaptação às pressões da vida, relacionado à qualidade de vida e possíveis interações em idosos canadenses edêntulos. Os resultados indicam que o maior senso de coerência favorece a menor percepção do impacto ruim. Este senso é ainda maior nos indivíduos casados ou que vivem com uma companhia, o que indica quão importante é o apoio familiar/social. Nessa temática, parece que os relacionamentos sociais positivos minimizam o efeito de fatores estressores, gerados por situações que contribuem para resultados desfavoráveis e aumento dos riscos para a saúde (42).

A respeito dos hábitos deletérios dos sujeitos, achados de pesquisa robustecem a evidência de que os piores resultados do OHIP estão associados ao consumo de cigarro, bebida alcoólica ou outras drogas (27). Outros resultados mostram que o estilo de vida relacionado à saúde bucal, como por exemplo o hábito de utilizar conjuntamente escova, pasta e fio dental, não apresenta relação com a frequência de impactos dos problemas de saúde bucal e que o contexto de vida, avaliado pela condição econômica, possui maior peso sobre as respostas dadas ao OHIP-14 (23).

Por fim, observa-se um consenso na literatura no sentido de que as análises

que envolvem saúde bucal e qualidade de vida, ao lançarem mão de instrumentos subjetivos, no caso, o OHIP, são úteis para identificar necessidades autopercebidas (6, 16–34). Há uma convergência de posições entre os autores de que informações relevantes (e mais explicativas) são beneficiadas por tais avaliações subjetivas, sendo mais produtivas do que uma mera avaliação normativa por parte dos clínicos, baseada em sinais da doença (4).

As avaliações subjetivas devem ser interpretadas como aportes críticos essenciais aos indicadores clínicos, auxiliando no refinamento dos diagnósticos e na identificação de pessoas ou grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, que precisam de intervenções complexas e, muitas vezes, personalizadas. Por meio dos artigos analisados, pode-se concluir que há influências importantes a serem consideradas quanto aos fatores pesquisados relativamente à autopercepção em saúde bucal e sua conexão com qualidade de vida. O instrumento OHIP é um importante auxiliar no esclarecimento de necessidades em saúde bucal e na elaboração de estratégias para controle/redução de doenças e promoção da saúde bucal com impacto positivo na qualidade de vida.

**Conflitos de interesse.** Nada declarado pelos autores.

## REFERÊNCIAS

- Pattussi MP, Marcenes W, Croucher R, Sheiham A. Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Soc Sci Med*. 2001;53(7):915–25.
- Antunes JLF, Peres MA, de Campos Mello TR, Waldman EA. Multilevel assessment of determinants of dental caries experience in Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006;34(2):146–52.
- Bastos JL, Boing AF, Peres KG, Antunes JLF, Peres MA. Periodontal outcomes and social, racial and gender inequalities in Brazil: a systematic review of the literature between 1999 and 2008. *Cad Saude Publica*. 2011;27 Suppl 2:S141–53.
- Cohen-Carneiro F, Souza-Santos R, Rebelo MA. Quality of life related to oral health: contribution from social factors. *Cien Saude Colet*. 2011;16 Suppl 1:1007–15.
- Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(4):280–8.
- Walter MH, Woronuk JI, Tan HK, Lenz U, Koch R, Boeing KW, et al. Oral health related quality of life and its association with sociodemographic and clinical findings in 3 northern outreach clinics. *J Can Dent Assoc*. 2007;73(2):153.
- Lundegren N, Axtelius B, Håkansson J, Akerman S. Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need. *Acta Odontol Scand*. 2004;62(2):91–6.
- Sheiham A, Alexander D, Cohen L, Marinho V, Moysés S, Petersen PE, et al. Global oral health inequalities: task group-implementation and delivery of oral health strategies. *Adv Dent Res*. 2011;23(2):259–67.
- Cremonese C, Backes V, Olinto MTA, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. *Cad Saude Publica*. 2010;26(12):2368–78.
- Reisine ST. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. *Soc Sci Med A*. 1981;15(6):745–50.
- Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health*. 1994;11(1):3–11.
- Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25(4):284–90.
- Allen PF, Locker D. Do item weights matter? An assessment using the oral health impact profile. *Community Dent Health*. 1997;14(3):133–8.
- Slade GD, Nuttall N, Sanders AE, Steele JG, Allen PF, Lahti S. Impacts of oral disorders in the United Kingdom and Australia. *Br Dent J*. 2005;198(8):489–93, discussion 483.
- Slade GD, Spencer AJ, Locker D, Hunt RJ, Strauss RP, Beck JD. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. *J Dent Res*. 1996;75(7):1439–50.
- Ikebe K, Watkins CA, Ettinger RL, Sajima H, Nokubi T. Application of short-form oral health impact profile on elderly Japanese. *Gerodontology*. 2004;21(3):167–76.

17. Baba K, Igarashi Y, Nishiyama A, John MT, Akagawa Y, Ikebe K, et al. Patterns of missing occlusal units and oral health-related quality of life in SDA patients. *J Oral Rehabil.* 2008;35(8):621–8.
18. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2009;37(3):171–81.
19. Emami E, Allison PJ, deGrandmont P, Rompré PH, Feine JS. Better oral health related quality of life: type of prosthesis or psychological robustness? *J Dent.* 2010;38(3):232–6.
20. McMillan AS, Wong MCM, Lo ECM, Allen PF. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. *J Oral Rehabil.* 2003;30(1):46–54.
21. Biazevic MGH, Michel-Crosato E, Iagher F, Pooter CE, Correa SL, Grasel CE. Impact of oral health on quality of life among the elderly population of Joaçaba, Santa Catarina, Brazil. *Braz Oral Res.* 2004;18(1):85–91.
22. Brennan DS, Singh KA, Spencer AJ, Roberts-Thomson KF. Positive and negative affect and oral health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2006;4:83.
23. Figueiredo RMO, Wassall T, Flório FM. Frequência de impactos dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida. *RGO.* 2006;54(1):11–6.
24. Mason J, Pearce MS, Walls AWG, Parker L, Steele JG. How do factors at different stages of the lifecourse contribute to oral-health-related quality of life in middle age for men and women? *J Dent Res.* 2006;85(3):257–61.
25. Ikebe K, Matsuda K, Morii K, Wada M, Hazeyama T, Nokubi T, et al. Impact of dry mouth and hyposalivation on oral health-related quality of life of elderly Japanese. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2007;103(2):216–22.
26. Lahti S, Suominen-Taipale L, Hausen H. Oral health impacts among adults in Finland: competing effects of age, number of teeth, and removable dentures. *Eur J Oral Sci.* 2008;116(3):260–6.
27. Mulligan R, Seirawan H, Alves ME, Navazesh M, Phelan JA, Greenspan D, et al. Oral health-related quality of life among HIV-infected and at-risk women. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(6):549–57.
28. Guzeldemir E, Toygar HU, Tasdelen B, Torun D. Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. *J Am Dent Assoc.* 2009;140(10):1283–93.
29. Mesquita FAB, Vieira S. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. *RGO.* 2009;57(4):401–6.
30. Sampogna F, Johansson V, Axtelius B, Abeni D, Söderfeldt B. Quality of life in patients with dental conditions: comparing patients' and providers' evaluation. *Community Dent Health.* 2009;26(4):234–8.
31. Bernabé E, Marceles W. Periodontal disease and quality of life in British adults. *J Clin Periodontol.* 2010;37(11):968–72.
32. Bandéca MC, Nadalin MR, Calixto LR, Saad JR, da Silva SR. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community. *Community Dent Health.* 2011;28(1):64–8.
33. Locker D, Quiñonez C. To what extent do oral disorders compromise the quality of life? *Community Dent Oral Epidemiol.* 2011;39(1):3–11.
34. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Gerritsen AE, Creugers NHJ. Chewing ability and dental functional status. *Int J Prosthodont.* 2011;24(5):428–36.
35. Sandelowski M, Barroso J. Sandbar Digital Library Project. Qualitative metasummary method. Chapel Hill: University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#> Acesso em 20 de março 2012.
36. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ.* 2009;21339:b2535. doi: 10.1136/bmj.b2535.
37. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30(4):668–77.
38. Egan M, Tannahill C, Petticrew M, Thomas S. Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: a systematic meta-review. *BMC Public Health.* 2008;8:239.
39. Aldabe B, Anderson R, Lyly-Yrjänäinen M, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Kelleher CC, et al. Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2011;65(12):1123–31.
40. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000;50(10):1385–401.
41. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2002;7(4):687–707.
42. Taylor SE, Seeman TE. Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Ann N Y Acad Sci.* 1999;896:210–25.

Manuscrito recebido em 1 de agosto de 2012. Aceito em versão revisada em 26 de dezembro de 2012.

**ABSTRACT**

**Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: a systematic review**

**Objective.** To systematically evaluate the literature to investigate associations between social, demographic, economic, psychosocial, and behavioral factors and the self-perception of oral health measured using the Oral Health Impact Profile (OHIP). **Methods.** In this systematic review of the literature, the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) were adapted for the performance of a qualitative metasummary, without meta-analysis. Articles about oral health and associated factors with implications for quality of life were selected, with a focus on the tool for self-rating of the oral health-disease process, the OHIP. PubMed/National Library of Medicine (NLM) and the Virtual Health Library (*Biblioteca Virtual em Saúde* — BVS/BIREME) were searched. Articles published between 2001 and 2011 were included. The following Medical Subject Headings (MeSH) were employed: oral health, quality of life, sickness impact profile, and socioeconomic factors. **Results.** Of 57 articles identified, 20 met the inclusion criteria. The metasummary revealed that a poor self-perception of oral health was associated with unfavorable social, economic, demographic, and psychosocial factors, as well as with undesirable habits and poor clinical oral conditions. **Conclusions.** There is consensus in the literature about the influence of the investigated factors on the self-perception of oral health and on quality of life. The OHIP is an important aid for determining oral health needs and for developing strategies to control/reduce disease and promote oral health, with a consequent positive impact on quality of life.

**Key words**

Self concept; quality of life; oral health; sickness impact profile; socioeconomic factors.