

Qualidade de vida relacionada com a saúde oral na população sem-abrigo

Maria Teresa Castro⁽¹⁾; Pereira ML^(1,2)
 (1) – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
 (2) – EpiUnit – Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

INTRODUÇÃO

O fenómeno sem-abrigo caracteriza-se por ser complexo e transversal a todo o mundo, sendo um processo dinâmico que engloba desafios pessoais e sociais. De acordo com os Censos 2011, em Portugal registavam-se 696 pessoas nesta situação, sendo que a região de Lisboa era a que mais presenciava este fenómeno, seguindo-se a região Norte (218 indivíduos).

A saúde oral relacionada com a qualidade de vida (*Oral-Health-related quality of life – OHRL*) pode ser definida como a dimensão em que condições e distúrbios orais afetam o funcionamento e o bem-estar físico e psicológico. A sua avaliação permite registar impactos funcionais e psicológicos provocados por problemas orais, fornecendo uma imagem geral do contexto social, psicológico e funcionamento físico. A autoperceção de saúde oral e sua influência na qualidade de vida é influenciada por vários fatores, tais como a história pessoal, a formação cultural e fatores socioeconómicos (idade, género, estrato socioeconómico e localização geográfica).

O **OBJETIVO** deste estudo transversal foi caracterizar a qualidade de vida relacionada com a autoperceção da saúde oral, os hábitos relacionados com a saúde oral bem como autoperceção de saúde oral numa população sem-abrigo na cidade do Porto.

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra foi constituída por 36 participantes com mais de 18 anos que pertenciam à Associação de Albergues Noturnos do Porto (AANP) e à Legião da Boa Vontade (LBV).

Foi aplicado um **questionário** constituído por parâmetros sociodemográficos, de autoperceção da saúde oral, de hábitos relacionados com a saúde oral do participante e, em último lugar, pelo questionário *Oral Health Impact Profile-14 (OHIP-14)*. O **impacto de cada questão** é a frequência dos indivíduos que responderam “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. Para o cálculo do **impacto do domínio** era suficiente que uma das duas questões tivesse tido impacto.

Para a análise estatística foi utilizado o programa estatístico IBM SPSS Statistics 25[®] (Statistical Package for Social Science). A análise descritiva foi realizada através de estatísticas de sumário. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas enquanto que as variáveis contínuas foram descritas através da média e desvio-padrão ou máximo e o mínimo e a mediana, conforme a tendência de normalidade apresentada pela variável em estudo.

RESULTADOS

A idade dos inquiridos variou entre 24 e 76 anos (média = 50,7 anos \pm 1,8), sendo que 80,6% eram do sexo masculino. O tempo médio de permanência enquanto sem-abrigo foi de 6,3 anos. A maioria dos sem-abrigo tinha estudado até ao 9º ano de escolaridade (86,1%) e 83,3% encontrava-se desempregada. A fonte de rendimento mais prevalente foi o Rendimento Social de Inserção (RSI – 66,7%). Relativamente ao consumo diário de substâncias aditivas, 25% afirmou consumir bebidas alcoólicas e 22,2% consumir estupefacientes. Dos 36 participantes, 72,2% eram fumadores e 86,1% autoavaliavam a sua saúde oral como má/razoável. Relativamente aos hábitos de higiene oral, 75% afirmou realizar no máximo 1 escovagem por dia. A dor foi o motivo que mais levou os sem-abrigo ao médico dentista (66,7%). O **valor médio total do OHIP-14** foi de 15,5 \pm 1,8, tendo variado entre 0 e 38. As questões que registaram impacto foram “desconforto ao comer” (86,1%), “pouco à vontade” (52,8%), “constrangimento” (55,5%) e “menor satisfação com a vida” (58,3%). (Tabela 1). A dor física foi o único domínio registado com impacto – 52,2%. (Tabela 2).

Domínio	S/ impacto n (%)	C/ impacto n (%)
Limitação funcional (n=36)	22 (61,1)	14 (38,9)
Dor física (n=36)	14 (38,9)	22 (61,1)
Desconforto psicológico (n=36)	23 (63,9)	13 (36,1)
Disfunção física (n=35)	33 (94,3)	2 (5,7)
Disfunção psicológica (n=36)	23 (63,9)	13 (36,1)
Disfunção social (n=36)	33 (91,7)	3 (8,3)
Incapacidade (n=36)	31 (86,1)	5 (13,9)

Tabela 2 – Distribuição dos participantes de acordo com a frequência do impacto, por domínios.

Itens individuais por domínio	Item individual n (%)					Impacto n (%)
	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Muitas vezes	Sempre	
Limitação funcional (n= 36)						
<i>Dificuldade em pronunciar</i>	17 (47,2)	2 (5,6)	6 (16,7)	7 (19,4)	4 (11,1)	17 (47,2)
<i>Paladar piorou</i>	22 (61,1)	2 (5,6)	6 (16,7)	4 (11,1)	2 (5,6)	12 (33,4)
Dor física (n= 36)						
<i>Dores na boca</i>	22 (61,1)	0	9 (25)	2 (5,6)	3 (8,3)	14 (38,9)
<i>Desconforto ao comer</i>	5 (13,9)	0	10 (27,8)	7 (19,4)	14 (38,9)	31 (86,1)
Desconforto psicológico (n=36)						
<i>Sentir complexos</i>	17 (47,2)	0	7 (19,4)	2 (5,6)	10 (27,8)	19 (52,8)
<i>Tenso</i>	20 (55,6)	0	9 (25)	6 (16,7)	1 (2,8)	16 (42,7)
Disfunção física						
<i>Dieta insatisfatória (n=35)</i>	21 (60)	3 (8,6)	9 (25,7)	1 (2,9)	1 (2,9)	11 (31,5)
<i>Interromper refeições (n=36)</i>	24 (66,7)	3 (8,3)	9 (25)	0	0	9 (25)
Disfunção psicológica (n= 36)						
<i>Dificuldade em relaxar</i>	26 (72,2)	0	10 (27,8)	0	0	10 (27,8)
<i>Constrangimento</i>	16 (44,4)	0	7 (19,4)	5 (13,9)	8 (22,2)	20 (55,5)
Disfunção social (n=36)						
<i>Menos tolerante ou paciente</i>	30 (83,3)	0	5 (13,9)	1 (2,8)	0	6 (16,7)
<i>Dificuldade em cumprir tarefas habituais</i>	24 (66,7)	0	10 (27,8)	0	2 (5,6)	12 (33,4)
Incapacidade (n= 36)						
<i>Menor satisfação com a vida</i>	15 (41,7)	0	16 (44,4)	4 (11,1)	1 (2,8)	21 (58,3)
<i>Impossível funcionar</i>	26 (72,2)	2 (5,6)	4 (11,1)	3 (8,3)	1 (2,8)	8 (22,2)

Tabela 1 - Itens individuais por domínio: Frequência dos problemas reportados relativos às condições orais, referentes ao último ano, de pessoas sem-abrigo.

CONCLUSÃO

O valor médio total do OHIP-14 foi de encontro aos valores obtidos por outros estudos em sem-abrigo, tendo-se revelado superior ao valor obtido para a população portuguesa, sugerindo que os sem-abrigo vivenciam mais impactos da saúde oral na qualidade de vida. A forma como os sem-abrigo do presente estudo percebem a sua saúde oral vai de encontro à literatura, evidenciando que carecem de medidas preventivas e de hábitos de higiene oral. É necessário educar e consciencializar esta população para a saúde oral.

BIBLIOGRAFIA

Palma PD, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Special Care in Dentistry*. 2005;25(6):289-95. | de Lurdes Pereira M, Oliveira L, Lunet N. Caries and oral health related behaviours among homeless adults from Porto, Portugal. *Oral health & preventive dentistry*. 2014;12(2). | Figueiredo RL, Hwang SW, Quiñonez C. Dental health of homeless adults in Toronto, Canada. *Journal of public health dentistry*. 2013;75(1):74-8. | Sem-Abrigo. Enquadramento Anexo 3 - Destaque CENSOS 2011. 2017. [Available from: <http://www.enippa.pt/documents/10180/12552/Anexo3+-+Destaque+CENSOS+2011/47944d81-c24f-431e-9ced-d1b681ecc221>]. | King TB, Gibson G. Oral health needs and access to dental care of homeless adults in the United States: a review. *Special Care in Dentistry*. 2003;23(4):143-7. | Daly B, Newton T, Batchelor P, Jones K. Oral health care needs and oral health-related quality of life (OHIP-14) in homeless people. *Community dentistry and oral epidemiology*. 2010;38(2):136-44. | Afonso A, Silva I, Meneses R, Frias-Bulhosa J. Qualidade de vida relacionada com a saúde oral: validação Portuguesa de ohip-14. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2017;18:374-88. | Pires IR. A influência da saúde oral na qualidade de vida. 2009. | Sisco H, Broder H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *Journal of dental research*. 2011;90(11):1264-70. | Bilic S, Blomberg I, Burry K, Chong E, Yeung E, Ariyawardana A. Oral-health-related quality of life of dental patients: a hospital based study in far north Queensland, Australia. *Journal of investigative and clinical dentistry*. 2017;8(3):e12216. | Silveira MF, Marôco JP, Freire RS, Martins AMÉDL, Marcopito LF. Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:1169-82. | Collins J, Freeman R. Homeless in North and West Belfast: an oral health needs assessment. *British Dental Journal*. 2007;202(12):E31. | Ford P, Cramb S, Farah C. Oral health impacts and quality of life in an urban homeless population. *Australian dental journal*. 2014;59(2):234-9. | Hill KB, Rimington D. Investigation of the oral health needs for homeless people in specialist units in London, Cardiff, Glasgow and Birmingham. *Primary health care research & development*. 2011;12(2):135-44. | Instituto de Segurança Social IP. Estudo dos sem-abrigo 2011, setembro 12 [Available from: <http://www.ssp-social.pt/publicacoes?bandeja=322036>]. | Saúde Snd. Retrato da saúde 2018 [Available from: <https://www.sns.gov.pt/retrato-da-saude-2018/>].