

Carla Antoni Luchi<sup>1</sup>Karen Glazer Peres<sup>1,II,III</sup>João Luiz Bastos<sup>II</sup>Marco Aurélio Peres<sup>1,II,III</sup>

# Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos

## Inequalities in self-rated oral health in adults

---

### RESUMO

**OBJETIVO:** Analisar a associação entre autoavaliação da saúde bucal em adultos e desigualdades sociodemográficas.

**MÉTODOS:** Estudo transversal com 2.016 adultos de 20 a 59 anos de idade, de Florianópolis, SC, em 2009. A amostra foi obtida por duplo estágio (setores censitários e domicílios). Os dados foram coletados por entrevistas domiciliares face a face. O desfecho foi autoavaliação da saúde bucal. As variáveis exploratórias foram caracterizadas em blocos demográficos, socioeconômicos, de utilização de serviços e de condições bucais autorreferidas. Foi realizada análise de regressão multivariável de Poisson e estimadas as razões de prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança.

**RESULTADOS:** A prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal foi de 33,2% (IC95% 29,8;36,6). Idade avançada, referir-se como pardo, possuir menor escolaridade, ter consultado o dentista há três anos ou mais, ter realizado a última consulta em consultório público, possuir menos de dez dentes naturais presentes em pelo menos um arco, perceber necessidade de tratamento odontológico, apresentar sensação de boca seca e dificuldade de alimentação em virtude dos dentes foram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal na análise ajustada.

**CONCLUSÕES:** A autoavaliação da saúde bucal reflete as desigualdades em saúde e está relacionada às piores condições socioeconômicas, menor uso de serviços de saúde e pior condição bucal autorreferida.

**DESCRIPTORIOS:** Adulto. Autoavaliação Diagnóstica. Saúde Bucal. Desigualdades em Saúde. Inquéritos de Saúde Bucal. Estudos Transversais.

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação de Odontologia. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

<sup>II</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil

<sup>III</sup> Australian Research Centre for Population Oral Health. School of Dentistry. University of Adelaide. Adelaide, Australia

**Correspondência | Correspondence:**  
Carla Antoni Luchi  
Rua Tilápias, 45 Campeche  
88063-163 Florianópolis, SC, Brasil  
E-mail: carlaantoni1@yahoo.com.br

Recebido: 17/5/2012  
Aprovado: 4/3/2013

Artigo disponível em português e inglês em:  
[www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)

---

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To investigate the link between self-rated oral health and socio-demographic inequalities.

**METHODS:** Cross-sectional study, carried out with 2,016 adults between 20 and 59 years of age in 2009, in Florianópolis, SC, Southern Brazil. We adopted a two-stage sampling design (census tracts and households). Data were collected through face-to-face interviews, conducted in the participants' households. The outcome was self-rated oral health. The exploratory variables were demographic characteristics, indicators of socioeconomic position, dental service utilization and adverse self-reported oral health conditions. Analysis was performed using multivariable poisson regression, which allowed the estimation of prevalence ratios and 95% confidence intervals.

**RESULTS:** The prevalence of negative self-rated oral health was 33.2% (95%CI 29.8;36.6). In the adjusted analysis, being of an older age, self-classifying as light-skinned black, lower education, the most recent dental appointment being three years or more ago, attending public dental surgeries, having less than 10 natural teeth in at least one arch, self-reporting need for dental treatment, reporting dry mouth, and difficulty eating due to tooth problems were associated with negative self-rated oral health.

**CONCLUSIONS:** Self-rated oral health reflects social inequalities in health, and it is associated with low socioeconomic status, less frequent use of dental services and poorer self-reported oral health conditions.

**DESCRIPTORS:** Adult. Diagnostic Self Evaluation. Oral Health. Health Inequalities. Dental Health Surveys. Cross-Sectional Studies.

---

## INTRODUÇÃO

Problemas bucais, como cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias, são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços de saúde.<sup>24</sup> Esses agravos apresentam impacto negativo na vida cotidiana das pessoas, gerando dificuldades funcionais, desordens na mastigação e na fala, e problemas para a sociabilidade, como a insatisfação com a aparência, dificuldade de aceitação social e restrições no acesso ao mercado de trabalho.<sup>25</sup>

Índices clínicos são utilizados para medir agravos bucais. Porém, tendem a ser insuficientes para mensurar a interferência da condição bucal no cotidiano dos indivíduos. Em estudo realizado em adultos, observou-se que aspectos relacionados à saúde bucal avaliados por parâmetros não clínicos interferiram no cotidiano de 20,7% dos participantes, impactando com maior intensidade em 11,4% dos respondentes. Houve expressivos avanços no desenvolvimento de medidas que consideram o impacto dos problemas de saúde não letais e os aspectos subjetivos, relacionados aos conceitos de saúde, bem-estar e satisfação.

O uso de medidas subjetivas torna-se cada vez mais importante em relação a avaliações de saúde geral e de saúde bucal. Estudos mostram que a avaliação da saúde bucal em um único item constitui medida síntese da saúde bucal do indivíduo.<sup>9</sup> Sua utilização permite diagnóstico das condições de saúde bucal dos indivíduos e da sociedade.<sup>7</sup> A saúde bucal autoavaliada está relacionada com a percepção do estado de saúde e da capacidade funcional, e contribui de forma independente para o bem-estar e satisfação com a vida ao longo do tempo.<sup>12</sup>

Indivíduos que relatam mais sintomas bucais, disfunções e incapacidades apresentam pior saúde bucal autorrelatada,<sup>9</sup> enquanto indivíduos que avaliam sua saúde bucal de maneira negativa apresentam piores condições clínicas em relação aos que avaliam sua saúde bucal de maneira positiva.<sup>12</sup> A prevalência de autopercepção negativa de saúde bucal foi 40% maior entre aqueles que apresentaram doença periodontal em estudo que avaliou a associação entre doença periodontal e autopercepção de saúde bucal.<sup>7</sup> A utilização da autoavaliação da saúde bucal em inquéritos populacionais, por ser uma medida mais fácil de ser produzida

do que a realização de exames clínicos, proporciona a identificação do estado de saúde bucal de uma população e de seus fatores associados de maneira rápida,<sup>20</sup> contribuindo para o planejamento em saúde de acordo com as necessidades da população.<sup>7</sup>

Obter informações sobre a condição bucal e seu impacto na vida das pessoas adultas pode contribuir para reduzir sequelas físicas e sociais das doenças bucais com a finalidade de preservação dos dentes, melhora da saúde e da qualidade de vida nessa faixa etária. Isso refletirá na saúde dessa população no futuro, considerando o aumento na expectativa de vida.<sup>23</sup>

Em pesquisa realizada em dezembro de 2011 na base de dados Medline-PubMed, utilizando a chave de busca (“Oral health”[mesh] AND (“self concept”[mesh] OR “self assessment”[mesh])), foram encontrados 391 trabalhos realizados em diversas populações e faixas etárias. Foi identificado apenas um estudo epidemiológico de base populacional brasileiro que utilizou a autoavaliação da saúde bucal como seu objeto de investigação na idade adulta.<sup>16</sup> O presente estudo objetivou analisar associação entre autoavaliação da saúde bucal em adultos e desigualdades sociodemográficas.

## MÉTODOS

Trabalho integrante da linha de base de estudo de coorte, de base populacional, denominado *EpiFloripa* – Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde da População Adulta do Município de Florianópolis, SC, desenvolvido entre setembro de 2009 e janeiro de 2010. Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, sul do Brasil, conta com população de 404.224 habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,875,<sup>a</sup> ocupando a quarta posição entre os municípios do Brasil. A população estudada foi composta por adultos entre 20 e 59 anos de idade, completos no momento da pesquisa, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município.

O tamanho da amostra foi calculado pela fórmula para cálculo de prevalência para amostra causal simples, adicionada de valor relativo ao efeito do delineamento estimado (devido à amostragem por conglomerados) em dois. Utilizou-se a prevalência do desfecho de 50%, considerando que foram investigados diversos desfechos de saúde, erro de quatro pontos percentuais e nível de 95% de confiança, resultando em amostra de 1.198 indivíduos. A amostra final foi de 2.016 pessoas, adicionando 10% para compensar recusas e 20% para controle de fatores de confusão na análise multivariável. Esse tamanho de amostra foi considerado adequado para testar a associação entre autoavaliação negativa da saúde bucal e os fatores de interesse do estudo,

com poder de 80% (erro tipo II,  $\beta = 20\%$ ) e erro tipo I igual a 5% para estimar uma razão de prevalência de 1,3, considerando a prevalência de avaliação negativa da saúde bucal igual entre os não expostos como 24%.

O sorteio foi realizado em duplo estágio. As unidades primárias de amostragem foram os 420 setores censitários domiciliares urbanos que compõem o município. Os setores censitários foram estratificados em ordem crescente de renda do chefe da família, sorteando-se sistematicamente 60 setores com fração de amostragem igual a sete, resultando em seis setores para cada decil de renda. As unidades amostrais secundárias foram os domicílios. O número de domicílios habitados variou de 61 a 754 entre os setores. Os setores foram reorganizados por fusão e divisão dessas unidades para reduzir o coeficiente de variação. O coeficiente de variação inicial era de 55% ( $n = 60$  setores) e o final foi de 32% ( $n = 63$  setores). Os 16.755 domicílios compunham os 63 setores da amostra. Os domicílios foram sorteados com fração de amostragem igual a oito, totalizando 2.094 sorteados. Obteve-se tamanho amostral de 2.016 adultos ou 32 adultos em cada setor censitário.

Os dados foram coletados por 35 entrevistadoras. As entrevistas face a face foram efetuadas individualmente nos domicílios. Processou-se treinamento com as entrevistadoras e realizou-se o pré-teste do questionário com 30 adultos da mesma faixa etária da população estudada. Foi feito estudo-piloto, em que cada entrevistadora realizou pelo menos três entrevistas. Foi conduzido controle de qualidade, em que aproximadamente 15% ( $n = 248$ ) das entrevistas foram efetivadas duas vezes por meio de questionário contendo menor número de questões. A reprodutibilidade do questionário foi considerada satisfatória, com valores de kappa e coeficiente de correlação intraclasse entre 0,6 e 0,9.

A variável dependente foi a autoavaliação da saúde bucal, obtida pela pergunta: “Com relação aos seus dentes, o(a) sr(a). está: muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito”. A variável foi dicotomizada em autoavaliação da saúde bucal positiva (muito satisfeito e satisfeito) e autoavaliação da saúde bucal negativa (nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito). Essa forma de categorização tem sido utilizada em diversos estudos nacionais<sup>14,16,20</sup> e internacionais.<sup>8</sup>

As variáveis independentes foram divididas em blocos.

O primeiro foi composto pelas variáveis demográficas: sexo, idade em anos completos (de dez em dez anos, de 20 a 59 anos), cor da pele autorreferida (branca, parda, preta, amarela e indígena).

<sup>a</sup> Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2010.

O segundo bloco foi composto pelas variáveis socioeconômicas: renda *per capita* em tercis (total de rendimentos em reais, de todas as pessoas residentes no domicílio, no mês anterior à entrevista, dividido pelo total de residentes no domicílio; 3º tercil  $\geq$  R\$ 1.314,00, 2º tercil entre R\$ 561,00 e R\$ 1.300,00, 1º tercil  $\leq$  R\$ 560,00) e escolaridade em anos completos de estudo ( $\geq$  12, nove a 11, cinco a oito e  $\leq$  4 anos).

No terceiro bloco, foram consideradas as variáveis de utilização de serviços: tempo decorrido desde a última consulta ao dentista ( $<$  1 ano, um a dois anos e  $\geq$  3 anos) e local da última consulta (consultório particular, consultório público e outros locais).

O último bloco foi constituído pelas variáveis de condições de saúde bucal autorreferidas: número de dentes naturais presentes (dez dentes naturais ou mais, menos de dez dentes naturais ou nenhum dente natural em ambas as arcadas dentárias).

As demais variáveis foram: combinação das respostas em categorias de  $\geq$  10 dentes nos dois arcos,  $<$  10 dentes em pelo menos um arco e nenhum dente natural presente. Percepção de necessidade de tratamento dentário (sim; não), uso de prótese total (sim; não), sensação de boca seca (nunca, de vez em quando, frequentemente, sempre e ignorado, categorizada em nunca ou alguma vez – de vez em quando, frequentemente e sempre), dificuldade de alimentação atribuída aos dentes (nunca, raramente, de vez em quando, frequentemente, sempre e ignorado, categorizada em nunca ou alguma vez – de vez em quando, frequentemente, sempre) e dor de dente nos últimos seis meses (sim; não) foram as demais variáveis sobre as condições de saúde bucal.

O peso amostral e o efeito do delineamento foram considerados em todas as análises, utilizando o comando *svy*. Realizou-se a análise bivariada pelo teste Rao Scott,<sup>21</sup> quando apropriado. As variáveis que apresentaram associação estatística com o desfecho ( $p < 0,20$ ) seguiram para a análise de regressão multivariável de Poisson, estimando-se as razões de prevalências (RP) e respectivos intervalos de 95% de confiança.<sup>3</sup>

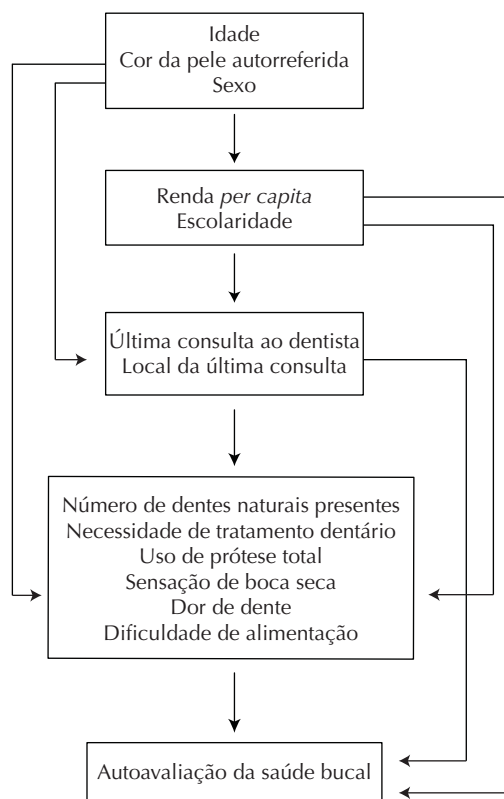
Seguiu-se uma sequência de entrada das variáveis para a análise multivariável, de acordo com um hipotético modelo teórico de determinação da autoavaliação em saúde bucal.<sup>26</sup> O modelo utilizado (Figura) considera que a maneira com que o indivíduo avalia sua saúde bucal sofre influência de fatores demográficos, socioeconômicos, utilização de serviços e da sua condição bucal.

As condições demográficas (cor da pele, sexo e idade) ocupam posição distal na determinação de doenças bucais, exercendo influência sobre condições socioeconômicas (renda e escolaridade).<sup>2</sup> Mulheres e homens, populações indígenas, negros e brancos

ocupam lugares distintos nas hierarquias sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.<sup>13</sup> A cor da pele e o sexo motivam discriminação e segregação ocupacional e salarial, causam disparidades de renda e exercem efeito sobre as condições socioeconômicas da população.<sup>13</sup>

As condições de renda exercem influência sobre o padrão alimentar, moradia, acesso a conhecimentos e cuidados de saúde, que atuam diretamente na exposição a fatores de riscos para várias doenças, incluindo doenças bucais.<sup>5</sup> Piores condições socioeconômicas e condições de vida precárias dificultam a prioridade do cuidado à saúde bucal e levam a dificuldades no acesso aos serviços odontológicos, tendo como consequências atenção à saúde bucal de pior qualidade e perdas dentárias.<sup>17</sup> A ligação entre estrutura social e saúde bucal pode dar-se por meio de vias materiais, comportamentais e psicossociais.<sup>4</sup> Embora as relações causais com desfechos em saúde não sejam imediatas, a escolaridade exerce importante influência na compreensão das desigualdades nos níveis de saúde da população.<sup>5</sup> A escolaridade é uma das principais barreiras para o uso de serviços odontológicos.<sup>15</sup>

O uso de serviços odontológicos exerce influência sobre o estado de saúde da população, pois são



**Figura.** Modelo hipotético aplicado para análise multivariável. Florianópolis, SC, 2009 a 2010.

reduzidos os riscos de doença por meio dos cuidados e da prevenção. A utilização de serviços ameniza condições de saúde desfavoráveis, pelo controle e tratamento das doenças bucais, e o acesso a serviços de saúde é fortemente influenciado pela condição social, renda e escolaridade.<sup>17</sup> Problemas bucais, como a cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias, são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços<sup>24</sup> que, por sua vez, influenciam negativamente a autoavaliação da saúde bucal.<sup>7,12</sup>

O programa Stata 9.0 (Stata Corp, College Station, TX, USA) foi utilizado para análise dos dados.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (Processo nº 351/08, em 15 de dezembro de 2008). Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Dos 1.720 dos entrevistados (taxa de resposta de 85,3%), 33,2% avaliou de forma negativa sua saúde bucal. A

prevalência dessa condição foi significativamente maior entre os que apresentaram menor renda e menor escolaridade. Possuir menos de dez dentes naturais presentes em pelo menos um arco e ter percebido necessidade de tratamento odontológico foram fortemente associados à autoavaliação negativa da saúde bucal.

Os investigados eram principalmente do sexo feminino (55,6%), com a cor da pele autorreferida como branca (83,9%), com idade entre 20 e 29 anos, tercil superior de renda  $\geq$  R\$ 1.314,00 e escolaridade de 12 anos ou mais de estudos.

A maioria dos indivíduos consultou o dentista pela última vez há menos de um ano, 76,3% em consultório particular; 82,0% dos indivíduos apresentou dez dentes ou mais nos dois arcos dentários e pouco mais da metade relatou necessidade de tratamento odontológico. Pequena proporção da amostra fez uso de prótese dentária, sentiu dificuldade de alimentação e dor de dente nos últimos seis meses (Tabela 1).

A autoavaliação negativa da saúde bucal foi significativamente maior entre os que apresentaram menor renda, menor escolaridade, que realizaram a última consulta ao dentista há três anos ou mais e em consultório público.

**Tabela 1.** Descrição da amostra, segundo as características avaliadas. Florianópolis, SC, 2009 a 2010.

Variável	n	%	IC95%
Autoavaliação da saúde bucal (n = 1.719)			
Positiva (muito boa e boa)	1.137	66,8	63,4;70,2
Negativa (regular, ruim e muito ruim)	582	33,2	29,8;36,6
Autoavaliação da saúde (n = 1.720)			
Positiva (muito boa e boa)	1.373	81,2	78,3;84,1
Negativa (regular, ruim e muito ruim)	347	18,8	15,9;21,7
Sexo (n = 1.720)			
Masculino	761	44,4	42,2;46,6
Feminino	959	55,6	53,4;57,7
Cor da pele autorreferida (n = 1.715)			
Branca	1.444	83,9	80,3;87,4
Parda	147	8,9	6,5;11,2
Negra ou preta	87	5,0	3,3;6,7
Amarela	17	1,0	0,5;1,5
Indígena	20	1,2	0,6;1,7
Idade (anos) (n = 1.720)			
20 a 29	540	32,7	28,2;37,17
30 a 39	392	22,9	20,3;25,5
40 a 49	438	25,0	21,8;28,1
50 a 59	350	19,4	16,9;21,9

Continua

## Continuação

Renda em tercils (n = 1.685)			
3º tercil (≥ R\$ 1.314,00)	559	34,1	27,8;40,4
2º tercil (R\$ 561,00 a R\$ 1.300,00)	562	33,3	29,6;36,9
1º tercil (≤ R\$ 560,00)	564	32,6	26,1;39,0
Escolaridade (anos) (n = 1.716)			
12 ou mais	737	43,8	37,0;50,8
9 a 11	568	33,4	28,1;38,0
5 a 8	253	14,0	11,2;16,7
Até 4	158	8,8	6,4;11,1
Última consulta ao dentista (anos) (n = 1.705)			
Menos de um	1.136	66,9	63,0;70,7
1 a 2	381	22,4	19,1;25,7
3 ou mais	188	10,7	8,6;12,8
Local da consulta (n = 1.707)			
Consultório particular	1.293	76,3	72,4;80,3
Consultório público	331	19,0	14,9;23,0
Outros	83	4,7	3,1;6,3
Número de dentes naturais presentes (n = 1.717)			
≥ 10 dentes nos dois arcos	1.394	82,0	79,1;84,9
< de 10 dentes em pelo menos um arco	279	15,6	12,9;18,2
Nenhum dente presente	44	2,4	1,6;3,3
Percepção de necessidade de tratamento dentário n = 1.715)			
Não	726	42,7	38,9;46,4
Sim	989	57,3	53,5;61,0
Uso de prótese total (n = 1.698)			
Não	1.575	92,9	91,1;94,7
Sim	123	7,1	5,2;8,9
Sensação de boca seca (n = 1.716)			
Nunca	888	52,5	47,8;57,1
Alguma vez	676	47,5	42,8;52,2
Dificuldade de alimentação (n = 1.712)			
Nunca ou raramente	1.573	92,1	90,1;93,8
Alguma vez	139	7,9	6,1;9,6
Dor de dente (n = 1.674)			
Não	1.422	85,2	83,2;86,7
Sim	252	14,8	13,3;16,8

A maioria percebeu necessidade de tratamento dentário; dentre esses, quase a metade relatou dor de dente nos últimos seis meses. Aqueles que relataram sensação de boca seca e dificuldade de alimentação apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal (Tabela 2).

Ser do sexo feminino (RP = 1,2; IC95% 1,0;1,3), ter idade entre 30 e 39 anos (RP = 1,3; IC95% 1,1;1,6) e de 50 a 59 anos (RP = 1,3; IC95% 1,0;1,7), ter cor de pele autorreferida como parda (RP = 1,2; IC95% 1,0;1,4), possuir até quatro anos de estudo (RP = 1,6; IC95% 1,2;2,0), de cinco a oito anos de estudo (RP = 1,6; IC95% 1,2;2,0) e

**Tabela 2.** Prevalência de autoavaliação negativa de saúde bucal, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamento e de saúde bucal autorreferida em adultos de 20 a 59 anos. Florianópolis, SC, 2009 a 2010.

Variável	n	%	IC95%	p
Sexo				0,017 <sup>a</sup>
Masculino	234	30,2	26,3;34,2	
Feminino	348	35,5	31,7;39,3	
Cor da pele autorreferida				0,003 <sup>a</sup>
Branca	461	31,2	27,6;34,7	
Parda	68	45,8	37,5;54,1	
Preta	35	39,7	28,6;50,8	
Amarela	8	52,8	27,7;77,9	
Indígena	8	31,9	8,8;55,2	
Idade (anos)				< 0,001 <sup>a</sup>
20 a 29	132	23,7	18,9;28,6	
30 a 39	136	35,9	29,4;42,5	
40 a 49	163	37,5	31,0;39,9	
50 a 59	151	42,8	36,9;48,7	
Renda em tercis				< 0,001 <sup>b</sup>
3º tercil (≥ R\$ 1.314,00)	115	19,9	15,8;24,1	
2º tercil (R\$ 561,00 a R\$ 1.300,00)	202	35,7	31,7;39,7	
1º tercil (≤ R\$ 560,00)	255	44,7	40,4;49,0	
Escolaridade (anos)				< 0,001 <sup>b</sup>
12 ou mais	149	19,5	16,5;22,6	
9 a 11	211	36,9	31,9;41,8	
5 a 8	133	53,2	46,3;60,1	
Até 4	87	54,9	47,4;62,4	
Última consulta ao dentista (anos)				< 0,001 <sup>b</sup>
Menos de um	347	29,8	26,2;33,4	
1 a 2	133	34,7	27,1;42,2	
3 ou mais	99	52,5	46,0;59,1	
Local da consulta				< 0,001 <sup>a</sup>
Consultório particular	391	29,9	26,4;33,3	
Consultório público	166	48,7	42,2;55,2	
Outros	23	28,3	18,9;37,8	
Dentes naturais presentes				< 0,001 <sup>b</sup>
≥ 10 dentes nos dois arcos	399	28,2	24,5;31,9	
< de 10 dentes em pelo menos um arco	167	59,1	53,1;65,1	
Nenhum dente presente	16	36,0	22,8;49,1	
Percepção de necessidade de tratamento dentário				< 0,001 <sup>a</sup>
Não	66	9,0	6,6;11,4	
Sim	515	52,1	47,2;55,3	
Uso de prótese total autorrelatado				< 0,001 <sup>a</sup>
Não	519	32,5	28,9;36,0	
Sim	63	49,0	39,3;58,9	
Sensação de boca seca				< 0,001 <sup>a</sup>
Nunca	260	28,4	24,7;32,1	
Alguma vez	322	38,6	34,3;42,9	

Continua

## Continuação

Dificuldade de alimentação				< 0,001
Nunca	476	29,6	26,5;32,8	
Alguma vez	103	73,8	66,3;81,3	
Dor de dente (N = 1.674)				< 0,001
Não	447	30,7	27,1;34,3	
Sim	119	47,2	39,2;55,1	

<sup>a</sup> Teste de Rao Scot<sup>21</sup>

<sup>b</sup> Qui-quadrado de tendência linear

de nove a 11 anos de estudo (RP = 1,4; IC95% 1,1;1,7) permaneceram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal na análise ajustada. Ter consultado o dentista há três anos ou mais (RP = 1,3; IC95% 1,1;1,5), ter realizado a última consulta em consultório público (RP = 1,1; IC95% 1,0;1,2) e possuir menos de dez dentes naturais presentes em pelo menos um arco (RP = 1,3; IC95% 1,1;1,6) permaneceram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal. Relatar necessidade de tratamento dentário (RP = 4,4; IC95% 3,3;6,0), apresentar sensação de boca seca (RP = 1,2; IC95% 1,1;1,5) e dificuldade de alimentação (RP = 1,3; IC95% 1,2;1,5) mantiveram associação com autoavaliação negativa da saúde bucal após o ajuste (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

Um terço dos investigados relatou autoavaliação negativa da saúde bucal. Os mais velhos, pardos, menos escolarizados, com maior período sem visitar o dentista, com dentes presentes, com necessidade de tratamento odontológico autopercebido, com relato de boca seca e dificuldade de mastigação foram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal na análise ajustada.

O estudo apresentou taxa de resposta mais alta do que estudos que abordaram o tema e utilizaram metodologia semelhante.<sup>7</sup> A taxa de resposta foi similar em todos os grupos de renda. Características demográficas, de

**Tabela 3.** Associação entre autoavaliação negativa da saúde bucal, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, de utilização de serviço e de condições bucais autorreferidas. Análise bruta e multivariável de Poisson. Florianópolis, SC, 2009 a 2010.

Variável	Análise Bruta		Modelo 1 <sup>a</sup>		Modelo 2 <sup>b</sup>		Modelo 3 <sup>c</sup>		Modelo 4 <sup>d</sup>	
	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%	RP	IC95%
Idade (anos)										
20 a 29	1		1		1		1		1	
30 a 39	1,5	1,2;1,9	1,5	1,2;1,9	1,5	1,2;1,8	1,5	1,2;1,8	1,3	1,1;1,6
40 a 49	1,5	1,2;1,9	1,5	1,2;1,9	1,4	1,2;1,8	1,4	1,1;1,7	1,1	0,9;1,4
50 a 59	1,8	1,4;2,3	1,8	1,4;2,3	1,7	1,3;2,1	1,6	1,3;2,1	1,3	1,0;1,7
Cor da pele autorreferida										
Branca	1		1		1		1		1	
Parda	1,5	1,2;1,8	1,5	1,2;1,9	1,3	1,1;1,6	1,3	1,1;1,6	1,2	1,0;1,4
Preta	1,3	1,0;1,7	1,4	1,0;1,8	1,0	0,8;1,4	1,1	0,8;1,5	1,0	0,8;1,3
Amarela	1,7	1,1;2,6	1,6	1,0;2,4	1,3	0,8;2,1	1,4	0,8;2,1	1,3	0,8;2,1
Indígena	1,0	0,5;2,0	1,0	0,5;2,0	0,8	0,4;1,6	1,0	0,5;1,8	0,8	0,4;2,1
Sexo										
Masculino	1		1		1		1		1	
Feminino	1,2	1,0;1,3	1,1	1,0;1,3	1,1	1,0;1,3	1,2	1,0;1,3	1,2	1,0;1,3
Renda em tercís										
3º tercil (≥ R\$ 1.314,00)	1				1		1		1	
2º tercil (R\$ 561,00 a R\$ 1.300,00)	1,8	1,4;2,2	–		1,5	1,2;2,0	1,5	1,2;2,0	1,3	1,0;1,6
1º tercil (≤ R\$ 560,00)	2,2	1,8;2,8	–		1,6	1,2;2,1	1,5	1,1;2,1	1,2	0,9;1,5

Continuação



## Continuação

Escolaridade (anos de estudo)									
12 ou +	1			1		1		1	
9 a 11	1,9	1,6;2,3	–	1,6	1,3;2,0	1,6	1,3;1,9	1,4	1,1;1,7
5 a 8	2,7	2,2;3,4	–	2,0	1,6;2,6	1,9	1,4;2,4	1,6	1,2;2,0
Até 4	2,8	2,3;3,5	–	1,9	1,5;2,5	1,8	1,4;2,3	1,6	1,2;2,0
Última consulta ao dentista (anos)									
< 1	1		–	–		1		1	
1 a 2	1,2	1,0;1,5	–	–		1,1	0,9;1,3	1,0	0,9;1,2
3 ou mais	1,8	1,5;2,1	–	–		1,2	1,0;1,5	1,3	1,1;1,5
Local da última consulta									
Consultório particular	1		–	–		1		1	
Consultório público	1,6	1,4;1,9	–	–		1,1	1,0;1,3	1,1	1,0;1,2
Outros	1,0	0,7;1,3	–	–		1,0	0,7;1,3	1,0	0,8;1,4
Dentes naturais presentes									
≥ 10 nos dois arcos	1		–	–		–		1	
< de 10 em pelo menos 1 arco	2,1	1,8;2,4	–	–		–		1,3	1,1;1,6
Nenhum	1,3	0,9;1,9	–	–		–		1,1	0,6;1,6
Necessidade de tratamento									
Não	1		–	–		–		1	
Sim	5,7	4,3;7,5	–	–		–		4,4	3,3;6,0
Uso de prótese total									
Não	1		–	–		–		1	
Sim	1,5	1,2;1,9	–	–		–		0,9	0,7;1,2
Sensação de boca seca									
Nunca	1		–	–		–		1	
Alguma vez	1,4	1,2;1,6	–	–		–		1,2	1,1;1,5
Dificuldade de alimentação									
Nunca	1		–	–		–		1	
Alguma vez	2,5	2,1;2,9	–	–		–		1,3	1,2;1,5
Dor de dente									
Não	1							1	
Sim	1,5	1,2;1,9						1,1	0,9;1,3

<sup>a</sup> Ajustado pelas variáveis demográficas (sexo, cor de pele e idade)

<sup>b</sup> Ajustado pelas variáveis socioeconômicas (renda e escolaridade)

<sup>c</sup> Ajustado pelas variáveis de utilização de serviço (última consulta ao dentista e local)

<sup>d</sup> Ajustado pelas variáveis de condições de saúde bucal autorreferidas (número de dentes naturais presentes, necessidade de tratamento dentário, uso de prótese total, sensação de boca seca e dificuldade de alimentação)

renda e escolaridade assemelham-se às da população do município como um todo, o que sugere não ter havido viés de seleção. Possíveis fatores de confusão puderam ser controlados pela análise multivariável, contribuindo para determinar precisamente o efeito de diferentes fatores sobre a autoavaliação da saúde bucal na população adulta.

Estudos com metodologia semelhante apontam prevalências de autoavaliação negativa da saúde bucal entre 44,6%<sup>19</sup> e 53,3%,<sup>18</sup> superior à do presente estudo (33,3%). Isso pode ser atribuído ao fato de a amostra

ser composta por uma população de maior renda e altamente escolarizada. Uma limitação do estudo refere-se ao fato de medidas autorreferidas variarem de acordo com aspectos culturais e expectativas individuais, não apresentando total correspondência com avaliações clínicas das condições investigadas.

Problemas relacionados à saúde bucal, como dificuldades de mastigação, comunicação e dor, são mais frequentemente relatados pelas mulheres,<sup>11</sup> que apresentaram prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal 20,0% maior do que os homens.

Entretanto, não há consenso na literatura sobre esse resultado e estudos relatam ausência de diferenças entre os sexos.<sup>14,22</sup>

Indivíduos mais velhos apresentam percepção positiva da condição bucal.<sup>14,21,23</sup> Contudo, neste estudo apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal, indicando maior percepção de problemas bucais em relação aos mais jovens.

Pesquisas realizadas nos Estados Unidos mostram que brancos relatam sua saúde bucal mais positivamente em relação a não brancos<sup>8</sup> e a negros.<sup>6</sup> O estresse vivido cotidianamente por indivíduos negros e a insatisfação com a realidade levam a alterações na qualidade de vida, além de aumentarem a vulnerabilidade a doenças.<sup>13</sup> Os que relataram sua cor como perda apresentaram prevalência 20,0% maior de autoavaliação negativa de sua saúde bucal em relação aos indivíduos brancos, independentemente do sexo. Essa associação manteve-se quando ajustada para variáveis socioeconômicas (renda e escolaridade) e outras possíveis mediadoras da relação entre cor da pele e autopercepção de saúde bucal.

Indivíduos que relatam mais sintomas bucais, disfunções e incapacidades avaliam pior sua saúde bucal.<sup>12</sup> Apresentar sensação de boca seca e dificuldade de alimentação estiveram associadas a maiores prevalências de autoavaliação negativa da saúde bucal. Tanto a dificuldade para se alimentar<sup>11</sup> como a sensação de boca seca podem refletir problemas bucais. A condição bucal clínica desfavorável, como a presença de lesões de cárie<sup>17</sup> e doença periodontal,<sup>7</sup> está associada à percepção negativa da saúde bucal. Possuir menos dentes naturais aumentou em 30,0% a prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal; relatar necessidade de tratamento dentário esteve fortemente associado à percepção negativa da saúde bucal, refletindo o impacto negativo percebido pelos que sofrem com as perdas e mutilações dentárias.

O percentual de autoavaliação negativa da saúde bucal entre indivíduos com menor renda e menor escolaridade reflete a associação entre o estado da saúde bucal e as desigualdades sociais. Adultos economicamente desfavorecidos tendem a perceber maior impacto negativo dos problemas com seus dentes, boca ou próteses dentárias, relatar maior perda de dentes e avaliar sua saúde bucal menos favoravelmente do que adultos em melhores condições econômicas.<sup>11</sup> Da mesma maneira, maior nível educacional está associado à melhor saúde, sugerindo relação direta entre anos de estudo e boa autoavaliação da saúde bucal.<sup>12</sup>

A utilização de serviços odontológicos e a frequência com que os indivíduos fazem uso deles afetam as condições de saúde bucal. Indivíduos que visitaram o dentista no último ano ou uma vez a cada dois anos percebem sua saúde bucal mais positivamente, quando comparados àqueles que consultaram o profissional há mais tempo. Não visitar o dentista para exame odontológico de rotina<sup>1</sup> ou visitar o dentista com períodos superiores a três anos aumentou a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal,<sup>14</sup> pois as doenças bucais podem progredir sem intervenção profissional, causando dor, desconforto e danos irreversíveis à dentição.<sup>1</sup> Ter realizado a última consulta em consultório público aumentou em 10,0% a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal, mesmo após o ajuste pelas variáveis socioeconômicas e demográficas. A maior carga de doenças bucais e resolutividade limitada dos serviços públicos de saúde podem explicar parcialmente esses achados.

Ao identificar fatores associados à autoavaliação da saúde bucal, podem-se reconhecer grupos prioritários para a atenção à saúde e, conseqüentemente, melhor direcionar recursos públicos. Fatores distais (idade, cor de pele, escolaridade, frequência de consulta ao dentista e local da última consulta) e proximais (número de dentes no arco dentário, relatar necessidade de tratamento dentário, possuir sensação de boca seca e dificuldade de alimentação) foram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal. A autoavaliação negativa da saúde bucal é uma medida que reflete as desigualdades em saúde bucal da população e está relacionada a piores condições socioeconômicas, menor utilização de serviços de saúde e com piores condições de saúde bucal. São necessários mais estudos utilizando medidas de autoavaliação da saúde bucal para que ela seja mais bem compreendida e para que se possa utilizá-la mais amplamente em avaliações de saúde.

## AGRADECIMENTOS

Aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pelo apoio e treinamento dos entrevistadores visando aprimorar a abordagem aos participantes nos domicílios; à Professora Dra. Nilza Nunes da Silva, do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelas contribuições com os procedimentos de amostragem; à Secretari a Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização da pesquisa; e aos discentes dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Educação Física e Nutrição, da Universidade Federal de Santa Catarina, pela colaboração como supervisores do estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-saúde study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(5):393-400. DOI:10.1111/j.1600-0528.2006.00343.x
2. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saude Publica.* 2007;23(8):1803-14. DOI:10.1590/S0102-311X2007000800007
3. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21. DOI:10.1186/1471-2288-3-21
4. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Determinação social da odontalgia em estudos epidemiológicos: revisão teórica e proposta de um modelo conceitual. *Cienc Saude Coletiva.* 2007;12(6):1611-21. DOI:10.1590/S1413-81232007000600022
5. Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zange SE, Antunes JL. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Cad Saude Publica.* 2005;21(3):673-8. DOI:10.1590/S0102-311X2005000300002
6. Borrell LN, Taylor GW, Borgnakke WS, Woolfolk MW, Nyquist LV. Perception of general and oral health in White and African American adults: assessing the effect of neighborhood socioeconomic conditions. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004;32(5):363-73. DOI:10.1111/j.1600-0528.2004.00177.x
7. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol.* 2009;36(1):25-33. DOI:10.1111/j.1600-051X.2008.01337.x
8. Coulter I, Yamamoto JM, Marcus M, Freed J, Der-Martirosian C, Guzman-Becerra N, et al. Self-reported oral health of enrollees in capitated and fee-for-service dental benefit plans. *J Am Dent Assoc.* 2004;135(11):1606-15.
9. Kieffer JM, Hoogstraten J. Linking oral health, general health, and quality of life. *Eur J Oral Sci.* 2008;116(5):445-50. DOI:10.1111/j.1600-0722.2008.00564.x
10. Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(8):1846-58. DOI:10.1590/S0102-311X2008000800013
11. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. *J Dent Res.* 2000;79(4):970-5. DOI:10.1177/00220345000790041301
12. Locker D, Mscn EW, Jokovic A. What Do Older Adults' Global Self-ratings of Oral Health Measure? *J Public Health Dent.* 2005;65(3):146-52. DOI:10.1111/j.1752-7325.2005.tb02804.x
13. Lopes F. Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health. *Cad Saude Publica.* 2005;21(5):1595-601. DOI:10.1590/S0102-311X2005000500034
14. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Objective and subjective factors related to self-rated oral health among the elderly. *Cad Saude Publica.* 2009;25(2):421-35. DOI:10.1590/S0102-311X2009000200021
15. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenés W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saude Publica.* 2001;17(3):661-8. DOI:10.1590/S0102-311X2001000300020
16. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. *Cad Saude Publica.* 2006;22(8):1699-707. DOI:10.1590/S0102-311X2006000800018
17. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2007;23(6):1383-92. DOI:10.1590/S0102-311X2007000600013
18. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology.* 2008;25(1):42-8. DOI:10.1111/j.1741-2358.2007.00163.x
19. Pattussi MP, Olinto MTA, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2007;35(5):377-86. DOI:10.1111/j.1600-0528.2006.00339.x
20. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010;38(4):348-59. DOI:10.1111/j.1600-0528.2010.00542.x
21. Rao JNK, Scott AJ. The analysis of categorical data from complex sample surveys: chi-squared tests for goodness-of-fit and independence in two-way tables. *J Am Stat Assoc.* 1981;76:221-230.
22. Sanders AE, Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health.* 2004;28(2):159-66. DOI:10.1111/j.1467-842X.2004.tb00930.x
23. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2004;20(2):626-31. DOI:10.1590/S0102-311X2004000200033

24. Silva DD, Rihs LB, Sousa MLR. Factors associated with maintenance of teeth in adults in the State of São Paulo, Brazil. *Cad SaudePublica*. 2009;25(11):2407-18. DOI:10.1590/S0102-311X2009001100011
25. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(4):1015-24. DOI:10.1590/S1413-81232005000400024
26. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual framework in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. DOI:10.1093/ije/26.1.224

---

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 485327/2007-4 – Edital Universal 2007) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, 2010. Estudo baseado na dissertação de mestrado de Luchi C. A., intitulada “Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2012. Os autores declaram não haver conflito de interesses.