

Edivânia Barbosa do Vale^IAntônio da Cruz Gouveia
Mendes^{II}Rafael da Silveira Moreira^{II}

Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil

Self-perceived oral health among adults in Northeastern Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Identificar a autopercepção da saúde bucal por adultos e variáveis associadas.

MÉTODOS: Estudo realizado com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SBBrazil 2010 relativos a 2.456 adultos de 35 a 44 anos da região Nordeste. A variável dependente foi a autopercepção da saúde bucal. As variáveis independentes foram agrupadas em: demográficas, predisposição/facilitação, condição de saúde bucal e relacionadas à autopercepção da necessidade de tratamento. O teste de Rao e Scott foi utilizado para avaliar a associação entre essas variáveis. O efeito das variáveis independentes sobre o desfecho foi avaliado pelo modelo de regressão logística multinomial segundo modelo hierarquizado, em duas etapas: análise simples e análise múltipla hierarquizada.

RESULTADOS: A autopercepção positiva da saúde bucal foi observada em 37% dos participantes. No modelo final, as características diretamente associadas a essa autopercepção foram: ser branco, ter renda familiar superior a R\$ 500,00, possuir número de bens acima da mediana, ter maior número de dentes hígidos, não apresentar sangramento, não necessitar de prótese, *Oral Impacts on Daily Performances* = 0, não necessitar de tratamento e ter ido ao dentista há menos de três anos.

CONCLUSÕES: Os resultados mostram que a autopercepção da saúde bucal dos adultos residentes no Nordeste brasileiro está diretamente associada a uma estrutura multidimensional de fatores. As baixas condições econômicas associadas às condições clínicas deficientes dessa população causam grande impacto na sua autopercepção da saúde bucal.

DESCRITORES: Adulto. Autoavaliação Diagnóstica. Saúde Bucal. Fatores Socioeconômicos. Inquéritos de Saúde Bucal.

^I Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

^{II} Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Pernambuco. Recife, PE, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Fundação Oswaldo Cruz - Pernambuco
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária
50670-420 Recife, PE, Brasil

Recebido: 16/04/2013
Aprovado: 24/06/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify self-perceived oral health in adults and associated variables.

METHODS: The study involved primary data from the Brazilian Oral Health Survey (SBBrasil) 2010 with 2,456 adults aged 35 to 44 in the Northeastern Brazil. The dependent variable was self-perceived oral health and the independent variables were grouped into four blocks: demographic, predisposing/facilitation, oral health status and those related to self-perceived need for treatment. The Rao and Scott test was used to test the association between these variables. To test the effect of the independent variables on the outcome, a multinomial logistic regression model was used according to the hierarchical model, resulting in an analysis divided into two stages: simple analysis and hierarchical multiple regression analysis.

RESULTS: Positive self-perception of oral health was observed in 37% of the participants. In the final model, the features directly associated with this perception were being white, having a household income exceeding R\$500.00, owning goods number above the median, having more sound teeth, not experiencing bleeding, not requiring prosthesis, Oral Impacts on Daily Performances = 0, not requiring treatment, having gone to the dentist less than 3 years ago.

CONCLUSIONS: The results show that self-perceived oral health in adults living in the Northeast is directly associated with a multidimensional structure of factors. The poor economic conditions associated with poor clinical conditions impact heavily on this population's self-perception of oral health.

DESCRIPTORS: Adult. Diagnostic Self Evaluation. Oral Health. Socioeconomic Factors. Dental Health Surveys.

INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida está intimamente relacionado ao de autopercepção que, em saúde, pode ser entendida como a interpretação das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. Baseia-se nas informações e nos conhecimentos de saúde e doença, modificados pela experiência, normas sociais e culturais de cada indivíduo.^{4,11,22}

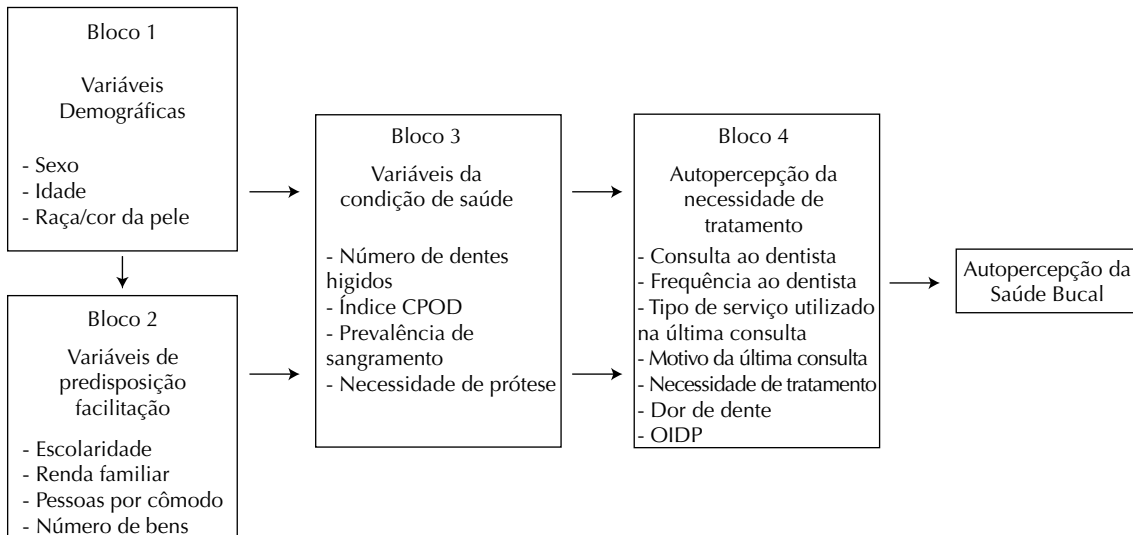
É reconhecida a importância dos aspectos sociais e psicológicos e é crescente o interesse no entendimento do impacto desses fatores também na saúde bucal dos indivíduos. Assim, muitos instrumentos de pesquisa, como questionários que visam estudar a influência da condição dos dentes na qualidade de vida, estão sendo desenvolvidos. Essas avaliações, realizadas por meio da autopercepção, são de grande importância para os profissionais da saúde, pois o comportamento de cada paciente é condicionado por essa percepção, pela importância dada a ela, pelos seus valores culturais e experiências passadas no sistema de saúde.¹⁹

Alguns autores^{18,19} afirmam que a autopercepção da saúde bucal apresenta aspectos multidimensionais, associados

a condições físicas e subjetivas relacionadas à boca. A autopercepção da saúde bucal é diretamente influenciada por razões sociais, econômicas e psicológicas que só podem ser explicadas e compreendidas quando os pacientes são ouvidos e quando os seus autodiagnósticos e suas opiniões são levados em consideração.

Assim, para se compreenderem os aspectos multidimensionais da autopercepção da saúde bucal, foram criados alguns modelos que buscam compreender os fatores que estão relacionados a essa percepção, bem como a inter-relação existente entre esses fatores. Como exemplo, Gift et al⁶ (1998) conjecturaram o modelo conceitual teórico em que a autopercepção da saúde bucal é uma função de múltiplos fatores, incluindo características demográficas individuais (idade e cor de pele), fatores de predisposição e facilitação (escolaridade, renda, autopercepção da saúde geral e orientações recebidas), fatores da condição de saúde bucal e fatores de autopercepção da necessidade de tratamento.²²

Constata-se também que para observação da autopercepção de saúde bucal, bem como os múltiplos fatores



CPOD: Soma dos Dentes (D); C = Cariados (afetados pela cárie e ainda não tratados); P = Perdidos (extraídos em decorrência da cárie); O = Obturados (acometidos pela cárie, porém tratados)

OIDP: *Oral Impacts on Daily Performances*.

Figura. Modelo hierarquizado das variáveis independentes adaptado do modelo explicativo proposto por Gift et al⁶ (1998).

que interferem nesse processo, vários índices também foram criados para se avaliarem os problemas funcionais, sociais e psicológicos decorrentes das doenças bucais. Como exemplo pode-se citar o Índice de Determinação da Saúde Bucal Geriátrica,² o *Oral Health Impact Profile*²⁰ e o *Dental Impact of Daily Living*.⁹ O *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) é um indicador sociodental que avalia a frequência e a severidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos, por meio de nove questionamentos, fornecendo um escore de impacto individual.⁷ Em 2010 foi realizado um levantamento nacional sobre as condições de saúde bucal da população brasileira em que foi utilizado o OIDP.¹⁷

O presente artigo teve o objetivo de apresentar a auto-percepção que os adultos residentes na região Nordeste têm da sua saúde bucal e identificar fatores associados.

MÉTODOS

O estudo utilizou os dados primários da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil 2010), realizada pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo foi descrever as condições de saúde bucal da população brasileira.

O SBBrazil 2010 analisou amostra de indivíduos residentes em 177 municípios e considerou cinco grupos etários: cinco, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos. Um total de 37.519 indivíduos foram examinados, dos quais 10.390 residiam na região Nordeste.^a O plano amostral constou de domínios relativos às capitais e municípios do interior. As unidades primárias de amostragem

foram: (a) município, para o interior das regiões, e (b) setor censitário, para as capitais.¹⁷

Foram realizados exames bucais para avaliar a prevalência e severidade dos principais agravos bucais, e aplicados questionários para coleta de dados sobre a condição socioeconômica, utilização de serviços odontológicos e percepção de saúde. Esses exames foram realizados nos domicílios selecionados por uma equipe de campo formada por um examinador e um anotador, que passaram por um processo de treinamento e calibração.¹⁷

Para este estudo, foram selecionados todos os indivíduos do SBBrazil 2010 residentes nos municípios pertencentes à região Nordeste do Brasil (capitais e interiores do estado) que tinham idades entre 35 e 44 anos. A variável dependente foi a auto-percepção da saúde bucal, determinada por meio da seguinte pergunta: “Com relação aos seus dentes e boca o (a) sr(a). está...?”, com cinco opções de respostas: *muito satisfeito, satisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito e muito insatisfeito*. No entanto, para melhor compreensão e organização dos resultados deste artigo, essas respostas foram agrupadas em três categorias: 1) satisfeito (muito satisfeito + satisfeito), 2) nem satisfeito nem insatisfeito e 3) insatisfeito (insatisfeito + muito insatisfeito).

A seleção das variáveis independentes foi baseada no modelo teórico de Gift et al⁶ (1998) com algumas adaptações, resultando em um modelo composto por quatro blocos de variáveis (Figura).

^a Ministério da Saúde (BR). Projeto SBBrazil 2010 – Pesquisa Nacional de saúde bucal. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

É importante destacar que o índice OIDP, utilizado como uma das variáveis do bloco 4 (variáveis relacionadas à autopercepção da necessidade de tratamento), foi analisado por meio de um questionário^a que continha as nove funções avaliadas pelo OIDP. Foi perguntado se tarefas diárias foram afetadas por causa dos dentes: alimentar-se, escovar os dentes, falar, sorrir, dormir, trabalhar ou estudar, passear e praticar esportes. As respostas eram 0 = nenhum impacto e 1 = com um ou mais impactos.

A necessidade de prótese avaliada foi definida pelo profissional examinador. Os bens considerados foram: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, microcomputador e número de carros. A necessidade de tratamento avaliada foi a autorreferida pelo entrevistado.

A análise dos dados inicialmente foi realizada com a distribuição das variáveis independentes segundo a variável dependente, e o teste Rao & Scott¹⁵ foi utilizado para testar a associação entre elas. Esse teste é específico para amostras complexas e apenas testa associação entre variáveis qualitativas, sem informar sobre qual categoria apresentou maior efeito sobre o desfecho.

Para testar o efeito das variáveis independentes sobre o desfecho, foi utilizado o modelo de regressão logística multinomial segundo o modelo hierarquizado proposto por Victora et al²³ (1997). A análise hierarquizada seguiu os níveis em que foram organizados os quatro blocos de variáveis segundo o modelo apresentado pela Figura. Assim, essa análise se deu em duas etapas: simples e múltipla hierarquizada.

Na análise simples verificou-se a associação entre cada variável independente e o desfecho, sendo considerado “insatisfeito” como categoria de referência da variável dependente. Nessa etapa, foi calculada a *odds ratio* (OR) e seu respectivo intervalo de 95% de confiança, e adotado o nível de 5% de significância.

Posteriormente, realizou-se a análise múltipla. Nessa etapa, dentro de cada nível hierárquico, as variáveis que apresentaram $p < 0,25$ foram testadas em modelos múltiplos. Ao final da análise múltipla, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada nível e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes. Adotou-se como critério a estratégia do modelo hierarquizado e as inter-relações entre os diversos grupos de fatores. Vale destacar que o objetivo de se adotar um modelo teórico *a priori* requer que o processo de modelagem seja fiel às relações expostas em tal modelo. Nesse sentido, renunciou-se ao simples exercício de associação entre variáveis em prol de um foco explicativo voltado para o referencial teórico-metodológico assumido no estudo.

As análises foram realizadas com o auxílio do programa SPSS 13.0, considerando-se o desenho complexo da amostra. Esse ajuste foi necessário porque a amostra do Projeto SBBrazil 2010 foi por conglomerados, e estimativas que não levam em consideração a organização por *cluster* da amostra tendem à superestimação e perda da precisão das estimativas.¹⁰

O Projeto SBBrazil 2010 foi conduzido dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sob o registro nº 15.498, em 7 de janeiro de 2010.

RESULTADOS

Do total de 10.390 indivíduos residentes na região Nordeste, 2.456 tinham idade entre 35 e 44 anos. Desses indivíduos, 64,9% eram do sexo feminino, 74,8% possuíam renda de até R\$ 1.500,00 e 51,1% tinham até nove anos de estudo. Entre os entrevistados, 37,0% afirmaram que estavam satisfeitos (muito satisfeito + satisfeito) com sua saúde bucal, 17,5% consideravam-se nem satisfeito nem insatisfeito e 44,7% diziam-se insatisfeitos (insatisfeitos + muito insatisfeito).

A Tabela 1 apresenta a análise descritiva das prevalências das respostas para a pergunta relacionada à autopercepção de saúde bucal, segundo as variáveis independentes selecionadas. Assim, em relação às variáveis demográficas, apenas a variável cor da pele apresentou associação com o desfecho ($p < 0,05$).

Todas as variáveis de predisposição/facilitação apresentaram associação ($p < 0,05$) com a autopercepção da saúde bucal; maior insatisfação foi observada entre aqueles com menor renda (50,8%) e 56,2% dos que tinham maior renda (acima de R\$ 2.500,00) estavam satisfeitos.

Das variáveis relacionadas às condições de saúde bucal, apresentaram associação estatística com o desfecho: insatisfação entre os que tinham um número de dentes hígidos abaixo da mediana (50,6%), sangramento (52,6%) e necessitavam de prótese (50,3%).

Entre as variáveis associadas com a autopercepção da necessidade de tratamento, apenas consulta ao dentista não teve associação estatística; as demais variáveis apresentaram uma insatisfação de acordo com: frequência ao dentista (três anos ou mais 55,8%), tipo de serviço utilizado na última consulta (público 49,4%), motivo da última consulta (dor 59,6%), necessidade de tratamento (52,5%), presença de dor de dente (59,6%) e o OIDP ≥ 1 (60,2%).

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise simples. Dentre as variáveis que apresentaram significância

Tabela 1. Análise descritiva das prevalências e respectivos intervalos de confiança para as respostas avaliadas segundo bloco de variáveis analisadas. SBBrazil, 2010.

Variável	Amostra		Satisfeito		Nem satisfeito Nem insatisfeito		Insatisfeito		Total
	%	%	IC95%	%	IC 95%	%	IC95%		
Bloco 1									
Sexo									
Feminino	35,1	35,8	32,4;39,3	18,0	15,0;21,3	46,2	41,8;50,8	100,0	
Masculino	64,9	40,2	35,3;45,2	17,0	14,2;20,3	42,8	37,9;47,8	100,0	
Idade (anos)									
≤ 39	51,5	37,0	33,2;41,0	16,7	14,0;19,8	46,3	41,9;50,7	100,0	
> 39	48,5	37,6	33,5;41,9	18,6	15,2;22,6	43,8	39,3;48,3	100,0	
Cor da pele*									
Não branca	73,1	35,3	31,7;39,0	17,4	14,8;20,3	47,3	42,9;51,8	100,0	
Branca	26,9	42,8	37,8;47,9	18,3	13,5;24,2	38,9	34,0;44,1	100,0	
Bloco 2									
Escolaridade (anos)*									
0-10	56,1	33,8	29,6;38,2	18,5	14,7;22,9	47,7	43,1;52,5	100,0	
11-15	43,9	41,7	37,1;46,5	16,6	14,0;19,6	41,7	36,1;46,1	100,0	
Renda familiar (R\$)*									
Até 500,00	25,5	29,0	23,2;35,5	20,2	14,9;26,7	50,8	44,9;56,7	100,0	
> 500,00 e < 2.500,00	64,4	37,4	33,8;41,2	16,3	13,7;19,4	46,3	40,2;50,6	100,0	
> 2.500,00	10,1	56,2	48,5;63,6	18,0	13,6;23,5	25,8	19,4;33,4	100,0	
Pessoas por cômodo*									
Acima da mediana (> 1,5)	53,6	32,5	27,7;37,6	18,8	15,3;22,8	48,7	44,1;53,4	100,0	
Abaixo da mediana (≤ 1,5)	46,4	41,5	37,4;45,7	16,7	13,8;19,9	41,8	37,3;46,6	100,0	
Número de bens*									
Abaixo da mediana (≤ 6)	56,2	32,5	29,1;36,0	18,8	15,7;22,5	48,7	44,6;52,8	100,0	
Acima da mediana (> 6)	43,8	43,6	38,7;48,6	16,0	13,1;19,4	40,4	35,5;45,6	100,0	
Bloco 3									
Número de dentes hígidos*									
Abaixo da mediana (≤ 14)	52,9	33,8	30,4;37,3	15,6	12,5;19,4	50,6	45,9;55,2	100,0	
Acima da mediana (> 14)	47,1	40,9	36,2;45,8	19,9	16,6;23,5	39,2	34,7;44,0	100,0	
Índice CPOD*									
Acima da mediana (> 17)	45,5	34,7	31,3;38,2	15,4	12,2;19,3	49,9	45,3;54,5	100,0	
Abaixo da mediana (≤ 17)	54,5	39,2	34,8;43,9	19,5	16,4;22,8	41,3	36,9;45,9	100,0	
Prevalência de sangramento*									
Sim	44,4	30,9	27,4;34,7	16,5	13,5;19,9	52,6	47,9;57,3	100,0	
Não	55,6	42,4	38,4;46,6	18,6	15,4;22,3	39,0	34,7;43,5	100,0	
Necessidade de prótese*									
Necessita	78,9	31,2	28,2;34,4	18,5	15,8;21,6	50,3	46,3;54,2	100,0	
Não necessita	21,1	55,3	48,5;61,9	13,1	9,6;17,6	31,6	25,3;38,8	100,0	
Bloco 4									
Consulta ao dentista									
Não	8,8	36,5	23,8;51,5	19,0	10,8;31,1	44,5	32,8;56,9	100,0	
Sim	90,7	37,5	34,4;40,7	17,4	15,1;20,1	45,1	41,4;48,8	100,0	
Frequência ao dentista*									
Menos de 1 ano	51,0	44,0	39,9;48,2	18,3	15,6;21,3	37,7	33,4;42,1	100,0	
De 1 a 2 anos	25,1	32,3	27,0;38,1	17,6	13,4;22,8	50,1	44,3;56,0	100,0	
3 anos ou mais	22,8	28,1	22,9;33,9	16,1	12,0;21,3	55,8	49,4;62,1	100,0	
Tipo de serviço utilizado na última consulta*									
Público	41,3	33,1	29,1;37,3	17,5	13,6;22,2	49,4	44,2;54,6	100,0	
Particular	41,8	40,0	34,9;45,3	16,2	13,3;19,5	43,8	38,7;49,1	100,0	
Plano de saúde	15,0	43,5	37,9;49,3	21,0	16,4;26,4	35,5	30,2;41,2	100,0	
Outros	1,5	30,1	15,4;50,4	15,3	4,7;39,7	54,6	32,7;74,7	100,0	

Continua

Continuação

Motivo da última consulta*								
Revisão/prevenção	20,2	54,1	47,1;61,0	17,7	13,1;23,5	28,2	22,5;34,6	100,0
Dor	12,2	24,5	18,3;32,0	15,9	11,0;22,4	59,6	51,9;66,9	100,0
Extração	24,8	26,9	21,8;32,7	20,3	16,0;25,3	52,8	47,4;58,2	100,0
Tratamento	40,4	39,3	35,1;43,6	16,1	13,1;19,7	44,6	39,5;49,8	100,0
Outros	1,6	53,7	35,5;71,0	11,3	2,7;36,8	35,0	20,5;52,8	100,0
Necessidade de tratamento*								
Sim	79,0	28,4	25,6;31,3	19,1	16,3;22,3	52,5	48,7;56,2	100,0
Não	18,8	73,4	66,9;79,0	11,2	7,9;15,5	15,4	11,6;20,4	100,0
Dor de dente*								
Sim	26,2	21,1	16,9;26,1	19,3	14,6;25,2	59,6	53,1;65,7	100,0
Não	73,2	43,1	39,6;46,7	16,6	14,4;19,2	40,3	36,5;44,1	100,0
OIDP*								
OIDP ≥ 1	52,6	21,4	18,4;24,7	18,4	15,0;22,4	60,2	56,0;64,3	100,0
OIDP = 0	47,4	54,9	49,9;59,9	16,8	14,1;19,9	28,3	23,9;33,1	100,0

* $p < 0,05$ (Teste de Rao e Scott)

CPOD: Soma dos Dentes (D); C = Cariados (afetados pela cárie e ainda não tratados); P = Perdidos (extraídos em decorrência da cárie); O = Obturados (acometidos pela cárie, porém tratados).

OIDP: *Oral Impacts on Daily Performances*.

estatística, constata-se que no bloco 1 os indivíduos brancos eram mais satisfeitos com a saúde bucal do que os não brancos. Para o bloco 2, os indivíduos que se consideravam satisfeitos tinham mais anos de estudo (11-15 anos), renda > R\$ 2.500,00, moravam em residências com um número de pessoas por cômodo abaixo da mediana ($\leq 1,5$) e tinham número de bens acima da mediana (> 6). No bloco 3, observou-se que os mais satisfeitos possuíam maior número de dentes hígidos, menor CPOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) médio, não apresentavam sangramento e não necessitavam de próteses. Para o bloco 4, eram mais satisfeitos com sua saúde bucal aqueles indivíduos que foram ao dentista há menos de um ano, realizaram sua última consulta pelo plano de saúde, tiveram outros motivos como causa da última consulta, não necessitavam de tratamento dentário, não tinham dor de dente e que apresentaram valor de OIDP = 0.

Na análise múltipla (Tabela 3), observa-se que, após ajustes, as variáveis cor da pele, renda familiar, número de bens, número de dentes hígidos, prevalência de sangramento, necessidade de prótese, OIDP, necessidade de tratamento, frequência ao dentista e motivo da última consulta estiveram diretamente associadas à autopercepção da saúde bucal.

DISCUSSÃO

A autopercepção negativa da saúde bucal foi prevalente (44,7%) na faixa etária analisada. A maior insatisfação observada esteve fortemente associada às variáveis relacionadas às condições de predisposição/facilitação, às condições de saúde bucal que os indivíduos apresentaram durante os exames clínicos e àquelas relacionadas à autopercepção da necessidade de tratamento. Entre as

variáveis demográficas apenas a cor da pele apresentou associação com a insatisfação.

Assim, no que diz respeito às condições socioeconômicas (variáveis do bloco 2), constatou-se que baixa escolaridade, baixa renda, habitação deficiente (morar em residências com muitas pessoas por cômodos) e ter poucos bens apresentaram uma relação direta com a insatisfação. É sabido que os aspectos socioeconômicos de cada indivíduo influenciam diretamente suas condições de saúde bucal, pois tais fatores estão associados a um maior ou menor conhecimento dos hábitos de vida saudáveis e, conseqüentemente, do reconhecimento em maior ou menor grau da necessidade de assistência odontológica. Além disso, são condições que influenciam diretamente no modo de viver de cada indivíduo. As condições de vida e de trabalho qualificam, de forma diferenciada, a maneira pela qual as pessoas pensam, sentem e agem a respeito de sua saúde.^{1,7} Estudos^{1,7} afirmam que baixo nível de escolaridade e baixa renda têm relação com maior prevalência de impactos negativos na saúde bucal e que menor renda associa-se com nível educacional, valor atribuído à saúde, estilo de vida e acesso à informação sobre cuidados de saúde.

Quanto às variáveis relacionadas às condições de saúde bucal (bloco 3), observa-se que todas tiveram associação com a autopercepção da saúde bucal e que condições negativas – como menor número de dentes hígidos, CPOD elevado, presença de sangramento e necessidade de próteses – foram fatores diretamente associados com a autopercepção negativa da saúde bucal. Esses achados podem ser explicados pelo fato de que tais condições, além de gerarem desconfortos clínicos para os indivíduos, comprometem muitas vezes sua função mastigatória e podem também ser responsáveis por gerar uma

Tabela 2. Valores de *odds ratio* bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise simples para associação entre as variáveis apresentadas no modelo hierárquico e a insatisfação com a saúde bucal. SBBrazil, 2010.

Variáveis	Satisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Valor p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Bloco 1					
Sexo					0,247
Feminino	1	-	1	-	
Masculino	1,213	0,941;1,564	1,025	0,780;1,347	
Idade (anos)					0,497
≤ 39	1	-	1	-	
> 39	1,074	0,866;1,332	1,178	0,889;1,560	
Cor da pele					0,016
Não branca	1	-	1	-	
Branca	1,476	1,133;1,922	1,276	0,849;1,917	
Bloco 2					
Escolaridade (anos)					0,043
0 a 10	1	-	1	-	
11 a 15	1,415	1,064;1,882	1,035	0,732;1,464	
Renda familiar (R\$)					< 0,001
Até 500,00	1	-	1	-	
> 500,00 e < 2.500,00	1,416	1,049;1,912	0,889	0,617;1,280	
> 2.500,00	3,817	2,398;6,075	1,758	1,047;2,950	
Pessoas por cômodo					0,030
Acima da mediana (> 1,5)	1	-	1	-	
Abaixo da mediana (≤ 1,5)	1,486	1,106;1,996	1,033	0,783;1,364	
Número de bens					0,001
Abaixo da mediana (≤ 6)	1	-	1	-	
Acima da mediana (> 6)	1,616	1,259;2,074	1,021	0,772;1,351	
Bloco 3					
Número de dentes hígidos					< 0,001
Abaixo da mediana (≤ 14)	1	-	1	-	
Acima da mediana (> 14)	1,561	1,245;1,957	1,632	1,193;2,233	
Índice CPOD					0,002
Acima da mediana (> 17)	1	-	1	-	
Abaixo da mediana (≤ 17)	1,365	1,106;1,686	1,517	1,140;2,018	
Prevalência de sangramento					< 0,001
Sim	1	-	1	-	
Não	1,855	1,464;2,350	1,527	1,115;2,091	
Necessidade de prótese					< 0,001
Necessita	1	-	1	-	
Não necessita	2,810	2,125;3,716	1,122	0,723;1,741	
Bloco 4					
Consulta ao dentista					0,951
Não	1	-	1	-	
Sim	1,015	0,547;1,882	0,909	0,489;1,690	
Frequência ao dentista					< 0,001
Menos de 1 ano	2,327	1,672;3,240	1,686	1,128;2,520	
De 1 a 2 anos	1,282	0,886;1,857	1,218	0,804;1,846	
3 anos ou mais	1	-	1	-	
Tipo de serviço utilizado na última consulta					0,016
Público	1	-	1	-	
Particular	1,363	1,034;1,795	1,042	0,725;1,496	
Plano de saúde	1,832	1,311;2,561	1,672	1,083;2,583	
Outros	0,824	0,324;2,097	0,794	0,191;3,303	

Continua

Continuação

Motivo da última consulta					< 0,001
Revisão/prevenção	1	-	1	-	
Dor	0,214	0,130;0,351	0,422	0,229;0,779	
Extração	0,265	0,172;0,410	0,609	0,391;0,948	
Tratamento	0,458	0,323;0,650	0,574	0,382;0,862	
Outros	0,800	0,378;1,694	0,515	0,092;2,878	
Necessidade de tratamento					< 0,001
Sim	1	-	1	-	
Não	8,763	6,042;12,710	1,977	1,284;3,042	
Dor de dente					< 0,001
Sim	1	-	1	-	
Não	3,023	2,234;4,092	1,274	0,904;1,795	
OIDP					< 0,001
OIDP \geq 1	1	-	1	-	
OIDP = 0	5,466	4,208;7,101	1,938	1,463;2,568	

CPOD: Soma dos Dentes (D); C = Cariados (afetados pela cárie e ainda não tratados); P = Perdidos (extraídos em decorrência da cárie); O = Obturados (acometidos pela cárie, porém tratados).

OIDP: *Oral Impacts on Daily Performances*

autopercepção negativa da sua estética bucal, resultando em insatisfações ao sorrir ou falar. Haikal et al⁸ (2011) também observaram que, quanto menor o número médio de dentes presentes e maiores os valores de CPOD, mais negativa é a autopercepção da saúde bucal.

Os indivíduos com necessidade de próteses dentárias tenderam a fazer uma avaliação negativa da sua saúde bucal. Observa-se que a necessidade de reabilitação protética é uma situação clínica que implica diretamente na qualidade da mastigação, bem como na autopercepção do sorriso, e gera, muitas vezes, constrangimento para falar e sorrir, além de dificuldades nas relações interpessoais. Dessa maneira, o resultado aqui encontrado vem corroborar os achados observados em um estudo realizado no Brasil⁴ que também constatou que a necessidade de prótese dentária está diretamente associada com a autopercepção negativa da saúde bucal.

As condições clínicas apresentaram forte associação com a autopercepção negativa da saúde bucal. Outros inquéritos^{2,19,21} relatam ainda relação entre a percepção da condição bucal e algumas variáveis clínicas, mas tal associação foi relativamente fraca. Esses estudos justificam tal achado pelo fato de que muitas das doenças detectadas no exame clínico são assintomáticas e provavelmente desconhecidas do indivíduo. Além disso, trabalhos^{1,18} também afirmam que a maioria das pessoas vê sua condição bucal de maneira favorável, mesmo em condições clínicas não satisfatórias, provavelmente porque as medidas clínicas de saúde utilizadas pelo profissional são preditores relativamente fracos da percepção de saúde bucal das pessoas.

Em relação às variáveis relacionadas à autopercepção da necessidade de tratamento (bloco 4), ter ido ou não ao dentista antes da entrevista não teve associação com a autopercepção da saúde bucal. No entanto, variáveis como frequência ao dentista, tipo de serviço utilizado na

última consulta, motivo da última consulta, necessidade de tratamento, dor de dente e OIDP estiveram fortemente associadas com o desfecho. Constatou-se que intervalos mais longos de visitas ao dentista foram a opção que estava mais fortemente associada com a insatisfação, ou seja, 55,8% dos indivíduos que iam ao dentista com uma frequência maior que três anos consideravam-se insatisfeitos com sua saúde bucal. Tal achado corrobora os resultados encontrados por Matos & Lima-Costa¹² (2006), que utilizaram os dados do SBBrazil 2003 e também constataram que o fato de ter visitado o dentista há três ou mais anos foi importante para aumentar as chances de o adulto autoavaliar sua saúde bucal como ruim.

Observou-se que os indivíduos que realizaram sua última consulta odontológica no serviço público apresentaram associação da insatisfação com sua saúde bucal. Tal achado é de grande importância, pois gera a necessidade de maior reflexão de como estão sendo realizadas as políticas públicas de saúde bucal no País, em especial no Nordeste, que, historicamente, apresenta uma situação de menor oferta de assistência odontológica para sua população. A dificuldade e demora em se conseguir atendimento odontológico na rede pública resulta em danos para os indivíduos que repercutem diretamente na sua satisfação com a condição de saúde bucal, além de agravar possíveis problemas já instalados. Camargo et al⁵ (2009) também constataram em seu estudo que aqueles que buscavam assistência no serviço público tinham uma menor frequência de uso em relação aos que buscavam na rede privada e que, entre os que buscavam assistência na rede pública, o uso regular é menor entre os mais pobres e menos escolarizados. Afirmaram que, embora o Sistema Único de Saúde tenha uma importante função de diminuir as desigualdades (princípio da equidade), parece que tal função não vem sendo desenvolvida. No entanto, não é possível afirmar se tal demora ocorre por dificuldades

Tabela 3. Valores de *odds ratio* ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinomial para associação entre a autopercepção da saúde bucal e os quatro blocos de variáveis analisadas. SBBrazil, 2010.

Variável	Satisfeito		Nem satisfeito nem insatisfeito		Valor p
	OR	IC95%	OR	IC95%	
Bloco 1 ^a					
Cor da pele					0,016
Não branca	1	-	1	-	
Branca	1,476	1,133;1,922	1,276	0,849;1,917	
Bloco 2 ^b					
Renda familiar (R\$)					< 0,001
Até 500,00	1	-	1	-	
> 500,00 e < 2.500,00	1,271	0,925;1,747	0,885	0,602;1,302	
> 2.500,00	2,956	1,844;4,740	1,697	0,908;3,171	
Número de bens					0,077
Abaixo da mediana (≤ 6)	1	-	1	-	
Acima da mediana (> 6)	1,324	1,023;1,714	0,971	0,720;1,310	
Bloco 3 ^c					
Número de dentes hígidos					< 0,001
Abaixo da mediana (≤ 14)	1	-	1	-	
Acima da mediana (> 14)	1,689	1,332;2,141	1,897	1,335;2,697	
Prevalência de sangramento					0,004
Sim	1	-	1	-	
Não	1,536	1,189;1,983	1,396	0,987;1,975	
Necessidade de prótese					< 0,001
Necessita	1	-	1	-	
Não necessita	2,008	1,469;2,745	0,828	0,515;1,330	
Bloco 4 ^d					
OIDP					< 0,001
OIDP ≥ 1	1	-	1	-	
OIDP = 0	4,385	3,215;5,982	1,963	1,396;2,762	
Necessidade de tratamento					< 0,001
Sim	1	-	1	-	
Não	5,953	3,641;9,734	1,636	0,911;2,940	
Frequência ao dentista					0,001
Menos de 1 ano	1,866	1,279;2,721	1,539	0,974;2,433	
De 1 a 2 anos	1,129	0,710;1,794	1,226	0,778;1,930	
3 anos ou mais	1	-	1	-	
Motivo da última consulta					0,009
Revisão/prevenção	1	-	1	-	
Dor	0,410	0,232;0,724	0,528	0,272;1,027	
Extração	0,443	0,284;0,693	0,702	0,414;1,191	
Tratamento	0,580	0,392;0,859	0,568	0,373;0,865	
Outros	1,131	0,472;2,713	0,704	0,113;4,378	

+ CPOD: Soma dos Dentes (D); C = Cariados (afetados pela cárie e ainda não tratados); P = Perdidos (extraídos em decorrência da cárie); O = Obturados (acometidos pela cárie, porém tratados).

IDP: *Oral Impacts on Daily Performances*.

^aAjustada pelas variáveis do Bloco 1

^bAjustada pelas variáveis dos blocos 1 e 2

^cAjustada pelas variáveis dos blocos 1, 2 e 3

^dAjustada pelas variáveis dos blocos 1, 2, 3 e 4

em se conseguir atendimento odontológico ou por pouco interesse por parte do entrevistado em buscar atendimento. Portanto, inquéritos mais detalhados sobre esse aspecto precisam ser realizados. Com efeito, o fato de se analisar um estudo transversal não permite relações temporais de causalidade entre as variáveis independentes e o desfecho analisado. Dessa forma, a

insatisfação tanto pode anteceder como pode suceder o tipo de serviço utilizado.

A presença de dor e de dor de dente observada por este estudo como um fator diretamente associado com a insatisfação da condição de saúde bucal também foi considerada por alguns estudos^{1,3,5,14} como um

dos fatores que geram insatisfação e que levam os indivíduos a buscar atendimento odontológico. Esse dado merece destaque, pois sugere que a busca por serviços odontológicos por parte dos entrevistados pode muitas vezes estar restrita às situações de urgência. Possivelmente, não existiria uma cultura de se buscar assistência para as ações preventivas, o que é um aspecto bastante negativo para a saúde bucal da população. Segundo estudo¹⁴ realizado em Araraquara, SP, com a população adulta de 35-44 anos, no momento de busca pelo alívio, pouca interação é esperada entre paciente e cirurgião-dentista quanto à educação, instrução e controle de placa bacteriana. Dessa maneira, as ações dos serviços de saúde bucal devem enfatizar abordagens que estimulem os indivíduos a valorizar as ações preventivas e que possibilitem um maior vínculo desses com os serviços odontológicos e com os profissionais, da rede pública ou privada, para que os pacientes tenham maior conhecimento dos hábitos de vida saudável e do processo saúde-doença. A necessidade de tratamento odontológico também foi constatada por Soares et al²¹ (2011) como um fator fortemente associado com a autopercepção da saúde bucal.

Observou-se que indivíduos que afirmaram estar insatisfeitos com sua saúde bucal foram os que apresentaram um índice OIDP ≥ 1 . A alta prevalência dos impactos bucais no desempenho diário na população estudada também foi observada por Gomes & Abegg⁷ (2007) em seu estudo realizado com adultos na mesma faixa etária analisada. Tais autores afirmam que essa faixa etária é a que apresenta maior prevalência de impacto das condições bucais na vida diária e que tal achado pode estar relacionado à maior presença de necessidades de tratamento não atendidas, em virtude da dificuldade de acesso ao tratamento clínico deste grupo etário.

Em relação às variáveis demográficas (bloco 1) analisadas, apenas a cor da pele apresentou significância estatística com o desfecho, em que os indivíduos não

brancos eram mais insatisfeitos com sua saúde bucal. Estudos realizados nos Estados Unidos^{5,13} afirmam que indivíduos brancos têm uma percepção de saúde bucal mais positiva do que os não brancos. No entanto, estudo⁵ realizado com a população adulta da cidade de Pelotas, RS, observou que o efeito bruto da variável cor da pele desapareceu após o controle para essa variável. Embora estudos^{6,16} afirmem que a autopercepção negativa da saúde bucal aumente com a idade e que o sexo também tem uma relação com a autopercepção de saúde bucal, o presente inquérito não encontrou associação estatística com tais fatores.

Com efeito, os resultados do modelo final da análise hierarquizada mostram que a autopercepção da saúde bucal dos adultos residentes no Nordeste está diretamente associada a uma estrutura multidimensional de fatores. O modelo de Gift et al⁶ (1998) funcionou como uma estratégia balizadora do processo de modelagem, estabelecendo relações entre variáveis independentes distais e proximais ao desfecho estudado. Além disso, observa-se que, após ajuste das variáveis na regressão logística, condições como: renda familiar, número de dentes hígidos, necessidade de prótese, maior índice OIDP e necessidade de tratamento foram as que mostraram maior força com o desfecho ($p < 0,001$). As baixas condições econômicas associadas às condições clínicas de saúde bucal deficientes da população adulta do Nordeste causam grande impacto na autopercepção de saúde bucal desses indivíduos, mostrando assim que as políticas públicas voltadas para a melhoria da qualidade de vida dessa população, notadamente menos favorecida, precisam ser fortalecidas e, possivelmente, reorientadas.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação Nacional de Saúde Bucal/Ministério da Saúde pela cessão e envio do banco de dados do SBBrazil 2010.

REFERÊNCIAS

1. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(5):1063-72. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000500013
2. Atchison KA, Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. *J Dent Educ*. 1990;54(11):680-7.
3. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res*. 1997;11(2):272-80. DOI: 10.1177/08959374970110021001
4. Bombarda-Nunes FF, Miotto MHMB, Barcellos LA. Autopercepção de saúde bucal do agente comunitário de saúde de Vitória, ES, Brasil. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2008;8(1):7-14. DOI: 10.4034/1519.0501.2008.0081.0003
5. Camargo MJB, Dumith SC, Barros AJD. Uso regular de serviços odontológicos entre adultos: padrões de utilização e tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2009;25(9):1894-906. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000900004
6. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res*. 1998;77(7):1529-38. DOI: 10.1177/00220345980770070801
7. Gomes AS, Abegg C. O impacto odontológico no desempenho diário dos trabalhadores do Departamento Municipal de Limpeza Urbana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007;23(7):1707-14. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000700023
8. Haikal DS, Paula AMB, Martins AMEBL, Moreira NA, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(7):3317-29. DOI: 10.1590/S1413-81232011000800031
9. Leão A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on dally living. *J Dent Res*. 1995;74(7):1408-13. DOI: 10.1177/00220345950740071301
10. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):421-35. DOI: 10.1590/S0102-311X2009000200021
11. Martins AMEBL, Barreto SM, Silveira MF, Santa-Rosa TTA, Pereira RD. Self-perceived oral health among Brazilian elderly individuals. *Rev Saude Publica*. 2010;44(5):912-22. DOI: 10.1590/S0034-89102010005000028
12. 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):1699-07. DOI: 10.1590/S0102-311X2006000800018
13. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent*. 1995;55(4):197-04. DOI: 10.1111/j.1752-7325.1995.tb02370.x
14. Pinellia C, Turrionib APS, Loffredoa LCM. Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade. *Rev odontol UNESP*. 2008;37(2):163-9.
15. Rao JNK, Scott AJ. On simple adjustments to chi-squared test with sample survey data. *Ann Stat*. 1987;15(1):385-97. DOI: 10.1214/aos/1176350273
16. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health statusn and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol*. 1980;14A(6):597-605. DOI: 10.1016/0160-7979(80)90063-6
17. Roncalli AG, Silva NN, Nascimento AC, Freitas CHSM, Casotti E, Peres KG et al. Aspectos metodológicos do Projeto SB Brasil 2010 de interesse para inquéritos nacionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2012;28Suppl:40-57. DOI: 10.1590/S0102-311X2012001300006
18. Silva SRC, Castellanos Fernandes RA. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saude Publica*. 2001;35(4):349-55. DOI: 10.1590/S0034-89102001000400003
19. Silva SRC, Rosell FL, Valsecki Jr A. Percepção das condições de saúde bucal por gestantes atendidas em uma unidade de saúde no município de Araraquara, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2006;6(4):405-10. DOI: 10.1590/S1519-38292006000400007
20. Slade GD, Spencer AJ. Social impact of oral conditions among older adults. *Aust Dent J*. 1994;39(6):358-64. DOI: 10.1111/j.1834-7819.1994.tb03106.x
21. Soares GB, Batista RM, Zandonade E, Oliveira AE. Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais. *Rev Bras Odontol*. 2011;68(2):268-73.
22. Vasconcelos LCA, Prado Jr RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1101-10. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000600009
23. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7. DOI: 10.1093/ije/26.1.224

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – SBBrasil 2010 foi financiada pela Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde (COSAB/MS), por meio do Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal, Faculdade de Saúde Pública da USP (CECOL/USP), processo nº 750398/2010.

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores.

Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.