

Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003

Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: results from the SB-Brasil Project, 2003

Divane Leite Matos ^{1,2}
Maria Fernanda Lima-Costa ^{1,2}

Abstract

The aim of this study was to determine which characteristics (predisposing and enabling, oral health, perceived need for dental treatment, and behavior) are independently associated with self-rated oral health among adults and older adults in Southeast Brazil. The study was based on 3,240 participants in the SB-Brasil Project/Southeast. The characteristics of those who rated their oral health as good/very good were compared to those who rated it as fair, poor, or very poor. The following characteristics were significantly and independently associated with better self-rated oral health among adults: monthly household income \geq US\$ 60.00, no current perceived need for dental treatment, place of residence in cities with $>$ 50,000 inhabitants, and visit to the dentist \geq 3 years previously. Among older adults the factors were: monthly household income \geq US\$ 60.00, no current perceived need for dental treatment, and 1-19 permanent teeth. Our results confirm those observed in other countries, showing associations between self-rated oral health and predisposing and enabling factors, oral health, perceived need for dental treatment, and behavior.

Oral Health; Adult; Aged

Introdução

A auto-avaliação da saúde bucal é uma medida que sintetiza a condição objetiva da saúde bucal, a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados à mesma ^{1,2}. Essa avaliação reflete a qualidade de vida, está associada às condições de saúde geral, assim como a comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde ^{1,3}.

Apesar da importância da auto-avaliação da saúde bucal, essa medida ainda é pouco utilizada, principalmente em estudos de base populacional ⁴. Quase todos os estudos sobre a auto-avaliação da saúde bucal foram realizados em países desenvolvidos, principalmente nos Estados Unidos ^{1,5,6,7}. Estudos sobre a auto-avaliação da saúde bucal são raros no Brasil ² e, pelo nosso conhecimento, estudos de base populacional sobre o tema são inexistentes neste país.

Entre os estudos conduzidos nos Estados Unidos, um foi realizado entre empregados de duas companhias de seguro ⁵ e dois foram realizados entre adultos ¹ e idosos ⁶ residentes na cidade de Los Angeles, Califórnia. Um estudo mais abrangente foi conduzido entre pessoas com 35-44 anos e 65-74 residentes em três cidades americanas, que representavam cinco diferentes grupos étnicos ⁷. A auto-avaliação da saúde bucal como boa ou muito boa predominou de forma consistente em todos os estudos, variando entre 64,2 e 75,9%. Com relação

¹ Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.

² Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência

D. L. Matos
Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais, Av. Augusto de Lima 1715, sala 609, Belo Horizonte, MG 30190-002, Brasil.
divane@cpqrr.fiocruz.br

aos fatores associados à melhor auto-avaliação da saúde, verificou-se que essa percepção estava associada a perceber melhor a condição geral de saúde^{1,6,7}, maior número de visitas ao dentista⁷, necessidade auto-referida de tratamento odontológico¹, presença de maior número de dentes permanentes^{1,5,6}, menor número de dentes cariados ou restaurados^{1,5}, melhor condição periodontal^{1,2,5} e indicadores de melhor condição sócio-econômica, tais como maior escolaridade^{1,6,7}, maior renda⁷, ou ser branco^{1,6}.

No Brasil, a auto-avaliação da saúde bucal foi estudada em 201 idosos (sessenta ou mais anos de idade) atendidos em um centro de saúde na cidade de Araraquara, São Paulo. A maioria dos participantes (56,4%) avaliou a sua saúde bucal como excelente a boa e 13% como ruim ou péssima. A auto-avaliação da saúde bucal apresentou associação independente com três diferentes indicadores da condição de saúde bucal, quais sejam: (a) *Geriatric Oral Health Assessment Index* (GOHAI) – constituído por 12 perguntas que avaliam se nos últimos três meses o idoso apresentou algum problema funcional, psicológico ou doloroso devido a problemas bucais, (b) presença de dentes com extração indicada e (c) Índice Comunitário de Tratamento e Necessidade Periodontal (CPITN)².

Gift et al.¹ elaboraram um modelo explicativo para a auto-avaliação da saúde bucal, incluindo quatro conjuntos de fatores: (a) predisposição e facilitação (recursos que facilitam e provêm meios para o uso de serviços que buscam melhorar ou manter a saúde), (b) nível atual de doenças e condições bucais, (c) percepção da necessidade de tratamento e (d) comportamentos em relação à saúde bucal. No presente trabalho, esse modelo foi utilizado para examinar os fatores associados à auto-avaliação da saúde bucal entre adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos) residentes na Região Sudeste do Brasil.

Material e métodos

Fonte de dados

Foi utilizada a base de dados do Projeto SB-Brasil: *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira*. Trata-se de um inquérito realizado pelo Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Bucal, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde nos anos de 2002 e 2003⁸. Esse estudo de base populacional foi realizado em 250 municípios (cinquenta em cada uma das cinco macrorre-

giões brasileiras), considerando seis grupos etários (18-36 meses, 5 anos, 12 anos, 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos). A seleção de participantes foi feita por meio de amostra probabilística por conglomerados, obtida em três estágios de seleção: os municípios foram as unidades primárias, os setores censitários foram as unidades secundárias e as quadras e domicílios foram as unidades terciárias de seleção. Todos os moradores dos domicílios selecionados, pertencentes aos grupos etários acima mencionados – e que concordaram em participar – foram entrevistados e examinados clinicamente. Na Região Sudeste foram examinados 23.891 indivíduos. Maiores detalhes podem ser vistos em outras publicações^{8,9}. Para o presente trabalho foram selecionados todos os participantes do Projeto SB-Brasil residentes na Região Sudeste (zona urbana e zona rural), com idades entre 35-44 anos e 65-74 anos.

As entrevistas e exames clínicos foram realizados nos domicílios selecionados. A equipe de campo, em cada cidade, foi constituída por um cirurgião-dentista, responsável pela realização dos exames clínicos, e um auxiliar de consultório dentário ou agente comunitário de saúde, responsável pela realização das entrevistas. Todas as equipes passaram por um processo de treinamento e calibração (intra e interexaminador) objetivando a uniformização dos padrões da entrevista e do exame clínico. A concordância dos exames clínicos intra e interexaminadores foi considerada boa¹⁰.

Todos os participantes do estudo receberam uma carta explicando os objetivos e procedimentos a serem realizados e assinaram um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*. O Projeto SB-Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde⁸.

Variáveis do estudo

A variável dependente deste trabalho foi a auto-avaliação da saúde bucal, determinada por meio da seguinte pergunta: “*Como classificaria a sua saúde bucal?*”, com as respostas variando de “ótima” a “péssima”.

A seleção das variáveis independentes deste trabalho foi baseada no modelo explicativo proposto por Gift et al.¹, com pequenas adaptações. As seguintes variáveis de predisposição e facilitação foram consideradas: sexo, número de anos completos de escolaridade, renda domiciliar *per capita* (agrupada em tercís) e porte do município (até 50 mil habitantes e mais). Para avaliar a condição de saúde bucal foram considerados o número de dentes permanentes presentes e uso de prótese total superior e/ou

inferior. Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico e o tempo decorrido após a última visita ao dentista foram, respectivamente, as variáveis de necessidade e de comportamento consideradas.

Análise dos dados

As características daqueles que avaliaram a sua saúde bucal como ótima ou boa foram comparadas às daqueles que avaliaram como regular, ruim ou péssima. A análise foi realizada separadamente para o grupo etário de 35-44 anos e para o grupo etário de 65-74 anos.

Na análise bivariada utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson para verificar a existência de associações entre variáveis. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para avaliar a existência de colinearidade entre variáveis explicativas. Aquelas variáveis que apresentaram correlação entre fraca a moderada (*r* até 0,50), indicando ausência de colinearidade, foram incluídas nos modelos logísticos.

A análise multivariada foi baseada no método de regressão logística múltipla ¹¹. *Odds ratio* (OR) ajustados e seus intervalos de confiança (método de Woolf) em nível de 0,95 (IC95%) foram utilizadas para estimar as forças das associações entre a auto-avaliação da saúde bucal e as demais variáveis. Foram construídos três modelos logísticos, no primeiro (Modelo 1) foram incluídas todas as variáveis de predisposição e facilitação. No segundo (Modelo 2) foram acrescentadas as variáveis de condição de saúde bucal. No modelo final (Modelo completo), acrescentaram-se as variáveis de necessidade de tratamento e de comportamento, respectivamente. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata versão 7.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

Resultados

Entre os 3.349 participantes com 35-44 e 65-74 anos do inquérito de saúde bucal, na Região Sudeste, 3.240 (96,7%) participaram do presente trabalho; 109 foram excluídos devido à informação incompleta sobre a auto-avaliação da saúde bucal. Entre os participantes, 2.245 e 995 possuíam de 35-44 e 65-74 anos de idade, respectivamente.

Como pode ser visto na Tabela 1, o sexo feminino predominava entre os participantes (68,1% dos adultos e 61,4% dos idosos). Entre os adultos, 84% possuíam três ou mais anos de escolaridade e 37,8% tinham renda domiciliar *per capita* menor ou igual a R\$ 80,00. Entre os

Tabela 1

Distribuição de indicadores das condições de saúde bucal dos participantes do Projeto SB-Brasil, 2003, residentes na Região Sudeste, segundo a faixa etária.

| Características | 35-44 anos (n = 2.245) % | 65-74 anos (n = 995) % |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 31,9 | 38,6 |
| Feminino | 68,1 | 61,4 |
| Anos completos de escolaridade | | |
| Nenhum | 5,4 | 34,8 |
| 1-2 | 10,6 | 19,1 |
| ≥ 3 | 84,0 | 46,1 |
| Renda domiciliar <i>per capita</i> em tercís | | |
| 1º: ≤ R\$ 80,00 | 37,8 | 23,8 |
| 2º: R\$ 81,00 a R\$ 180,00 | 32,3 | 36,6 |
| 3º: ≥ R\$ 181,00 | 29,9 | 39,6 |
| Porte do município de residência (habitantes) | | |
| ≤ 50.000 | 66,5 | 69,4 |
| > 50.000 | 33,5 | 30,6 |
| Auto-avaliação da saúde bucal | | |
| Ótima | 4,3 | 4,5 |
| Boa | 39,9 | 54,4 |
| Regular | 34,4 | 28,2 |
| Ruim | 13,3 | 8,1 |
| Péssima | 8,1 | 4,8 |
| Número de dentes permanentes presentes | | |
| Nenhum | 11,1 | 65,5 |
| 1-19 | 27,7 | 25,7 |
| ≥ 20 | 61,2 | 8,8 |
| Uso de prótese total superior e/ou inferior | | |
| Sim | 22,1 | 66,3 |
| Não | 77,9 | 33,7 |
| Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico | | |
| Sim | 77,0 | 49,8 |
| Não | 23,0 | 50,2 |
| Tempo decorrido após a última visita ao dentista (anos) | | |
| < 1 | 43,0 | 18,8 |
| 1-2 | 20,8 | 11,6 |
| ≥ 3 | 36,2 | 69,6 |

Fonte: Projeto SB-Brasil, Região Sudeste, 2003.

idosos, as informações correspondentes eram 46,1% e 23,8%, respectivamente. A maior parte dos participantes, tanto adultos quanto idosos, residia em municípios com população igual ou inferior a 50 mil habitantes (66,5% e 69,4%, respectivamente).

No que se refere aos indicadores da saúde bucal (Tabela 1), em ambos os grupos etários, predominou a auto-avaliação da saúde bucal como boa (39,9% dos adultos e 54,4% dos idosos) e regular (34,4% e 28,2%, respectivamente). Somente 8,1% dos adultos e 4,8% dos idosos avaliaram a saúde bucal como péssima. Entre os primeiros, 11% não possuíam dentes naturais, sendo essa proporção igual a 65,5% entre os idosos. O uso de prótese total superior e/ou inferior foi igual a 22% e 66%, respectivamente. Entre os adultos, 43% haviam visitado o dentista há menos de um ano, ao passo que somente 19% dos idosos haviam visitado o dentista nesse período.

Na Tabela 2 estão apresentados os resultados da análise bivariada da auto-avaliação da saúde bucal e sua associação com características selecionadas, segundo a faixa etária. Todas as variáveis consideradas apresentaram associações significantes ($p < 0,05$) com auto-avaliação da saúde bucal, com exceção de sexo ($p = 0,690$) e anos completos de escolaridade (0,236) para os adultos e porte do município ($p = 0,679$) e anos completos de escolaridade (0,449) para os idosos.

Em ambos os grupos etários, todos os coeficientes de correlação de Pearson entre as variáveis independentes deste trabalho foram inferiores a 0,50, com exceção para o uso de prótese total superior e/ou inferior com o número de dentes permanentes, no grupo etário 35-44 anos, cujo valor de r foi igual a -0,74 (Tabela 3).

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados da análise multivariada das características associadas à auto-avaliação da saúde bucal como ótima/boa entre os adultos (35-44 anos). No modelo final completo, renda domiciliar *per capita* maior ou igual a R\$ 181,00 (OR = 1,54; IC95%: 1,23-1,94) e percepção de não necessidade atual de tratamento odontológico (OR = 4,10; IC95%: 3,26-5,17) permaneceram positiva e significativamente associadas à melhor auto-avaliação da saúde bucal. Associações significantes e negativas foram encontradas para município com mais de 50 mil habitantes (OR = 0,58; IC95%: 0,48-0,71) e três ou mais anos decorridos após a última visita ao dentista (OR = 0,67; IC95%: 0,54-0,83).

Os resultados da análise multivariada das características associadas à auto-avaliação da saúde bucal como ótima/boa entre os idosos

(65-74 anos) estão apresentados na Tabela 5. No modelo completo, associações significantes e positivas com melhor auto-avaliação da saúde bucal foram observadas para: renda domiciliar *per capita* maior ou igual a R\$ 181,00 (OR = 1,99; IC95%: 1,39-2,86) e percepção de não necessidade atual de tratamento odontológico (OR = 3,27; IC95%: 2,45-4,35). Associação significativa e negativa foi observada para presença de 1 a 19 dentes (OR = 0,60; IC95%: 0,42-0,85).

Discussão

A auto-avaliação da saúde bucal como boa e ótima (59%) predominou entre os idosos participantes deste estudo. Essa proporção entre os mais jovens foi menor (44%). A prevalência da auto-avaliação como boa e ótima entre os idosos foi inferior ao observado entre participantes de um estudo de base populacional realizado em Los Angeles (76%)⁶, mas semelhante ao observado entre clientes idosos do Centro de Saúde de Araraquara, em São Paulo². A prevalência de adultos que auto-avaliavam a sua saúde como boa e ótima no presente trabalho foi inferior ao observado em inquéritos norte-americanos^{1,5}.

Chama a atenção neste trabalho a melhor auto-avaliação da saúde bucal entre os idosos do que entre os mais jovens. Em um estudo desenvolvido entre idosos norte-americanos residentes na comunidade, verificou-se que cerca de 40% daqueles que haviam perdido mais da metade dos seus dentes avaliavam sua saúde bucal como excelente ou boa⁶. Em outros trabalhos^{3,6,7} verificou-se que os idosos aceitavam a perda de dentes mais facilmente, por considerarem que essas perdas eram resultantes de um processo natural do envelhecimento. Com isto, a condição de saúde bucal era superestimada. Além disso, verifica-se que alguns idosos, devido a repetidos problemas com seus dentes naturais, consideram haver uma real melhora da saúde bucal com a substituição dos mesmos por próteses parciais ou totais. Segundo Silva & Fernandes², o fato de as principais doenças bucais apresentarem caráter não letal, leva ao aceite das mesmas como inevitáveis ("conformismo"). Essa aceitação é reforçada pelo fato de os idosos pertencerem a uma coorte na qual, além da alta prevalência de cárie, os tratamentos eram baseados na extração e na colocação de próteses totais, independente da classe social. Isto pode explicar a melhor auto-avaliação da saúde bucal observada entre os idosos, em comparação aos mais jovens, observada neste e em outros estudos^{3,5,6,12}.

Tabela 2

Análise bivariada da auto-avaliação da saúde bucal como ótima ou boa e sua associação com características selecionadas entre participantes do Projeto SB-Brasil, 2003, residentes na Região Sudeste, segundo a faixa etária.

| Características | Auto-avaliação da saúde bucal como ótima/boa | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------|-------|-----------------------|-----------------------|-------|
| | 35-44 anos | | | 65-74 anos | | |
| | Sim (n = 992) % | Não (n = 1.253) % | p | Sim (n = 586) % | Não (n = 409) % | p |
| Predisposição e facilitação | | | | | | |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 31,5 | 32,2 | | 35,8 | 42,5 | |
| Feminino | 68,5 | 67,8 | 0,690 | 64,2 | 57,5 | 0,033 |
| Anos completos de escolaridade | | | | | | |
| Nenhum | 4,8 | 5,9 | | 36,4 | 32,5 | |
| 1-2 | 9,7 | 11,3 | | 18,4 | 20,1 | |
| ≥ 3 | 85,5 | 82,8 | 0,236 | 45,2 | 47,4 | 0,449 |
| Renda domiciliar <i>per capita</i> em tercís | | | | | | |
| 1ª: ≤ R\$ 80,00 | 33,3 | 41,4 | | 19,1 | 30,6 | |
| 2ª: R\$ 81,00 a R\$ 180,00 | 31,6 | 33,0 | | 36,9 | 36,2 | |
| 3ª: ≥ R\$ 181,00 | 35,2 | 25,6 | 0,000 | 44,0 | 33,2 | 0,000 |
| Porte do município de residência (habitantes) | | | | | | |
| ≤ 50.000 | 71,5 | 62,6 | | 68,9 | 70,2 | |
| > 50.000 | 28,5 | 37,4 | 0,000 | 31,1 | 29,8 | 0,679 |
| Condição de saúde bucal | | | | | | |
| Número de dentes permanentes presentes | | | | | | |
| Nenhum | 14,2 | 8,6 | | 73,0 | 54,8 | |
| 1-19 | 24,1 | 30,6 | | 19,8 | 34,2 | |
| ≥ 20 | 61,7 | 60,8 | 0,000 | 7,2 | 11,0 | 0,000 |
| Uso de prótese total superior e/ou inferior | | | | | | |
| Sim | 25,5 | 19,3 | | 69,3 | 62,1 | |
| Não | 74,5 | 80,7 | 0,001 | 30,7 | 37,9 | 0,018 |
| Necessidade de tratamento e comportamento | | | | | | |
| Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico | | | | | | |
| Sim | 63,2 | 88,0 | | 36,2 | 69,4 | |
| Não | 36,8 | 12,0 | 0,000 | 63,8 | 30,6 | 0,000 |
| Tempo decorrido após a última visita ao dentista (anos) | | | | | | |
| < 1 | 48,0 | 39,0 | | 16,4 | 22,2 | |
| 1-2 | 21,6 | 20,1 | | 10,6 | 13,2 | |
| ≥ 3 | 30,4 | 40,9 | 0,000 | 73,0 | 64,6 | 0,020 |

Fonte: Projeto SB-Brasil, Região Sudeste, 2003.

Tabela 3

Coefficiente de correlação de Pearson entre variáveis explicativas do estudo em participantes do Projeto SB-Brasil, 2003, residentes na Região Sudeste, segundo a faixa etária.

| Variáveis | Variáveis | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| Grupo etário de 35-44 anos | | | | | | | | |
| 1 | Sexo* | - | | | | | | |
| 2 | Anos completos de escolaridade** | 0,02 | - | | | | | |
| 3 | Renda domiciliar per capita em tercís*** | -0,04 | 0,39 | - | | | | |
| 4 | Porte do município de residência# | -0,02 | 0,08 | 0,14 | - | | | |
| 5 | Número de dentes permanentes## | -0,10 | 0,25 | 0,19 | 0,07 | - | | |
| 6 | Uso de prótese total superior e/ou inferior### | 0,14 | -0,17 | -0,13 | -0,05 | -0,74 | - | |
| 7 | Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico§ | -0,00 | 0,05 | 0,09 | 0,03 | -0,19 | 0,19 | |
| 8 | Tempo decorrido após a última visita ao dentista§§ | -0,05 | -0,26 | -0,19 | 0,02 | -0,19 | 0,17 | -0,06 |
| Grupo etário de 65-74 anos | | | | | | | | |
| 1 | Sexo* | - | | | | | | |
| 2 | Anos completos de escolaridade** | -0,06 | - | | | | | |
| 3 | Renda domiciliar per capita em tercís*** | -0,01 | 0,16 | - | | | | |
| 4 | Porte do município de residência# | -0,00 | 0,17 | 0,11 | - | | | |
| 5 | Número de dentes permanentes## | -0,16 | 0,15 | 0,07 | 0,03 | - | | |
| 6 | Uso de prótese total superior e/ou inferior### | 0,16 | 0,05 | 0,01 | -0,02 | -0,49 | - | |
| 7 | Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico§ | 0,08 | -0,07 | 0,07 | 0,00 | -0,25 | 0,11 | |
| 8 | Tempo decorrido após a última visita ao dentista§§ | 0,00 | -0,35 | -0,05 | -0,08 | -0,30 | 0,08 | 0,12 |

* Sexo = 1: masculino, 2: feminino;

** Anos completos de escolaridade = 1: nenhum, 2: 1-2, 3: ≥ 3;

*** Renda domiciliar *per capita* em tercís = 1º: ≤ R\$ 80,00, 2º: R\$ 81,00 a R\$ 180,00 e 3º: ≥ R\$ 181,00;

Porte do município de residência (habitantes) = 1: ≤ 50.000 e 2: > 50.000;

Número de dentes permanentes = 1: nenhum, 2: 1 a 19 e 3: ≥ 20;

Uso de prótese total superior e/ou inferior = 1: sim e 2: não;

§ Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico = 1: sim e 2: não;

§§ Tempo decorrido após a última visita ao dentista (anos) = 1: < 1, 2: 1-2 e 3: ≥ 3.

De uma maneira geral, observa-se que a boa saúde bucal percebida é o mais importante preditor da percepção da não necessidade atual de tratamento odontológico. Nossos resultados confirmam essas observações. No presente trabalho, a renda domiciliar *per capita*, mas não a escolaridade, ocupou uma posição central na predição da melhor auto-avaliação da saúde bucal, tanto entre adultos quanto entre idosos. Estudos realizados nos Estados Unidos e na Nova Zelândia^{1,3,5} verificaram que em ambos os grupos etários a classe social e/ou a escolaridade não estavam associadas à auto-avaliação da saúde bucal. O estudo neozelandês³ mostrou que a não associação entre fatores sócio-econômicos e auto-avaliação da saúde bucal entre adultos daquele país pode ser explicada pelo fato de que os serviços de saúde têm um efeito igualitário, anulando o impacto desses fatores.

Para os adultos, o fato de ter visitado o dentista há três ou mais anos foi importante para aumentar as chances de auto-avaliar a saúde

bucal como ruim. Entre os idosos, não foi encontrada associação significativa entre tempo decorrido após a última visita ao dentista e auto-avaliação da saúde bucal. É possível que alta prevalência de edentulismo entre idosos (66% não possuíam dentes naturais) torna, na sua percepção, desnecessária a visita ao dentista.

Entre idosos, a melhor percepção da saúde bucal esteve associada ao número de dentes presentes. Ao contrário do esperado, aqueles que possuíam entre 1 e 19 dentes avaliaram a sua saúde bucal como pior, em comparação com aqueles que não possuíam dentes. Talvez este fato pode ser explicado pela qualidade dos dentes remanescentes, gerando dor ou insatisfação com a mastigação e estética, e também devido ao grande número de dentes naturais perdidos. Como demonstrado em muitos estudos^{5,6}, o número de dentes perdidos tem uma grande influência na auto-avaliação da saúde bucal, principalmente entre idosos.

O presente trabalho possui os limites impostos pelo uso de dados secundários. As duas

Tabela 4

Resultados da análise multivariada dos fatores associados à auto-avaliação da saúde bucal como ótima ou boa entre participantes do Projeto SB-Brasil, 2003, residentes na Região Sudeste, com idade entre 35-44 anos.

| | Auto-avaliação da condição de saúde bucal como ótima/boa* | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| | Modelo 1 OR ajustado (IC95%)** | Modelo 2 OR ajustado (IC95%)** | Modelo completo OR ajustado (IC95%)** |
| Predisposição e facilitação | | | |
| Renda domiciliar <i>per capita</i> em tercis | | | |
| 1ª: ≤ R\$ 80,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 2ª: R\$ 81,00 a R\$ 180,00 | 1,24 (1,01-1,52) | 1,25 (1,02-1,54) | 1,15 (0,93-1,43) |
| 3ª: ≥ R\$ 181,00 | 1,86 (1,51-2,29) | 1,91 (1,54-2,36) | 1,54 (1,23-1,94) |
| Porte do município de residência (habitantes) | | | |
| ≤ 50.000 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| > 50.000 | 0,62 (0,51-0,74) | 0,62 (0,52-0,75) | 0,58 (0,48-0,71) |
| Condição de saúde bucal | | | |
| Número de dentes permanentes presentes | | | |
| Nenhum | | 1,00 | 1,00 |
| 1-19 | | 0,47 (0,35-0,64) | 0,72 (0,52-1,01) |
| ≥ 20 | | 0,56 (0,43-0,74) | 0,86 (0,63-1,17) |
| Necessidade de tratamento e comportamento | | | |
| Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico | | | |
| Sim | | | 1,00 |
| Não | | | 4,10 (3,26-5,17) |
| Tempo após a última visita ao dentista (anos) | | | |
| < 1 | | | 1,00 |
| 1-2 | | | 0,94 (0,74-1,19) |
| ≥ 3 | | | 0,67 (0,54-0,83) |

Fonte: Projeto SB-Brasil, Região Sudeste, 2003.

* A classe de referência foi a auto-avaliação da saúde bucal como regular/ruim/péssima;

** OR ajustado (IC95%), ajustados por todas as variáveis listadas na tabela, usando regressão logística múltipla (2.193 indivíduos participaram do modelo final).

principais limitações referem-se ao delineamento seccional do Projeto SB-Brasil e a participação no estudo. O delineamento seccional é adequado para estimar a prevalência da auto-avaliação da saúde bucal na população estudada, mas ele não permite determinar se existe relação temporal entre esta e as variáveis independentes consideradas neste trabalho. Além disso, existe alguma evidência de que a seleção dos participantes atuou no sentido de aumentar a proporção de pessoas do sexo feminino. Por exemplo, o *Censo Brasileiro de 2000* mostra que nas faixas etárias de 35-44 anos e de 65-74 anos de idade, a proporção de mulheres na Região Sudeste é igual a 51,4% e 55,1%, respectivamente. As proporções correspondentes de participantes no Projeto SB-Brasil são iguais a

68,1% e 61,4%. Embora isso possa ter comprometido a validade externa deste estudo, não existem evidências de ter comprometido a validade interna. Por outro lado, o Projeto SB-Brasil é o primeiro grande inquérito de saúde bucal neste país que produziu informações abrangentes sobre a saúde bucal da população idosa, incluindo exame clínico. Os inquéritos anteriores consideravam somente crianças em idade escolar e, somente um incluiu pessoas com idade igual ou inferior a 59 anos¹³. O suplemento de saúde da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* incluiu algumas informações sobre a saúde bucal das populações adulta e idosa brasileiras, mas essas informações são restritas ao uso de serviços de saúde bucal¹⁴. Desta forma, as informações do Proje-

Tabela 5

Resultados da análise multivariada dos fatores associados à auto-avaliação da saúde bucal como ótima ou boa entre participantes do Projeto SB-Brasil, 2003, residentes na Região Sudeste, com idade entre 65-74 anos.

| | Auto-avaliação da condição de saúde bucal como ótima/boa* | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------|
| | Modelo 1 OR ajustado (IC95%)** | Modelo 2 OR ajustado (IC95%)** | Modelo completo OR ajustado (IC95%)** |
| Predisposição e facilitação | | | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Feminino | 1,34 (1,03-1,74) | 1,17 (0,89-1,53) | 1,20 (0,90-1,60) |
| Renda domiciliar <i>per capita</i> em tercís | | | |
| 1 ^o : ≤ R\$ 80,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 2 ^o : R\$ 81,00 a R\$ 180,00 | 1,65 (1,18-2,29) | 1,59 (1,13-2,23) | 1,40 (0,98-2,01) |
| 3 ^o : ≥ R\$ 181,00 | 2,13 (1,53-2,97) | 2,28 (1,62-319) | 1,99 (1,39-2,86) |
| Condição de saúde bucal | | | |
| Número de dentes permanentes presentes | | | |
| Nenhum | | 1,00 | 1,00 |
| 1-19 | | 0,42 (0,31-0,58) | 0,60 (0,42-0,85) |
| ≥ 20 | | 0,44 (0,26-0,74) | 0,64 (0,35-1,15) |
| Uso de prótese total superior e/ou inferior | | | |
| Sim | | 1,00 | 1,00 |
| Não | | 0,93 (0,67-1,29) | 0,87 (0,62-1,24) |
| Necessidade de tratamento e comportamento | | | |
| Necessidade atual autodefinida de tratamento odontológico | | | |
| Sim | | | 1,00 |
| Não | | | 3,27 (2,45-4,35) |
| Tempo após a última visita ao dentista (anos) | | | |
| < 1 | | | 1,00 |
| 1-2 | | | 1,15 (0,69-1,90) |
| ≥ 3 | | | 1,22 (0,85-1,77) |

Fonte: Projeto SB-Brasil, Região Sudeste, 2003.

* A classe de referência foi a auto-avaliação da saúde bucal como regular/ruim/péssima;

** OR ajustado (IC95%), ajustados por todas as variáveis listadas na tabela, usando regressão logística múltipla (965 indivíduos participaram do modelo final).

to SB-Brasil permitiram, pela primeira vez neste país, o estudo dos fatores associados à auto-avaliação da saúde bucal em uma grande base populacional de adultos e idosos.

Finalizando, os resultados deste trabalho mostram que a auto-avaliação da saúde bucal em adultos e idosos é explicada por variáveis de predisposição, facilitação, além da necessi-

dade de tratamento e comportamento. Esses resultados mostram uma estrutura multidimensional da auto-avaliação da saúde bucal, indicando que o modelo explicativo proposto Gift et al. ¹, pode ser aplicado em populações diferentes daquelas nas quais ele foi originalmente concebido.

Resumo

O objetivo deste estudo foi verificar quais fatores de predisposição e facilitação, da condição de saúde bucal, de necessidade de tratamento e de comportamento estão associados à auto-avaliação da saúde bucal entre adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos) residentes na Região Sudeste do Brasil. Fizeram parte deste trabalho 3.240 pessoas participantes do Projeto SB-Brasil/Região Sudeste. As características daqueles que avaliaram a sua saúde bucal como ótima ou boa foram comparadas às daqueles que avaliaram como regular, ruim ou péssima. No modelo final, as características independentemente associadas à melhor auto-avaliação da saúde bucal entre os adultos foram renda domiciliar per capita \geq R\$ 181,00, não necessidade atual de tratamento odontológico, município de residência com mais de 50 mil habitantes e visita ao dentista há \geq 3 anos. Entre os idosos foram: renda domiciliar per capita \geq R\$ 181,00, não necessidade atual de tratamento odontológico e possuir entre 1 a 19 dentes. Nossos resultados confirmam estudos de outros países, mostrando a existência de associações entre auto-avaliação e fatores de predisposição e facilitação, condição de saúde bucal, necessidade de tratamento e comportamento.

Saúde Bucal; Adulto; Idoso

Colaboradores

D. L. Matos foi responsável pela análise dos dados e redação do trabalho. M. F. Lima-Costa foi orientadora do trabalho, tendo sido responsável pela supervisão da análise dos dados, redação do trabalho e revisão final do artigo.

Agradecimentos

À Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde pela cessão do banco de dados e aos examinadores e anotadores responsáveis pela coleta dos dados. Sem a adesão da população dos municípios selecionados este estudo seria inviável.

Referências

1. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998; 77:1529-38.
2. Silva SRC, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:349-55.
3. Chen MS, Hunter P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43:1213-22.
4. Atchison KA, Matthias RE, Dolan TA, Lubben JE, De Jong F, Mayer-Oakes SA. Comparison of oral health rating by dentists and dentate elders. *J Public Health Dent* 1993, 53:223-30.
5. Reisine ST, Bailit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med* 1980; 14:597-605.
6. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995; 55:197-204.
7. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997; 11:272-80.
8. Roncalli AG, Frazão P, Patussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da Epidemiologia em Saúde Bucal Coletiva. *Rev Bras Odont Saúde Coletiva* 2000; 1:9-25.
9. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000. Manual do coordenador. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
10. Ministério da Saúde. Projeto SB2000: condições de saúde bucal da população brasileira no ano de 2000. Manual de calibração dos examinadores. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Johns Wiley & Sons; 1989.
12. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:1251-9.
13. Oliveira AGRC. Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil 1986-1996. <http://www.angelonline.cjb.net> (acessado em 28/Jul/2005).
14. Matos DL, Giatti L, Lima-Costa MF. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:1290-7.

Recebido em 31/Ago/2005

Versão final reapresentada em 02/Dez/2005

Aprovado em 06/Dez/2005