







Fatores associados à autoavaliação de saúde bucal por adultos em hemodiálise

Factors associated with self-rated oral health in adults with hemodialysis

Eduardo José Pereira Oliveira¹ , Marília Beatriz Ferreira Figueiredo² ,
Mariane Carolina Faria Barbosa³ , Leandro Araújo Fernandes² , Ana Vitória da Silva² ,
Daniela Coelho de Lima² 

¹Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, Superintendência Regional de Saúde de Alfenas - Alfenas (MG), Brasil.

²Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL) - Alfenas (MG), Brasil.

³Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Alfenas (MG), Brasil.

Como citar: Oliveira EJP, Figueiredo MBF, Barbosa MCF, Fernandes LA, Silva AV, Lima DC. Fatores associados à autoavaliação de saúde bucal por adultos em hemodiálise. Cad Saúde Colet, 2023; 31 (2):e31020428. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331020428>

Resumo

Introdução: Pacientes com insuficiência renal crônica podem apresentar prejuízos em sua saúde bucal em decorrência da própria doença, do tratamento e das alterações de estilo de vida associadas.

Objetivo: Avaliar os fatores associados à autoavaliação de saúde bucal ruim entre adultos com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise. **Método:** Estudo transversal com 243 adultos submetidos à hemodiálise em um hospital do sul de Minas Gerais nos anos de 2013 e 2014. O desfecho foi avaliado pelo autorrelato da condição bucal dicotomizada em boa (ótima/boa) e ruim (regular/ruim/péssima). As variáveis independentes incluíram condições sociodemográficas, saúde geral, saúde bucal e uso de serviços odontológicos, a partir de informações coletadas por meio de questionário. A associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi testada por meio de modelos logísticos múltiplos com inclusão hierarquizada de variáveis. **Resultados:** A prevalência de autoavaliação de saúde bucal ruim foi de 35,4%. Os mais jovens ($p = 0,015$), os que se submetem à hemodiálise há menos tempo ($p = 0,016$), têm halitose ($p < 0,001$), necessitam de tratamento odontológico ($p < 0,001$) e tiveram a última consulta odontológica por motivo diferente de dor ($p = 0,027$) expressaram maiores chances de autoavaliação de saúde bucal ruim, independentemente de condições sociodemográficas e de saúde. **Conclusão:** Condições sociodemográficas, tempo em hemodiálise, agravos à saúde bucal e uso de serviços odontológicos influenciaram a autoavaliação da saúde bucal dos adultos submetidos à hemodiálise.

Palavras-chave: saúde bucal; unidades hospitalares de hemodiálise; insuficiência renal crônica; nefropatias; autoavaliação; inquéritos de saúde bucal.

Abstract

Background: Patients with chronic renal failure may have their oral health impaired as a result of the disease itself, its treatment, and its associated lifestyle alterations. **Objective:** To assess the factors associated with poor self-rated oral health among adults with chronic renal failure treated by hemodialysis. **Method:** This is a cross-sectional study with 243 adults undergoing hemodialysis in a hospital in Minas Gerais, Brazil in 2013-2014. The outcome was assessed by the self-report of oral health categorized into good (excellent/good) and bad (fair/bad / very bad). The independent variables included sociodemographic conditions, general health, oral health, and the use of dental services were collected through a structured questionnaire. The association between the outcome and the independent variables was tested using multiple logistic models with hierarchical inclusion of variables. **Results:** The prevalence of poor self-rated oral health was 35.4%. The youngest ($p = 0.015$), those who have undergone hemodialysis in the shortest time ($p = 0.016$), have halitosis ($p < 0.001$), need dental treatment ($p < 0.001$),

Trabalho realizado na cidade de Alfenas (MG), Brasil.

Correspondência: Daniela Coelho de Lima. E-mail: daniela.delima@unifal-mg.edu.br

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 09, 2019. Aprovado em: Mar. 02, 2021



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

and had their last dental appointment not for pain ($p = 0.027$) expressed higher odds of poor self-rated oral health, independently of sociodemographic and health conditions. **Conclusion:** Sociodemographic conditions, time on hemodialysis, oral impairments, and use of dental services affected the oral health self-assessment among adults undergoing hemodialysis.

Keywords: oral health; hemodialysis units, hospital; renal insufficiency, chronic; kidney diseases; self-assessment; dental health surveys.

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma alteração estrutural que implica na redução ou limitação da capacidade de filtração glomerular, alterando o equilíbrio hídrico e metabólico^{1,2}. Sua etiologia é multifatorial, sendo hipertensão arterial, glomerulonefrites e diabetes mellitus seus principais determinantes³. Apresenta elevada carga sobre as populações^{4,5}, associando-se a declínios na qualidade de vida⁶, incapacidades e mortalidade^{4,7}. Seus prejuízos sobre a saúde bucal são decorrentes de alterações plasmáticas e salivares, acarretando alterações como a xerostomia⁸ e facilitando a progressão de doença periodontal^{9,10}, cáries radiculares e perdas dentárias^{11,12}.

Diversos estudos têm demonstrado precárias condições de saúde bucal¹, alta prevalência de doença periodontal^{9,13-15} e impactos negativos na qualidade de vida relacionados à saúde bucal entre adultos com doença renal crônica submetidos à hemodiálise (PRCSH)^{11,15,16} em países de alta^{10,12}, baixa ou média renda^{9,15}. Além disso, o comprometimento odontológico tem sido associado a taxas mais elevadas de ansiedade, depressão¹⁰ e mortalidade nessa população¹². Esses resultados podem ser parcialmente explicados pelo contexto em que esses indivíduos estão inseridos, no qual a saúde geral⁶ e a qualidade de vida estão fragilizadas devido à IRC^{15,16}, suas comorbidades e seu tratamento⁶. Assim, espera-se pouca importância atribuída à saúde bucal pelos indivíduos¹⁴. De fato, alguns estudos têm demonstrado higienização bucal ruim, com altos níveis de placa bacteriana e cálculo dentário^{9,12,13,14,16}, e baixa utilização de serviços odontológicos entre PRCSH^{9,14,17}.

Nesse cenário, desfechos subjetivos que avaliem a saúde bucal sob a percepção dos indivíduos podem ser úteis na identificação de aspectos não capturados por indicadores clínico-normativos¹⁵. Entretanto, poucos estudos descrevem diretamente os fatores relacionados à autoavaliação de saúde bucal¹⁵ entre PRCSH, sendo mais comuns aqueles que tratam da qualidade de vida relacionada à saúde bucal nessa população^{10,13-15,16,18,19}. Não obstante, a autoavaliação como medida-síntese da percepção geral do estado bucal apreende aspectos, como valoração e satisfação, detectados de maneira diversa à dos instrumentos de qualidade de vida^{15,18,19}. Tendo em vista esta lacuna na literatura e reconhecendo-se a importância da autoavaliação da saúde bucal no direcionamento e provisão de serviços mais próximos aos anseios, satisfação e necessidades dos usuários, realizou-se este estudo. Seu objetivo foi avaliar os fatores associados à autoavaliação de saúde bucal ruim entre adultos com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em um hospital referência no interior de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODO

População e desenho de estudo

Estudo transversal realizado com amostra de 243 sujeitos sob tratamento hemodialítico na Unidade de Nefrologia da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. A Unidade é a única referência no tratamento hemodialítico para a população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS) nas microrregiões Alfenas/Machado e Guaxupé. Tais microrregiões compõem a área de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Alfenas – uma divisão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, abrangendo 26 municípios, uma população de 437.005 habitantes, na qual cerca de 84% são SUS dependentes²⁰. Os dados foram coletados por dois entrevistadores, que aplicaram um questionário semiestruturado abrangendo condições sociodemográficas e de saúde geral e bucal aos participantes na forma de entrevista, com duração estimada de aplicação de 10 minutos.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas durante as sessões de hemodiálise com o indivíduo no próprio leito. Os entrevistadores foram previamente treinados e o instrumento de pesquisa revisado quanto a clareza, objetividade e adequação à população de interesse, em estudo-piloto realizado previamente ao estudo principal no ano de 2012, com 20 adultos nas mesmas condições e ambiente do estudo principal. Os participantes do estudo-piloto não foram incluídos no estudo principal.

Para o estudo principal, inicialmente foi determinada a amostra mínima necessária para representar a população de interesse. Nos anos de 2013 e 2014, um total de 358 adultos com insuficiência renal crônica oriundos das microrregiões Alfenas/Machado e Guaxupé se submeteram à hemodiálise na Unidade de Nefrologia da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Dessa forma, procedeu-se ao cálculo do tamanho mínimo da amostra de acordo com a fórmula para populações finitas proposta por Silva²¹, tendo como referências: o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) e seus desvios-padrão para os grupos de 15-19, 35-44 e 65-74 anos do interior da região Sudeste brasileira, obtidos no estudo SB Brasil 2010^{22,23}, e adotando-se como critérios 95% de confiança, erro aceitável de 10%, efeito desenho = 2 e taxa de não resposta de 20%. A amostra mínima necessária para ser representativa da população de interesse foi determinada em 132 sujeitos.

Na coleta de dados, foram entrevistados todos os adultos com doença renal crônica que se submeteram à hemodiálise na Unidade de Nefrologia da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro durante os anos de 2013 e 2014, e atenderam aos seguintes critérios de inclusão na amostra: ter 18 anos ou mais; apresentar condição de saúde e cognição que possibilitassem a comunicação com os entrevistadores, e aceite em participar do estudo em até três tentativas. O estabelecimento de no máximo três tentativas de abordagem se justifica pela rotina das sessões de hemodiálise que inviabiliza o acesso e comunicação com o indivíduo em determinados momentos.

Variáveis em estudo

Foram colhidos dados sobre condições socioeconômicas, demográficas, hábitos relacionados à saúde, saúde geral, acesso e utilização de serviços odontológicos, autorrelato de condições e autoavaliação de saúde bucal. O desfecho de interesse foi autoavaliação de saúde bucal, avaliada por meio da pergunta: *“Para o(a) senhor(a), sua saúde bucal é: ótima; boa; regular; ruim ou péssima?”*. As repostas foram dicotomizadas em “Boa” (ótima e boa) e “Ruim” (regular, ruim e péssima). As variáveis independentes arroladas à análise foram divididas no seguintes blocos: 1) condições socioeconômicas e demográficas [sexo; idade; cor da pele (branco/não branco); escolaridade (0-7; ≥8 anos de estudo); 2) hábitos e saúde geral [uso atual de tabaco (não/sim); uso atual de álcool (não/sim); tempo de hemodiálise (<2 anos; ≥2 anos); multimorbidade (0-1; ≥2 comorbidades)]; 3) saúde bucal [sensação de boca seca (não/sim); halitose (não/sim); autoavaliação de necessidade de tratamento odontológico (não/sim); tempo decorrido desde a última consulta odontológica (0-1 ano / ≥2 anos); motivo da última consulta odontológica (dor/outros); tipo de serviço utilizado na última consulta (público/privado – incluindo plano de saúde e convênios)].

Em relação a multimorbidade, uma lista de doenças/condições foi apresentada aos participantes no momento da entrevista, indagando se o participante recebeu o diagnóstico por parte do médico ou outro profissional de saúde de alguma das seguintes condições: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares, anemia, hepatite, problemas gastrointestinais e alteração de peso recente. Para cada uma das condições, o participante deveria responder sim ou não. Aqueles que apresentaram duas ou mais condições foram caracterizados como portadores de multimorbidade²⁴.

Análise estatística

A análise foi proposta por meio de estatística descritiva para a estimação de frequências e medidas de tendência central, seguida de análise bivariada e múltipla. Na análise bivariada, as associações entre as variáveis independentes e a autoavaliação de saúde bucal ‘Ruim’ foram testadas por meio do teste qui-quadrado com correção de Rao e Scott²⁵.

As magnitudes dessas associações foram estimadas pela razão de chances (*odds ratio*, OR) com intervalo de confiança de 95% por meio de Regressão Logística. A análise múltipla foi realizada empregando-se modelos de regressão logística com inclusão hierarquizada de variáveis e, conforme o método, aquelas variáveis que apresentaram $p < 0,2$ na análise bivariada foram inseridas por blocos²⁶. As variáveis e os blocos foram definidos de acordo com modelo teórico conceitual construído a partir de condições consideradas importantes pela literatura na determinação da autoavaliação da saúde bucal ruim para a população geral e os portadores de insuficiência renal crônica^{2,3,6,13,14,17,18,27,28,29}. Primeiramente, as variáveis socioeconômicas e demográficas foram incluídas e ajustadas por si mesmas. Os hábitos e a saúde geral autorreferida foram considerados como influenciados pelas características socioeconômicas e demográficas, e possíveis influenciadores da saúde bucal, sendo, portanto, ajustados por si mesmos e pelas condições socioeconômicas e demográficas. Por fim, a saúde bucal foi ajustada por si, por hábitos e saúde geral, e por condições socioeconômicas e demográficas (Figura 1). Para as variáveis que apresentaram $p < 0,05$ no modelo final, calcularam-se as probabilidades de autoavaliação de saúde bucal 'Ruim' em suas categorias. Todas as análises foram realizadas com o *software* Stata 14.0 (StataCorp, College Station, TX).

Considerações éticas

Este estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas (CAEE:3.384.287), respeitando-se os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após os devidos esclarecimentos quanto ao objetivo e escopo do estudo, os participantes expressaram livremente sua anuência em Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se que a idade média dos participantes foi de $56,7 \pm 14,3$, sendo a amostra composta por maioria de mulheres (54,3%), brancos (53,5%), pessoas de baixa escolaridade (61,7% não concluíram o Ensino Fundamental). A maioria dos entrevistados apresenta multimorbidade (85,2%) e submetem-se à hemodiálise há pelo menos dois anos (58,8%). Em relação à saúde bucal, 63% relataram sensação de boca seca e 30,4%, halitose, sendo percebidas necessidades de tratamento odontológico por metade dos participantes (49,8%). Cerca de metade dos entrevistados não se submeteu à consulta odontológica há pelo menos dois anos (51,4%), sendo a dor relatada como motivo da última consulta por 37,4% dos participantes. A prevalência de autoavaliação de saúde bucal ruim foi de 35,4%.

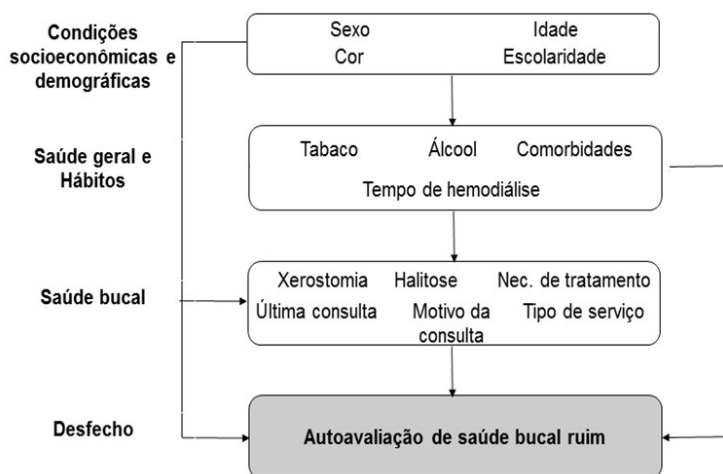


Figura 1. Modelo conceitual proposto para análise hierarquizada das condições associadas a autoavaliação de saúde bucal ruim

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com a autoavaliação de saúde bucal entre PRCSH (n=243)

Variável	Categoria	Total	Autoavaliação de saúde bucal [#]		
			Ruim	Boa	p
Total, n (%)		243 (100)	86 (35,4)	157 (64,6)	
Características demográficas e socioeconômicas					
Sexo, n (%)	Mulheres	132 (54,3)	50 (37,9)	82 (62,1)	
	Homens	111 (45,7)	36 (32,4)	75 (67,6)	
Idade, média \pm dp		56,7 \pm 0,9	51,9 \pm 1,4	59,4 \pm 1,2	
Cor da pele, n (%)	Branco	130 (53,5)	39 (30,0)	91 (70,0)	
	Outros	113 (46,5)	47 (41,6)	66 (58,4)	
Escolaridade, n (%)	0-7 anos	150 (61,7)	52 (34,7)	98 (65,3)	
	\geq 8 anos	93 (38,3)	34 (36,6)	59 (63,4)	
Saúde geral e hábitos					
Fumo, n (%)	Não	204 (83,9)	68 (33,3)	136 (66,7)	
	Sim	39 (16,1)	18 (46,1)	21 (53,9)	
Álcool, n (%)	Não	230 (94,6)	82 (35,7)	148 (64,3)	
	Sim	13 (5,4)	4 (30,8)	9 (69,2)	
Tempo de hemodiálise, n (%)	<2 anos	100 (41,2)	43 (43,0)	57 (57,0)	
	\geq 2 anos	143 (58,8)	43 (30,1)	100 (69,3)	
Multimorbidade, n (%)	0-1	36 (14,8)	7 (19,4)	29 (80,6)	
	\geq 2	207 (85,2)	79 (38,2)	128 (61,9)	
Saúde bucal					
Sensação de boca seca, n (%)	Não	90 (37,0)	31 (34,5)	59 (65,6)	
	Sim	153 (63,0)	55 (35,9)	98 (64,1)	
Halitose, n (%)	Não	169 (69,6)	47 (27,8)	122 (72,2)	
	Sim	74 (30,4)	39 (52,7)	35 (47,3)	
Necessidade de trat. odontológico, n (%)	Não	122 (50,2)	22 (18,0)	100 (82,0)	
	Sim	121 (49,8)	65 (53,7)	56 (46,3)	
Última consulta odontológica, n (%)	0-1 ano	118 (48,6)	48 (40,7)	70 (59,3)	
	\geq 2 anos	125 (51,4)	38 (30,4)	87 (69,6)	
Motivo da consulta odontológica, n (%)	Dor	91 (37,4)	21 (23,1)	70 (76,9)	
	Outros	152 (62,6)	65 (42,8)	87 (57,3)	
Tipo de serviço odontológico, n (%)	Privado	165 (70,2)	59 (35,8)	106 (64,2)	
	Público	70 (29,8)	24 (34,3)	46 (65,7)	

dp: desvio-padrão; [#]Autoavaliação de saúde bucal: ruim (péssimo/ruim/regular); boa (boa/ótima)

As análises bivariadas e múltiplas da autoavaliação de saúde bucal ruim são expressas na Tabela 2. A multimorbidade perdeu significância estatística após ajuste por múltiplas variáveis. No modelo final, observa-se que o aumento em um ano de vida diminui em 3,1% (OR: 0,97; IC95%: 0,95-0,99) a chance de autoavaliação de saúde bucal ruim. Além disso, tempo de hemodiálise menor que dois anos (OR: 0,45; IC95%: 0,23-0,86); halitose (OR: 3,49; IC95%: 1,74-6,99); autoavaliação de necessidade de tratamento odontológico (OR: 4,37; IC95%: 2,27-8,42), e motivo da última consulta odontológica diferente de dor (OR: 0,46; IC95%: 0,23-0,92) expressaram maiores chances de autoavaliação de saúde bucal ruim.

Tabela 2. Modelos de regressão logística bivariada e múltipla entre variáveis independentes e a autoavaliação de saúde bucal ruim entre PRCSH (n=243)

Variável	Categoria	Análise bivariada*		Análise múltipla*	
		OR (IC 95%)	P	OR (IC95%)	p
Bloco 1: Características demográficas e socioeconômicas					
Sexo	Homens	1	0,377	-	-
	Mulheres	1,27 (0,75-2,16)			
Idade		0,96 (0,94-0,98)	<0,001	0,97 (0,95-0,99)	0,015
Cor da pele	Branco	1	0,060	1	0,145
	Não Branco	1,65 (0,98-2,82)		1,61 (0,85-3,06)	
Escolaridade	0-7 anos	1	0,764	-	-
	≥8 anos	1,09 (0,63-1,86)			
Bloco 2: Saúde geral e hábitos					
Fumo	Não	1	0,128	1	0,248
	Sim	1,71 (0,86-3,43)		1,66 (0,70-3,93)	
Álcool	Não	1	0,721	-	-
	Sim	0,80 (0,24-2,69)			
Tempo de hemodiálise	<2 anos	1	0,039	1	0,016
	≥2 anos	0,57 (0,33-0,97)		0,45 (0,23-0,86)	
Número de comorbidades	0-1	1	0,035	1	0,073
	≥2	2,56 (1,07-6,11)		2,55 (0,92-7,11)	
Bloco 3: Saúde bucal					
Sensação de boca seca	Não	1	0,813	-	-
	Sim	1,07 (0,62-1,84)			
Halitose	Não	1	<0,001	1	<0,001
	Sim	2,69 (1,64-5,10)		3,49 (1,74-6,99)	
Necessidade de tratamento odontológico	Não	1	<0,001	1	<0,001
	Sim	5,59 (3,09-10,08)		4,37 (2,27-8,42)	
Última consulta odontológica	0-1 ano	1	0,095	1	0,639
	≥2 anos	0,64 (0,38-1,08)		0,85 (0,44-1,65)	
Motivo da consulta odontológica	Outros	1	0,002	1	0,027
	Dor	0,40 (0,22-0,72)		0,46 (0,23-0,92)	
Tipo de serviço odontológico	Privado	1	0,829	-	-
	Público	0,94 (0,52-1,69)			
OR: Odds Ratio (razão de chances); IC: Intervalo de confiança; -: p>0,2 na análise bivariada, não sendo a variável incluída na análise múltipla; *Modelos de regressão logística bivariada e múltipla					

Na Figura 2, ilustram-se as probabilidades preditas para as variáveis independentes que se mantiverem significativas no modelo final da autoavaliação de saúde bucal ruim. As maiores probabilidades de perceber a saúde bucal como ruim estão entre os indivíduos com 20 anos [57,3% (IC95%: 34,5-80,0)]; aqueles com halitose [51,2% (IC95%: 37,3-65,2)], e aqueles que perceberam necessidade de tratamento odontológico [48,0% (IC95%: 37,7-58,3)]. As menores probabilidades são as dos participantes de 80 anos [17,9% (IC95%: 7,9-27,9)] e aqueles sem halitose [17,4% (IC95%: 10,1-24,8)].

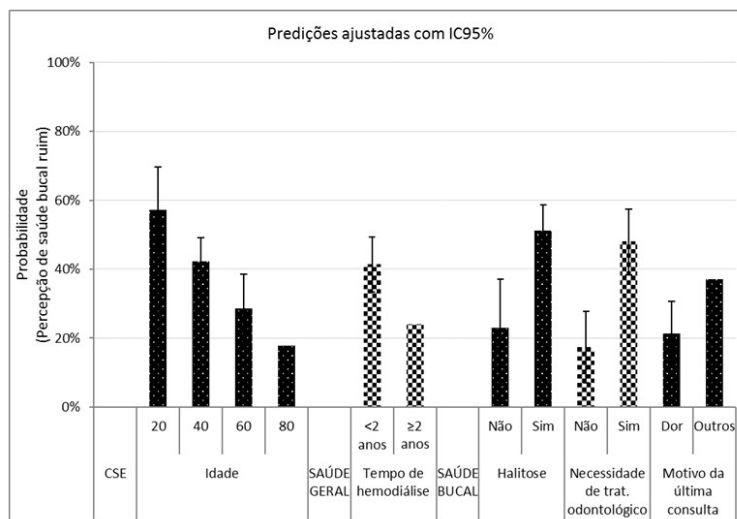


Figura 2. Probabilidades preditas de autoavaliação de saúde bucal ruim entre PRCSH. Probabilidades ajustadas por: idade, cor da pele, fumo, tempo de hemodiálise, comorbidades, halitose, necessidade de tratamento odontológico, última consulta odontológica e motivo da última consulta odontológica

DISCUSSÃO

Este estudo estimou a autoavaliação de saúde bucal ruim e fatores associados entre PRCSH em hospital de município de médio porte no interior do estado de Minas Gerais, Brasil. Seus principais achados são a prevalência de autoavaliação de saúde bucal ruim em aproximadamente um terço dos entrevistados e as desigualdades envolvidas nessa distribuição, significando que os mais jovens, aqueles com menos tempo em hemodiálise, os que manifestam halitose, necessidade de tratamento dentário e cujo motivo da última consulta odontológica foi diferente de dor apresentam piores estimativas para o desfecho.

A percepção de saúde bucal ruim é alta entre os PRCSH (35,4%). Porém, condições de saúde geral e saúde bucal, e utilização de serviços odontológicos se encontram em patamares ainda piores nessa população. Esses resultados coincidem^{9-11,17,18} ou são ainda melhores que aqueles observados em outros estudos¹⁵. De maneira geral, a IRC está associada a pior condição de saúde, ocorrendo em decorrência de complicações de outros quadros crônicos⁴. Sua progressão para estados em que a hemodiálise é o tratamento de escolha pressupõe significativas mudanças no estilo de vida⁵. Estas, geralmente, são acompanhadas de mais deteriorações na saúde que vão desde declínios na qualidade de vida⁶ até incapacidades, depressão e outros agravos^{4,5,10}.

Com a saúde geral consideravelmente comprometida, problemas envolvendo os dentes e a boca passam a ser secundários^{9,12,16}. Assim, o grau de motivação para o autocuidado e a higienização bucal^{9,14,18}, bem como para a procura por cuidado profissional, é baixo, sendo os serviços odontológicos acessados predominantemente por motivos de urgência^{9,14,17}. Isso corrobora com piores indicadores de saúde bucal entre PRCSH quando comparados a grupos sem IRC¹³.

Todavia, os PRCSH são candidatos potenciais ao transplante renal – procedimento que pressupõe a ausência de processos infecciosos e inflamatórios devido à supressão imunológica induzida^{4,5} –, o que não é possível na presença de agravos bucais comuns nessa população, como gengivite, doença periodontal, entre outros^{8,15}. Além disso, são vários os relatos de impactos negativos da saúde bucal sobre a saúde geral tanto em PRCSH¹⁰⁻¹² como nos grupos de adultos e idosos sem IRC^{27,30-32}. Dessa forma, ações de educação em saúde bucal são fundamentais na conscientização acerca do papel-chave que a boca e suas estruturas desempenham no contexto da saúde geral e da necessidade do autocuidado e cuidado profissional nessa população.

Entre os fatores independentemente associados à autoavaliação de saúde bucal ruim, a idade apresentou associação inversa, o que significa que o aumento desta representa melhora na autoavaliação da saúde bucal. Alguns estudos têm demonstrado que os impactos negativos da saúde bucal na qualidade de vida^{2,33,34} e a autoavaliação de saúde bucal ruim^{28,35} tendem a ser crescentes até a idade adulta, decrescendo, porém, entre os idosos. De fato, boa parte da população idosa no Brasil, atualmente, perdeu seus dentes e usa próteses desde a juventude ou idade adulta. Não sendo, portanto, a condição bucal motivo de frustração na atualidade devido a adaptação da ausência de dentes e precariedade da saúde bucal ao longo dos anos²⁰. Há de se considerar ainda a percepção de deterioração contínua da saúde e da qualidade de vida que é relatada com o envelhecimento. Nesse contexto, a saúde bucal passa a ser encarada como apenas mais uma condição a se deteriorar nesses grupos populacionais³⁶. Por outro lado, alguns estudos têm demonstrado os mais jovens com maior percepção de impactos negativos mesmo ante a melhores condições clínicas de saúde bucal, sugerindo que os níveis de motivação, satisfação e expectativas para com a saúde bucal variam em relação à geração e aos aspectos individuais^{33,37,38}.

O menor tempo de hemodiálise se manteve associado a autoavaliação de saúde bucal ruim, o que contraria os resultados de Andrade et al.¹¹. Uma possível explicação dos achados no presente estudo pode envolver a compreensão do estado da saúde bucal e do nível de controle da IRC pelo tratamento hemodialítico no momento da entrevista. Ou seja, aqueles indivíduos em hemodiálise há menos tempo se encontram, provavelmente, em piores estágios de controle da IRC que aqueles em tratamento por períodos prolongados. Como, sabidamente, os desequilíbrios metabólico e eletrolítico decorrentes da IRC associam-se a comprometimentos odontológicos^{4,8}, aqueles sujeitos há mais tempo em hemodiálise – e, portanto, com expectativa de maiores chances de controle de IRC – poderiam esperar melhores condições de saúde bucal e, consequentemente, melhor avaliação da própria. Entretanto, outros estudos têm salientado que, com a progressão do tratamento hemodialítico e do próprio curso da IRC, há substanciais declínios de saúde geral, fazendo com que a saúde bucal mereça ainda menos atenção^{9,11,12,16}. Isso pode colaborar para diminuições de autoavaliação de saúde bucal como ruim com o passar do tempo.

Em relação às medidas de saúde bucal, a halitose se manteve associada a maiores chances de autoavaliação de saúde bucal ruim entre os entrevistados, o que também foi observado por Xi et al.¹³. Entretanto, a sensação de boca seca não apresentou no modelo final associação estatisticamente significativa^{8,13}.

Os sujeitos que relataram que o motivo da última consulta odontológica foi a dor dentária manifestaram melhor percepção de saúde bucal que aqueles cujo motivo da consulta foram outras causas. Para entender a associação, é necessário considerar inicialmente que a variável foi dicotomizada de forma que a dor passa ser a categoria que antagoniza com todas as outras razões para a última consulta. Assim, pode-se supor que aqueles sujeitos em situação mais urgente, como aqueles com sintomatologia dolorosa em decorrência de problemas envolvendo cáries, pulpites e outros processos inflamatórios, poderiam se sentir mais satisfeitos com a saúde bucal não por apresentarem melhores condições, mas, sim, por terem maiores chances de resolutividade nos serviços. Por outro lado, pode-se supor que indivíduos que aguardam por procedimentos estéticos, tratamento ortodôntico ou próteses enfrentem maior frustração ante as dificuldades de acesso a níveis de atenção que disponham desses serviços, podendo repercutir sobre a satisfação e a autoavaliação de saúde bucal^{39,40}. Além disso, esse último grupo, ao necessitar de procedimentos eletivos, apresentam melhores condições clínicas de saúde, sendo detectados como mais exigentes em relação ao estado bucal, o que facilitaria uma autoavaliação ruim em caso de anseios e necessidades eventualmente não atendidos^{37,38}.

A percepção de necessidade de tratamento odontológico também manifestou associação com a percepção de saúde bucal ruim no modelo final. Tal resultado era esperado haja vista os relatos de concordância entre as duas medidas na literatura⁴¹.

Ante os resultados aqui apresentados, torna-se clara a necessidade de ampliação da atenção em saúde bucal entre os PRCSH, uma vez que o comprometimento odontológico entre portadores de IRC, neste e em outros estudos^{8,10,11,12,14,15,17}, atinge níveis mais elevados que os registrados na população sem a condição¹³. Uma possibilidade de oferta de cuidados odontológicos oportuna seria aquela prestada no mesmo ambiente da hemodiálise.

Assim, a inserção de equipes de saúde bucal no âmbito hospitalar deve ser considerada. Além disso, são também necessárias ações educativas que promovam o autocuidado e a conscientização sobre a importância da saúde bucal no contexto da saúde geral envolvendo a IRC. Por fim, a atenção odontológica desses adultos deve ser prestada respeitando-se o princípio da equidade, dadas as demonstradas desigualdades sociodemográficas, de saúde geral e saúde bucal^{29,42}.

Este estudo apresenta algumas limitações. São elas: a obtenção de amostra de conveniência, apesar de que a determinação da amostra mínima tenha sido fundada em critérios previamente validados²¹, utilizando-se como referência estimativas obtidas em níveis nacional^{22,23} e local, em amostras comparáveis à população em estudo^{43,44}. Além disso, a amostra superou substancialmente o quantitativo mínimo necessário para ser representativa da população de estudo (adultos portadores de insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise na Região de Saúde sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Alfenas). Uma outra limitação a ser superada por futuros estudos seria a não inclusão de medidas clínicas de saúde bucal, que subsidiariam uma avaliação mais completa dos fatores associados à autoavaliação de saúde bucal na população estudada. Seus pontos fortes são: seu caráter inovador, dada a escassez de estudos brasileiros a avaliarem diretamente os fatores independentemente associados à autoavaliação de saúde bucal entre PRCSH, e sua representatividade regional, uma vez que a Unidade de Nefrologia da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro é o único serviço a realizar hemodiálise pelo SUS na região, sendo a referência pactuada para 26 municípios, cobrindo uma população de mais de 400 mil habitantes, dos quais mais de 80% são SUS dependentes²⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de autoavaliação de saúde bucal ruim é alta entre os PRCSH. Desigualdades na sua distribuição foram registradas em relação a idade, tempo de hemodiálise, halitose, necessidade de tratamento odontológico e motivo da última consulta odontológica. A ampliação de atenção à saúde bucal equitativa, considerando a possibilidade de inserção de equipes odontológicas em unidades hospitalares, faz-se necessária para essa população com saúde geral e saúde bucal debilitadas.

AGRADECIMENTOS

À equipe da Unidade de Nefrologia da Casa de Caridade Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, bem como aos seus pacientes, pela presteza e confiança na realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Mesquita RA, Carvalho AA, Pereira AS, Araújo NS, Magalhães MHCG. Considerações odontológicas no atendimento ambulatorial de pacientes com insuficiência renal crônica. *Rev Pos-Grad*. 2000;7(4):369-75.
2. Souza CM, Braosi APR, Lucyszyn SM, Casagrande RW, Pecoits-Filho R, Riella MC, et al. Oral health in Brazilian patients with chronic renal disease. *Rev Med Chil*. 2008;136(6):741-6. PMID:18769830.
3. Gonçalves EM, Lima DLF, Albuquerque SHC, Carvalho JA, Cariri TFAC, Oliveira CMC. Avaliação da perda de inserção dentária em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *J Bras Nefrol*. 2011;33(3):291-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-28002011000300003>. PMID:22042344.
4. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(6):414-22C. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.206441>. PMID:29904224.
5. Moura LD, Andrade SSCDA, Malta DC, Pereira CA, Passos JEF. Prevalence of self-reported chronic kidney disease in Brazil: National Health Survey of 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(1 Supl 2):181-91. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500060016>. PMID:27008613.
6. Moreira TR, Giatti L, Cesar CC, Andrade ELG, Acurcio FA, Cherchiglia ML. Autoavaliação de saúde por pacientes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2016;50(2):10. PMID:27143610.
7. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2095-128. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61728-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0). PMID:23245604.

8. Schmalz G, Schiffrers N, Schwabe S, Vasko R, Müller GA, Haak R, et al. Dental and periodontal health, and microbiological and salivary conditions in patients with or without diabetes undergoing haemodialysis. *Int Dent J*. 2017;67(3):186-93. <http://dx.doi.org/10.1111/idj.12282>. PMID:28547773.
9. Hajian-Tilaki A, Oliaie F, Jenabian N, Hajian-Tilaki K, Motallebnejad M. Oral health-related quality of life and periodontal and dental health status in iranian hemodialysis patients. *J Contemp Dent Pract*. 2014;15(4):482-90. <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10024-1566>. PMID:25576117.
10. Camacho-Alonso F, Cánovas-García C, Martínez-Ortiz C, Mano-Espinosa T, Ortuño-Celdrán T, Marcello-Godino JI, et al. Oral status, quality of life, and anxiety and depression in hemodialysis patients and the effect of the duration of treatment by dialysis on these variables. *Odontology*. 2018;106(2):194-201. <http://dx.doi.org/10.1007/s10266-017-0313-6>. PMID:28770414.
11. Andrade A, Amorim A, Queiroz S, Gordón-Núñez M, Freitas R, Galvão H. Comparison of oral health status and the quality of life in haemodialysis patients with less and more than four years of treatment. *Oral Health Prev Dent*. 2017;15(1):57-64. PMID:28232975.
12. Palmer SC, Ruospo M, Wong G, Craig JC, Petruzzi M, Benedittis M, et al. Dental health and mortality in people with end-stage kidney disease treated with hemodialysis: a multinational cohort study. *Am J Kidney Dis*. 2015;66(4):666-76. <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.04.051>. PMID:26120038.
13. Xi W, Bo H, Haiyang P, Chang L, Jinlin S, Ming T. Oral health status of patients undergoing hemodialysis: a Meta-analysis. *West China Journal of Stomatology*. 2017;35(2):155-61. PMID:28682545.
14. Djemal S, Rumjon A, Macdougall IC, Singh P, Warnakulasuriya S. Dental attendance and self-reported oral health status of renal dialysis patients: a comparison of results with the UK Adult Dental Health Survey. *Oral Health Prev Dent*. 2016;14(6):529-34. PMID:27957563.
15. Guzeldemir E, Toygar HU, Tasdelen B, Torun D. Oral health-related quality of life and periodontal health status in patients undergoing hemodialysis. *J Am Dent Assoc*. 2009;140(10):1283-93. <http://dx.doi.org/10.14219/jada.archive.2009.0052>. PMID:19797559.
16. Silva JAL, Bernardino ÍM, Silva JRC, Lima TLMA, Soares RDSC, d'Ávila S. Quality of life related to oral health of patients undergoing hemodialysis and associated factors. *Spec Care Dentist*. 2017;37(5):236-45. <http://dx.doi.org/10.1111/scd.12237>. PMID:28942599.
17. Araújo LF, Branco CMCC, Rodrigues MTB, Cabral GMP, Diniz MB. Manifestações bucais e uso de serviços odontológicos por indivíduos com doença renal crônica. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2016;70(1):30-6.
18. Silva KB, Sartori R. Práticas de higiene bucal de pacientes em hemodiálise. *RFO UPF*. 2018;23(3):274-9. <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v23i3.6729>.
19. Andrade A, Amorim A, Queiroz S, Gordón-Núñez M, Freitas R, Galvão H. Comparison of oral health status and the quality of life in haemodialysis patients with less and more than four years of treatment. *Oral Health Prev Dent*. 2017;15(1):57-64. PMID:28232975.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de Geografia. Divisão do Brasil em mesorregiões e microrregiões geográficas. Rio de Janeiro: IBGE; 1990.
21. Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP; 1998.
22. Brasil. Ministério da Saúde. SB-BRASIL 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: proposta de projeto técnico para consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Bucal. SB-BRASIL 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
24. Nicholson K, Almirall J, Fortin M. The measurement of multimorbidity. *Health Psychol*. 2019;38(9):783-90. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000739>. PMID:31021126.
25. Rao JNK, Scott AJ. On Chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *Ann Stat*. 1984;12(1):46-60. <http://dx.doi.org/10.1214/aos/1176346391>.
26. 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. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/26.1.224>. PMID:9126524.
27. Moriya S, Miura H. Oral health and general health at the early stage of ageing: a review of contemporary studies. *Jpn Dent Sci Rev*. 2014;50(1):15-20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdsr.2013.10.002>.
28. Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneghim ZMAP, Silva DD, Sousa MLR. Acesso a serviços odontológicos e auto-percepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq Odontol*. 2010;46(4):213-23.
29. Nico LS, Andrade SSCA, Malta DC, Pucca GA Jr, Peres MA. Self-reported oral health in the Brazilian adult population: results of the 2013 National Health Survey. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):389-98. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.25942015>. PMID:26910147.

30. Furuta M, Komiya-Nonaka M, Akifusa S, Shimazaki Y, Adachi M, Kinoshita T, et al. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013;41(2):173-81. <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12000>. PMID:22934613.
31. Iinuma T, Arai Y, Takayama M, Abe Y, Ito T, Kondo Y, et al. Association between maximum occlusal force and 3-year all-cause mortality in community-dwelling elderly people. *BMC Oral Health*. 2016;16(1):82. <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0283-z>. PMID:27586200.
32. Iwasaki M, Yoshihara A, Sato M, Minagawa K, Shimada M, Nishimura M, et al. Dentition status and frailty in community-dwelling older adults: a 5-year prospective cohort study. *Geriatr Gerontol Int*. 2018;18(2):256-62. <http://dx.doi.org/10.1111/ggi.13170>. PMID:28944598.
33. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saude Publica*. 2018;52(1):44-54. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000042>. PMID:29668813.
34. Peres KG, Cascaes AM, Leão ATT, Côrtes MIS, Vettore MV. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev Saude Publica*. 2013;47(Supl 3):19-28. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004361>. PMID:24626578.
35. Lima DC, Saliba NA, Garbin AJI, Fernandes LA, Garbin CAS. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Supl 1):1173-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700049>.
36. Iwasaki M, Borgnakke WS, Awano S, Yoshida A, Hamasaki T, Teratani G, et al. Periodontitis and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Clin Exp Dent Res*. 2016;3(1):13-8. <http://dx.doi.org/10.1002/cre2.50>. PMID:29744174.
37. Duque VD, Castrillón JT, Cadavid PAE, Osorio AYG, Correa DS, Ramírez OG, et al. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. *Rev CES Odontol*. 2013;26(1):10-23.
38. Kotzer RD, Lawrence HP, Clovis JB, Matthews DC. Oral health-related quality of life in an aging Canadian population. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10(1):50. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-10-50>. PMID:22587387.
39. Rosendo RA, Sousa JNL, Abrantes JGS, Cavalcante ABP, Ferreira AKTF. Autopercepção de saúde bucal e seu impacto na qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Rev Saúde Ciênc*. 2017;6(1):89-102.
40. Nascimento AR, Andrade FB, César CC. Fatores associados à concordância entre autopercepção e avaliação clínica da necessidade de tratamento dentário em adultos do Brasil e de Minas Gerais. *Cad Saude Publica*. 2016;32(10):e00039115. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00039115>. PMID:27828608.
41. Nascimento AR, Andrade FB, César CC. Validade e utilidade da autopercepção de necessidade de tratamento odontológico por adultos e idosos. *Cad Saude Publica*. 2015;31(8):1765-74. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00150214>. PMID:26375654.
42. Landmann-Szwarcwald C, Macinko J. A panorama of health inequalities in Brazil. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):174. <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0462-1>. PMID:27852273.
43. Oliveira EJP, Rocha VFB, Nogueira DA, Pereira AA. Quality of life and oral health among hypertensive and diabetic people in a Brazilian Southeastern city. *Cien Saude Colet*. 2018;23(3):763-72. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.00752016>. PMID:29538557.
44. Oliveira EJP, Nogueira DA, Pereira AA. Relationship between the perception of dental care and oral health conditions in hypertensive and diabetic patients. *Cien Saude Colet*. 2018;23(11):3695-704. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.19872016>. PMID:30427442.