

Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005

Self-rated oral health: results of the World Health Survey – Primary Care in four municipalities in Rio de Janeiro State, Brazil, 2005

Herika Luciana Chaves de Mendonça ¹

Célia Landmann Szwarcwald ¹

Giseli Nogueira Damacena ¹

Abstract

Self-rated health is a subjective indicator that combines physical and emotional components and individual well-being. It has gained an important role in Public Health, with increasing use in the evaluation of the general population's health status. This study focuses on dental care and oral health status, including self-rated oral health, using data from 1,871 individuals 18 years or older, interviewed in World Health Survey – Primary Care, conducted in four municipalities in the State of Rio de Janeiro, Brazil. Bivariate logistic regression models were used to identify the determinants of 'excellent' or 'good' self-rated oral health. For both men and women, variables significantly associated with self-rated oral health were: per capita family income, frequency of dental visits, tooth loss, and use of dental prostheses. The results showed a socioeconomic gradient in self-rated oral health, precarious oral health among the elderly, and the importance of regular dental visits for maintaining oral health.

Oral Health; Tooth Loss; Self-Assessment; Socio-economic Factors

Introdução

Um indicador amplamente utilizado na área da Saúde Pública e obtido por medidas de percepção individual da própria saúde é denominado por autoavaliação da saúde. Diante de sua validade, estabelecida por suas relações com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade, esse indicador vem adquirindo um papel importante na avaliação do estado de saúde da população geral ¹. Enquanto a informação diagnóstica é objetiva do ponto de vista médico, a autoavaliação da saúde é subjetiva, combinando componentes físicos, emocionais, do bem-estar e sendo influenciada por comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde ².

No âmbito da saúde bucal, percepções do estado de saúde e da necessidade de cuidado são utilizadas para determinar a necessidade de assistência odontológica. Essa percepção depende da compreensão do indivíduo do que é normal na saúde bucal e de sintomas específicos que ele apresenta ³. Indicadores desenvolvidos para mensurar percepções subjetivas de saúde bucal incluem a autoavaliação da saúde bucal, a percepção da necessidade de tratamento, como também a satisfação com o estado de saúde bucal. Embora numerosas escalas multidimensionais que avaliem impactos da saúde bucal na qualidade de vida estejam disponíveis, medidas aparentemente simples, como a auto-

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

H. L. C. Mendonça
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
Rua Luz Interior 105, apto. 504, Bloco 1, Juiz de Fora, MG 36030-776, Brasil.
herikachaves@yahoo.com.br

avaliação, ainda são amplamente usadas na saúde bucal por serem fortes preditores de comprometimento da função⁴. Em situações em que o tempo e os recursos para pesquisa são limitados e, dada a forte correlação existente entre esses indicadores com escalas multidimensionais, o uso da autoavaliação de saúde tem sido recomendado^{5,6}.

Atualmente, o uso de exame clínico em pesquisas de base populacional com objetivo de avaliar o estado de saúde da população tem sido pouco frequente, em razão da escassez de recursos⁷. Nesse sentido, Locker & Miller⁸ questionam se a pesquisa em saúde bucal invariavelmente necessita incluir exames clínicos, apesar de sua grande validade na pesquisa odontológica, uma vez que é possível identificar populações que necessitam de assistência odontológica com a utilização de indicadores subjetivos de saúde bucal. Para Wilson & Cleary⁹, indicadores de saúde como a autoavaliação da saúde bucal atuam como mediadores entre os sintomas e sinais clínicos de doenças bucais e impactos na qualidade de vida. Na mesma corrente de pensamento, Patussi et al.¹⁰ mencionam várias razões para se investigar a percepção das pessoas sobre sua saúde bucal. Além da facilidade de aplicação de uma questão única de autoavaliação e da importância desse indicador para o planejamento dos serviços odontológicos, os autores destacam o fato de a autoavaliação do indivíduo fazer parte do procedimento diagnóstico de rotina.

Estudos recentes têm demonstrado que a autoavaliação da saúde assim como outros indicadores de morbidade percebida varia de acordo com características sociodemográficas. A baixa escolaridade e a privação material, dentre outros, podem ser importantes fatores determinantes de uma pior percepção da saúde^{11,12}. Da mesma forma, pesquisas têm evidenciado associações entre condição de saúde bucal, autoavaliação de saúde bucal, consciência dos sintomas, características sociodemográficas, comportamentos relacionados à saúde bucal e qualidade de vida^{13,14}.

Pesquisar os fatores que possam influenciar a autoavaliação da saúde bucal é um passo importante para a compreensão mais abrangente desse indicador, trazendo subsídios para a sua aplicação de forma complementar à avaliação clínica. Porém, no Brasil, ainda são poucos os trabalhos que utilizam a autoavaliação da saúde bucal como ferramenta para avaliação da saúde bucal da população geral brasileira.

No ano de 2005, foi realizado inquérito voltado à avaliação da atenção básica em saúde em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro. O presente trabalho teve o objetivo de investigar

os cuidados assistenciais bem como o estado de saúde bucal da população residente nos quatro municípios, incluindo a autoavaliação e os fatores associados à percepção ruim de saúde bucal.

Métodos

Amostragem e trabalho de campo

A pesquisa dirigida à atenção básica em saúde foi denominada *Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica* (PMS-AB). Neste artigo foram utilizados os dados da PMS-AB de quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro com população superior a 100 mil habitantes. Por motivos de comprometimento de sigilo com o Ministério da Saúde, não serão citados os nomes dos municípios ao longo deste trabalho.

A escolha destes municípios foi realizada de forma não aleatória e refletiu a necessidade de compor um universo de estudo que compreendesse a totalidade de modelos no nível da atenção básica e de serviços especializados contínuos a este nível. Os municípios selecionados são de portes populacionais diferentes e estão localizados em distintas regiões do Estado do Rio de Janeiro.

O método de amostragem foi o mesmo para cada município, apresentando três estágios. No primeiro, foram selecionados os setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho, dado pelo número de domicílios do setor. Para a seleção dos setores censitários em cada um dos quatro municípios, a etapa preliminar consistiu em preparar uma lista de setores.

Nesta etapa, a partir das informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (censo demográfico 2000, agregado por setores censitários), foram considerados, primeiramente, todos os setores com domicílios particulares permanentes, isto é, aqueles que servem como residência de famílias e são construídos com material durável (permanente). Para a seleção da amostra de setores, foram eliminados todos aqueles com menos de vinte domicílios particulares permanentes.

No segundo estágio, em cada setor, foram selecionados dois pontos geográficos, de maneira aleatória. Esperando-se pesquisar, em média, 16 domicílios por setor e contando com possíveis perdas em cada ponto geográfico, foram selecionados os dez primeiros domicílios para a pesquisa. E no terceiro estágio, em cada domicílio selecionado, um indivíduo foi selecionado com equiprobabilidade entre os moradores adultos (idade igual ou superior a 18 anos) para responder ao questionário individual. Para responder

ao questionário domiciliar, foi identificado o morador que apresentasse maior conhecimento sobre a rotina do domicílio.

Os tamanhos de amostra foram assim estabelecidos: 480 indivíduos no Município 1, 320 indivíduos no Município 2, 400 indivíduos no Município 3 e 400 indivíduos no Município 4, obedecendo ao critério de escolha de maior número de setores censitários nos municípios maiores e número fixo de domicílios (16) em cada setor.

Em cada município, a pesquisa foi realizada por uma equipe composta por um supervisor e quatro entrevistadores.

A PMS-AB foi apresentada ao Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (parecer favorável nº. 23/05 – CAAE nº. 0075.0.031.000-05).

Questionário

O instrumento utilizado é uma adaptação do questionário aplicado no Brasil em 2003 pela *Pesquisa Mundial de Saúde* (PMS), inquérito nacional para avaliação do desempenho de saúde. As alterações propostas estavam de acordo com a literatura acerca do tema e foram discutidas e pré-testadas pela equipe envolvida na pesquisa. Alguns módulos do instrumento original da PMS foram mais detalhados, visando ao aprofundamento de certas questões.

O questionário é modular e composto de duas partes. Na primeira, denominada “Questionário Domiciliar”, o entrevistado foi o morador com maior conhecimento sobre o domicílio, sendo investigadas características como, variáveis sociodemográficas, informações do domicílio (número de cômodos, saneamento básico, número de bens), gasto do domicílio (gasto total do domicílio, despesas com assistência à saúde). E na segunda parte, “Questionário Individual”, um indivíduo adulto (18 anos ou mais), selecionado aleatoriamente, responde ao questionário. Foram abordadas várias questões, como características sociodemográficas, autoavaliação do estado de saúde em vários domínios, comportamentos saudáveis; situações crônicas – diagnóstico, tratamento e uso de medicamentos; cobertura de programas de saúde; acesso e utilização de serviços de saúde; avaliação da resposta do sistema de saúde do ponto de vista do usuário, dentre outros aspectos¹⁵.

Com relação à saúde bucal, foi destinado um módulo específico, “Módulo E: Assistência Bucal”. Nesse módulo foram abordadas questões relacionadas à frequência da visita odontológica, à assistência odontológica, à autoavaliação da saúde bucal como também ao autorrelato do estado de saúde bucal.

Variáveis do estudo

No presente trabalho, foram utilizadas variáveis para mensurar o estado de saúde bucal bem como para construir indicadores de cuidados assistenciais odontológicos.

O principal indicador de estado de saúde bucal foi a autoavaliação da saúde bucal, obtida por meio da seguinte pergunta: “*Em geral, como você avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas) atualmente?*”. Constituindo uma escala ordinal com 5 pontos (excelente, boa, moderada, ruim e péssima). Outro indicador para avaliar a situação de saúde foi construído com uma questão sobre perda de dentes (“*Você perdeu algum dos seus dentes naturais?*”).

Em relação aos cuidados assistenciais, foram utilizadas as seguintes variáveis: a frequência de visita odontológica (“*Em geral, com que frequência você vai ao dentista para uma revisão periódica?*”), e uso de prótese (“*Usa dentadura ou ponte?*”).

Para a realização das análises neste trabalho, a variável frequência de visita odontológica recebeu nova categorização por conta do pequeno número de indivíduos que relataram nunca terem ido ao dentista e ficou da seguinte maneira: pelo menos uma vez por ano; de 2 em 2 anos; e só vai ao dentista quando tem um problema/nunca foi ao dentista.

As variáveis relacionadas à perda dentária e uso de prótese foram combinadas, sendo criada uma nova variável – perda de dentes e uso de prótese, com as seguintes alternativas: não perdeu dentes; perdeu alguns dentes ou todos os dentes e usa prótese e perdeu alguns dentes ou todos os dentes e não usa prótese.

Objetivando analisar a associação de fatores sociodemográficos na percepção subjetiva da saúde bucal, as seguintes variáveis foram escolhidas: sexo; idade (18-29 anos, 30-44 anos, 45-59 anos e 60+); escolaridade (Ensino Fundamental incompleto, Ensino Médio incompleto e Ensino Médio completo e mais); raça/cor (branca, preta, parda e outras) e renda domiciliar *per capita* (até R\$400,00; R\$401,00-R\$600,00 e R\$601,00 e mais).

Investigou-se também o cadastramento dos domicílios no Programa Saúde da Família (PSF), utilizando-se a pergunta: “*Com que frequência o seu domicílio recebe uma visita do agente comunitário ou profissional de saúde?*”. Para as análises, essa variável recebeu nova categorização: moradores de domicílios cobertos pelo PSF (mensalmente; a cada dois anos; duas a quatro vezes por ano; uma vez por ano) e moradores de domicílios não cobertos pelo PSF (o domicílio foi cadastrado há menos de 2 meses; nunca recebeu).

Análise dos dados

A análise dos dados foi dirigida a investigar a assistência odontológica e a situação de saúde bucal da população residente nos quatro municípios fluminenses.

Na primeira etapa, foram elaboradas tabelas relacionando fatores sociodemográficos aos indicadores de estado de saúde bucal e indicadores de cuidados assistenciais. Foram realizados testes qui-quadrado de Pearson para testar hipóteses de associação entre as variáveis.

Em uma segunda etapa, foi realizada análise estatística multivariada para estabelecer os fatores que influenciam conjuntamente a autoavaliação da saúde bucal. Sendo realizada análise de regressão logística binária, considerando-se somente dois níveis da variável resposta – excelente/boa e não boa (moderada/ruim/péssima). Os resultados do modelo foram apresentados como razões de chance (OR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Por se tratar de um conjunto de dados obtido por meio de uma amostra complexa, que combina estratificação dos setores censitários,

conglomeramento e probabilidades de seleção desiguais, as informações sobre o estrato de seleção e o peso amostral foram incorporadas na análise dos dados, que foi realizada com o *software* estatístico SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Dentre os 1.871 entrevistados que autoavaliaram sua saúde bucal, 9,8% avaliaram como “ruim” ou “péssima”, 29,3% como “moderada” e 60,9% como “excelente” ou “boa”. A percepção da saúde bucal foi pior entre as mulheres, 11,4% das mulheres avaliaram sua saúde bucal como “ruim” ou “péssima”, enquanto apenas 8,0% dos homens avaliaram dessa forma (Tabela 1).

Ainda pelos dados dispostos na Tabela 1, evidencia-se uma pior autoavaliação da saúde bucal com o aumento da idade. Para os indivíduos do sexo masculino, 14% dos idosos avaliaram sua saúde como ruim; entre os mais jovens (18-29 anos), essa porcentagem foi 2,2%. No sexo feminino, a diferença por idade persiste, embora em

Tabela 1

Percentual (%) de indivíduos segundo autoavaliação de saúde bucal por faixa etária e sexo. Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

Sexo/Idade (anos)	Autoavaliação da saúde bucal						Total		Valor de p *
	Excelente/Boa		Moderada		Ruim/Péssima		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Masculino									
18 -29	217	77,00	59	20,70	6	2,20	282	100,00	0,000
30-44	179	60,60	98	33,00	19	6,40	296	100,00	
45-59	99	52,20	60	31,90	30	15,90	189	100,00	
60 +	66	60,50	28	25,60	15	14,00	109	100,00	
Total	561	64,00	245	28,00	70	8,00	876	100,00	
Feminino									
18 -29	177	59,80	94	31,80	25	8,40	296	100,00	0,084
30-44	175	55,40	107	34,10	33	10,50	315	100,00	
45-59	130	56,10	65	27,90	37	16,00	232	100,00	
60 +	97	63,70	37	24,50	18	11,80	152	100,00	
Total	579	58,20	303	30,40	113	11,40	995	100,00	
Total									
18 -29	394	68,20	153	26,40	31	5,30	578	100,00	0,000
30-44	354	57,90	205	33,60	52	8,50	611	100,00	
45-59	229	54,30	125	29,70	67	16,00	421	100,00	
60 +	163	62,40	65	24,90	33	12,70	261	100,00	
Total	1.140	60,90	548	29,30	183	9,80	1.871	100,00	

* Qui-quadrado de Pearson ($\alpha = 0,05$).

grau menor, e sem significância estatística, sendo os percentuais, respectivamente, 11,8% e 8,4%.

A distribuição da variável frequência de visita odontológica segundo faixa etária e sexo é apresentada na Tabela 2. Pode-se observar que as mulheres apresentam maiores percentuais relacionados à frequência de visita odontológica regular; 37,4% relataram ir ao dentista ao menos uma vez por ano, enquanto, entre os homens, o percentual foi de 33,2%. Em geral, a procura por assistência odontológica preventiva foi maior entre os indivíduos mais jovens, e 38,3% desses indivíduos relataram visita odontológica ao menos uma vez por ano e 52,8 % procuram assistência apenas quando apresentam algum problema. Entre os idosos os percentuais foram, respectivamente, 21,4% e 75,6%.

Entre as mulheres, encontrou-se uma proporção de consulta preventiva significativamente menor entre as mais idosas. Entre os homens, constatou-se tendência semelhante, embora não significativa (Tabela 2).

A frequência de visita odontológica entre moradores de domicílios com renda de até R\$400,00, cobertos e não cobertos pelo PSE, é examinada

na Tabela 3. A visita odontológica regular foi maior entre os moradores de domicílios não cobertos pelo PSE, nos quais 25,8% dos indivíduos relataram visita regular e 64,4% mencionaram só procurar o dentista quando apresentam um problema odontológico. Já para os moradores de domicílios cobertos pelo PSE, tais percentuais foram, respectivamente, de 21,3% e 74%.

Na Tabela 4, é apresentada a distribuição proporcional da perda de dentes total e parcial, por faixa etária e sexo. Em geral o relato de não apresentar perda de dentes é maior entre os indivíduos mais jovens; entre as pessoas que relataram perda de dentes, a presença de tratamento reabilitador (uso de prótese) mostra um decréscimo com o aumento da idade. Entre os homens da faixa etária de 18 a 29 anos, 51,3% relataram não ter perdido dentes, enquanto 46,9% perderam dentes e usam prótese. Entre os idosos, somente 2% não perderam dentes.

Para as mulheres, os percentuais chamam ainda mais atenção. Enquanto entre as mais jovens, 48,7% relataram não ter perdas dentárias, 46,2% apresentam perdas de dentes e usam prótese e 5,1% relataram não usar nenhum tipo de

Tabela 2

Percentual (%) de indivíduos segundo frequência de visita odontológica por faixa etária e sexo. Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

Sexo/Idade (anos)	Frequência de visita odontológica								Total		Valor de p *
	Pelo menos uma vez ao ano		De 2 em 2 anos		Só vai quando tem problema		Nunca foi ao dentista				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Masculino											
18 -29	105	37,30	14	4,90	153	54,10	10	3,70	282	100,00	0,069
30-44	104	35,10	23	7,70	163	55,30	6	1,90	296	100,00	
45-59	60	31,90	15	7,70	110	58,50	4	1,90	189	100,00	
60 +	22	19,60	1	1,00	85	77,50	2	1,90	110	100,00	
Total	291	33,20	53	5,90	511	58,40	22	2,50	877	100,00	
Feminino											
18 -29	116	39,30	22	7,40	152	51,50	5	1,80	295	100,00	0,000
30-44	140	44,40	23	7,30	152	48,30	0	0,00	315	100,00	
45-59	81	35,50	13	5,60	135	38,20	2	0,70	231	100,00	
60 +	35	22,60	3	1,80	113	74,30	2	1,30	153	100,00	
Total	372	37,40	61	6,10	552	55,60	9	0,90	994	100,00	
Total											
18 -29	221	38,30	36	6,20	305	52,80	15	2,70	577	100,00	0,000
30-44	244	39,90	46	7,50	315	51,70	6	0,90	611	100,00	
45-59	141	33,90	28	6,60	245	58,30	6	1,20	420	100,00	
60 +	57	21,40	4	1,50	198	75,60	4	1,50	263	100,00	
Total	663	35,40	114	6,00	1.063	56,90	31	1,60	1.871	100,00	

* Qui-quadrado de Pearson ($\alpha = 0,05$).

Tabela 3

Percentual (%) de indivíduos segundo frequência de visita odontológica por cobertura do Programa Saúde da Família (PSF). Brasil, 2005.

Cobertura pelo PSF	Frequência de visita odontológica								Total		Valor de p *
	Pelo menos uma vez por ano		De 2 em 2 anos		Só quando tem um problema		Nunca foi ao dentista				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Domicílio com renda até R\$400,00 com cobertura do PSF	32	21,3	4	2,7	111	74,0	3	2,0	150	100,0	0,075
Domicílio com renda até R\$400,00 sem cobertura do PSF	217	25,8	60	67,1	542	64,4	22	2,6	841	100,0	
Total	249	25,1	64	6,5	653	65,9	25	2,5	991	100,0	

* Qui-quadrado de Pearson ($\alpha = 0,05$).

Tabela 4

Percentual (%) de indivíduos segundo perda de dentes e uso de prótese por faixa etária e sexo. Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

Sexo/Idade (anos)	Perda de dentes e uso de prótese						Total		Valor de p *
	Não perdeu dentes		Perdeu dentes e usa prótese		Perdeu dentes e não usa prótese				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Masculino									
18-29	145	51,3	133	46,9	5	1,8	283	100,0	
30-44	51	17,4	178	60,6	65	22,0	294	100,0	
45-59	13	6,7	86	45,2	91	48,1	190	100,0	0,000
60+	2	2	29	26,5	79	71,5	110	100,0	
Total	211	24	426	48,6	240	27,4	877	100,0	
Feminino									
18-29	144	48,7	136	46,2	15	5,1	295	100,0	
30-44	43	13,6	181	57,7	90	28,7	314	100,0	
45-59	12	5,1	78	33,8	142	61,1	232	100,0	0,000
60+	3	2,2	25	16	125	81,8	153	100,0	
Total	202	20,3	420	42,3	372	37,4	994	100,0	
Total									
18-29	289	50	269	46,5	20	3,5	578	100,0	
30-44	94	15,4	359	59,1	155	25,5	608	100,0	
45-59	25	5,8	164	38,9	233	55,3	422	100,0	0,000
60+	5	2,1	54	20,5	204	77,4	263	100,0	
Total	413	22	846	45,3	612	32,7	1.871	100,0	

* Qui-quadrado de Pearson ($\alpha = 0,05$).

prótese, apesar de terem perdas dentárias. Entre as idosas, 2,2% não apresentam perda de dentes, 16,0% perderam dentes e usam prótese e 81,8% das idosas apresentam perdas dentárias e nenhum tipo de tratamento reabilitador (Tabela 4).

Os resultados dos modelos de regressão logística tendo a autoavaliação de saúde bucal “ex-

celente” ou “boa” como variável resposta e aplicados separadamente para cada sexo, podem ser analisados na Tabela 5.

Nas análises univariadas, ao se avaliar a influência de cada variável explicativa, entre as mulheres, com exceção da idade, todas as variáveis foram significativamente associadas à au-

toavaliação de saúde bucal “excelente” ou “boa”. Já entre os homens, somente a variável raça/cor não mostrou associação estatisticamente significativa com a variável dependente.

Ainda na Tabela 5, podem-se examinar as variáveis que influenciam, conjuntamente, a melhor percepção de saúde bucal. Verifica-se, para ambos os sexos, que as variáveis significativamente associadas a uma melhor classificação da saúde bucal são renda domiciliar *per capita*, frequência de visita odontológica e a variável “perda de dentes e uso de prótese”.

Ao avaliar as diferenças nos níveis de renda, quando comparadas ao grupo com renda domiciliar de R\$601,00 ou mais, evidencia-se, para

ambos os sexos, que apenas a categoria de domicílios com renda até R\$400,00 apresentou significância estatística. Tomando-se como categoria-controle a renda domiciliar de R\$601,00 ou mais, a OR entre os homens com renda domiciliar até R\$400,00 é de 0,54 e, entre as mulheres, de 0,61.

Com relação à variável frequência de visita odontológica, as categorias “visita ao dentista a cada 2 anos” e “procura por assistência odontológica voltada para resolução de um problema/nunca foi ao dentista”, comparadas à categoria-controle (visita odontológica pelo menos uma vez ao ano), apresentaram, para o sexo feminino, associações significantes e negativas com uma melhor autoavaliação da saúde bucal, com

Tabela 5

Razões de chance (OR) das análises univariada e multivariada de regressão logística binária com autoavaliação de saúde bucal “excelente” ou “boa” como variável dependente. Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005.

Variável	Análise univariada				Análise multivariada			
	Sexo feminino		Sexo masculino		Sexo feminino		Sexo masculino	
	Exp (b)	IC95%	Exp (b)	IC95%	Exp (b)	IC95%	Exp (b)	IC95%
Idade (anos)								
18-29	0,849	0,549-1,311	2,195 *	1,240-3,884	0,604	0,344-1,059	1,307	0,639-2,670
30-44	0,708	0,480-1,044	1,005	0,610-1,655	0,655	0,409-1,050	0,758	0,417-1,377
45-59	0,727	0,498-1,062	0,713	0,447-1,137	0,669	0,444-1,009	0,506 **	0,287-0,892
60 e mais	1,000	-	1,000	-	1,000	-	1,000	-
Escolaridade								
Fundamental incompleto	0,474 *	0,346-0,651	0,276 *	0,179-0,426	0,899	0,605-1,334	0,592	0,325-1,077
Ensino Médio incompleto	0,657 **	0,459-0,940	0,454 *	0,275-0,749	1,030	0,687-1,546	0,707	0,398-1,258
Ensino Médio completo	1,000	-	1,000	-	1,000	-	1,000	-
Raça								
Branca	1,000	-	1,000	-	1,000	-	1,000	-
Preta	0,490 *	0,324-0,741	0,685	0,395-1,187	0,655	0,423-1,014	1,039	0,508-2,122
Parda	0,662 **	0,485-0,905	0,798	0,547-1,166	0,982	0,698-1,381	1,101	0,711-1,705
Outras	0,620	0,271-1,420	1,256	0,414-3,806	0,736	0,304-1,778	1,280	0,482-3,397
Renda domiciliar <i>per capita</i>								
Até R\$400,00	0,390 *	0,284-0,534	0,423 *	0,267-0,670	0,609 **	0,410-0,905	0,545 **	0,318-0,934
R\$401,00-R\$600,00	0,850	0,550-1,313	0,409 *	0,263-0,636	1,138	0,695-1,864	0,649	0,372-1,131
R\$601,00 ou mais	1,000	-	1,000	-	1,000	-	1,000	-
Visita odontológica								
Pelo menos 1 vez/ano	1,000	-	1,000	-	1,000	-	1,000	-
De 2 em 2 anos	0,535 **	0,299-0,956	0,501	0,221 -1,136	0,522 **	0,287-0,947	0,570	0,255-1,275
Por ter problema/Nunca foi	0,395 *	0,292-0,536	0,247 *	0,163-0,375	0,472 *	0,329-0,676	0,322 *	0,208-0,501
Perda de dentes e uso de prótese								
Perdeu alguns ou todos os dentes e usa prótese	1,000	-	1,000	-	1,000	-	-	-
Não perdeu dentes	2,428 *	1,606-3,671	4,663 *	2,609-8,333	2,586 *	1,534-4,359	2,398 **	1,234 -4,660
Perdeu dentes e não usa prótese	0,795	0,601-1,051	0,986	0,675-1,442	0,878	0,641-1,202	0,822	0,506 -1,337

* $p < 0,01$;

** $p < 0,05$.

respectivas OR de 0,52 e 0,47. Entre os homens, apenas a categoria “procura por assistência odontológica voltada para resolução de um problema/nunca foi ao dentista” apresentou significância estatística, com OR de 0,32.

Em ambos os sexos, somente a categoria “não perdeu dentes da variável /perda de dentes e uso de prótese” apresentou associação significativa e positiva com a autoavaliação da saúde bucal “excelente ou boa”. Para as mulheres e homens que relataram não apresentar perda de dentes, as OR são, respectivamente, 2,59 e 2,40.

Discussão

No presente estudo, a autoavaliação da saúde bucal mostrou-se, em média, pior quando comparada a inquéritos realizados em países desenvolvidos^{16,17} e mais satisfatória que os achados de Matos & Lima-Costa¹⁸, utilizando os resultados do Projeto SBBrazil. Em geral, a percepção de saúde bucal foi melhor entre os mais jovens, fato também encontrado em outras pesquisas^{16,17,19}.

Neste estudo, constatou-se uma pior autoavaliação da saúde bucal na faixa etária de 45-59 anos. Outros estudos^{16,18,19,20} analisaram a autoavaliação de saúde bucal em adultos com 18 anos e mais e encontraram uma pior autoavaliação nas faixas de média idade (40-60 anos) do que entre idosos.

Segundo Silva & Fernandes²¹, o fato de as principais doenças bucais apresentarem caráter não letal, leva ao aceite delas 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. Tal fato pode explicar a melhor autoavaliação de saúde bucal entre os idosos, em comparação a coortes mais jovens, evidenciado neste e em outros estudos.

A estratificação das análises desse estudo por sexo fundamentou-se especialmente no estudo de Szwarcwald et al.²², que analisou os dados da PMS realizado no Brasil em 2003 e encontrou uma pior percepção de saúde entre as mulheres. Esse trabalho também demonstrou uma percepção de saúde bucal, em geral, pior entre as mulheres. Contudo, na faixa etária de 45 a 59 anos, os homens apresentaram uma autoavaliação pior que as mulheres. Nas pesquisas de Matthias et al.²³ e Matos & Lima-Costa¹⁸, entre os idosos, as mulheres apresentaram uma percepção de saúde bucal mais positiva que os homens. Nos estudos de Tassinari et al.¹⁹ e Sanders & Spencer²⁴, os homens avaliaram pior sua saúde bucal. Enquanto

nos resultados de Jamieson & Thomson²⁵, não houve diferença na percepção de saúde bucal associada ao sexo.

Os achados deste trabalho mostram a existência de associação entre fatores socioeconômicos e autoavaliação da saúde bucal. Constatou-se uma melhor percepção de saúde bucal entre os indivíduos com maior escolaridade e com maior renda, no entanto a escolaridade não mostrou significância estatística na análise multivariada. Vários autores^{11,14,19,26,27} encontraram uma percepção mais positiva da saúde bucal em indivíduos com mais anos de estudo. Maupomé et al.²⁸, em uma pesquisa sobre percepção e satisfação com a saúde bucal, utilizaram o nível educacional como uma medida *proxy* da condição socioeconômica, entretanto não encontraram significância estatística; os autores sugeriram que tal resultado poderia ser explicado pelo fato de a amostra ser mais homogênea, composta somente por pessoas empregadas.

Na análise desse estudo, a renda domiciliar *per capita* foi utilizada. Segundo Mackenbach et al.²⁹, a renda domiciliar reflete o poder de consumo do domicílio de forma mais acurada que a renda individual, por representar os possíveis ganhos de todos os membros do domicílio. Os resultados, aqui encontrados, indicam uma associação bastante significativa entre possuir maior renda e uma autoavaliação positiva da saúde bucal, associação que se manteve ao controlar para as demais variáveis, inclusive grau de escolaridade. Patussi et al.³⁰ também encontraram associação significativa entre melhor autoavaliação da saúde bucal em indivíduos com maior renda.

Ao pesquisar a associação entre renda domiciliar e autoavaliação de saúde (geral) em vários países, Mackenbach et al.²⁹ encontraram uma relação curvilínea e não linear: a autoavaliação de saúde declinou mais rapidamente nos níveis mais baixos de renda, sendo essa ausência de linearidade mais frequente para o sexo feminino. No presente trabalho, foi possível observar que os efeitos negativos na percepção de saúde bucal relacionados à renda foram significativamente maiores nos níveis inferiores de renda. Os resultados de Sanders et al.³¹ sugeriram o mesmo. Celeste & Nadanovsky³², utilizando dados do Projeto SBBrazil, também encontraram essa relação curvilínea entre renda domiciliar e saúde bucal.

As iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos constituem um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil³³. Da mesma forma, os achados desse estudo evidenciaram grandes desigualdades na percepção subjetiva da saúde bucal.

É reconhecida a importância de o indivíduo apresentar uma frequência regular de visita

odontológica para a manutenção de um bom estado de saúde bucal. Os parâmetros de cobertura assistencial para o SUS, utilizados pelo Ministério da Saúde para o planejamento dos recursos odontológicos, são de uma consulta a cada dois anos até duas consultas odontológicas ao ano³⁴. Contudo, uma parcela importante da população brasileira não utiliza os serviços odontológicos com a frequência preconizada³⁵.

Os achados deste trabalho mostram que a visita odontológica regular, pelo menos uma vez ao ano, foi maior entre os mais jovens, as mulheres e aqueles indivíduos com maior escolaridade, concordando com os resultados de algumas pesquisas^{14,18,26,35,36}, nas quais é consistente a associação de uma utilização mais frequente dos serviços odontológicos com: pessoas do sexo feminino; idade entre 5 a 24 anos; possuir maior renda e escolaridade.

Nesta pesquisa, uma porcentagem bem menor de pessoas relatou nunca ter ido ao dentista quando comparada aos dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (PNAD) realizada em 2003, na qual o percentual foi de 16%³⁵. É importante ressaltar que a população participante do presente estudo é representativa de quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, constituindo assim uma amostra, na maior parte, com melhores condições socioeconômicas, quando comparada à amostra da PNAD, que tem cobertura nacional, com representatividade para todas as Unidades da Federação.

A frequência maior de visita odontológica regular entre os moradores de domicílios de baixa renda não cobertos pelo PSF quando comparados àqueles moradores de domicílios de baixa renda cobertos pelo PSF é outro aspecto que merece atenção. Ao pesquisar o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) (DATASUS. <http://w3.datasus.gov.br/siab/siab.php>, acessado em 10/Dez/2007) constatou-se que, para o período em que foi realizado este estudo, em nenhum dos municípios avaliados havia a implantação de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no PSF. No entanto, essa informação não justifica o contraditório achado, uma vez que os domicílios cobertos por esse programa devem ser orientados quanto a ações educativas e utilização dos serviços de saúde. De acordo com a *Política Nacional de Atenção Básica*³⁷, o Agente Comunitário de Saúde deve, dentre outras atribuições específicas, estar em contato permanente com as famílias e desenvolver ações educativas que visem à promoção de saúde e à prevenção de doenças; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

Neste estudo, a frequência de visita odontológica foi um importante preditor para a autoava-

liação da saúde bucal “excelente” ou “boa”, tanto na análise univariada quanto na multivariada, corroborando com os resultados de outras pesquisas^{26,28,38}. Para Sanders & Spencer²⁴, a utilização dos serviços odontológicos pode diminuir o gradiente social relacionado à percepção subjetiva de saúde bucal.

Afonso-Souza et al.³⁸ avaliaram a associação da frequência de visita odontológica regular com a percepção subjetiva de saúde bucal nos participantes do *Estudo Pró-Saúde*, e sugeriram duas hipóteses para explicar a autoavaliação mais positiva de saúde bucal entre os usuários regulares dos serviços odontológicos. A primeira seria que uma melhor autoavaliação poderia ser consequência de um bom tratamento, de maior oportunidade de receber ações preventivas, o que conduziria a efeitos positivos nas condições clínicas de saúde bucal. E outra hipótese estaria relacionada à ocorrência de um bem-estar psicológico associado ao cuidado com a saúde, à existência de comportamentos mais saudáveis, que conduziriam a uma percepção mais positiva de sua saúde bucal. No presente estudo, não foi possível avaliar se o acesso ao PSF influencia a autoavaliação de saúde bucal por haver um número pequeno de domicílios cobertos pelo programa.

O relato de não apresentar perda de dentes foi fortemente associado a uma maior chance de autoavaliar a saúde bucal como “excelente” ou “boa”. Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos^{17,18,23,26,38}. Segundo Afonso-Souza et al.³⁸, a manutenção da dentição natural está associada com uma melhor percepção de saúde bucal, e a ausência de dentes naturais aumentou em quatro vezes a chance de classificar a saúde bucal como ruim. A perda da dentição natural influi sobre diversos aspectos do organismo, dentre os quais o aspecto estético, a pronúncia, a digestão, e, sobretudo, a mastigação. Um indivíduo com todos os dentes tem uma capacidade mastigatória de 100%. Em pessoas que usam prótese total, essa capacidade é de 25%³⁹.

E, em relação às pessoas idosas, grandes percentuais de perda de dentes foram observados, e a maioria relatou não usar prótese odontológica. Contraditoriamente, mais de 60% dos idosos avaliaram sua saúde bucal como “excelente” ou “boa”. Matthias et al.²³ constataram que os idosos aceitavam a perda de dentes mais facilmente por considerarem que tais perdas são resultantes de um processo natural do envelhecimento. 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^{6,18,30,40}.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o delineamento seccional que não permite determinar se existe uma relação temporal entre a autoavaliação de saúde bucal e as variáveis independentes analisadas. Outra limitação decorre do fato de que as variáveis aqui consideradas foram respondidas pelo próprio sujeito. Tais informações podem ser consideradas menos válidas que registros diretos à medida que podem influenciar os efeitos sobre a autoavaliação da saúde bucal. Além disso, não foi possível dar o devido detalhamento à variável relacionada à frequência de visita odontológica, por restrições no tamanho da amostra.

Em suma, o quadro epidemiológico evidenciado neste trabalho reforça os achados de vários estudos que retratam a precária saúde bucal dos

adultos e idosos brasileiros. O alto percentual de perdas dentárias constitui um grande problema, particularmente entre os idosos. Todavia, apesar de se evidenciar, em geral, uma pobre saúde bucal, uma grande proporção de indivíduos, destacando-se os idosos, apresentou uma autoavaliação positiva, sugerindo, como discutido, que o indivíduo avalia sua condição bucal com critérios diferentes do profissional.

Os serviços odontológicos devem, assim, ser reorganizados de modo que a assistência odontológica seja abordada sob uma concepção mais ampla, em que a assistência curativa não seja a prioridade, articulando, conjuntamente, ações de promoção de saúde e prevenção da doença, considerando os valores e percepções dos indivíduos.

Resumo

A autoavaliação da saúde é um indicador subjetivo que combina componentes físicos, emocionais e do bem-estar individual e vem adquirindo papel importante na área da Saúde Pública, sendo utilizado na avaliação do estado de saúde da população geral. Este trabalho objetivou estudar os cuidados assistenciais e o estado de saúde bucal, incluindo a autoavaliação, utilizando dados de 1.871 indivíduos, com 18 anos ou mais de idade, entrevistados na Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica, realizada em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no ano de 2005. Foram utilizados modelos de regressão logística binária para identificar os determinantes da autoavaliação de saúde bucal “excelente” ou “boa”. Para ambos os sexos, as variáveis significativamente associadas à autoavaliação da saúde bucal foram: renda domiciliar per capita, frequência de visita odontológica e perda de dentes e uso de prótese. Os resultados evidenciam um gradiente socioeconômico na percepção subjetiva, uma precária saúde bucal entre os idosos e a importância da visita odontológica regular para manutenção da saúde bucal.

Saúde Bucal; Perda de Dente; Auto-Avaliação; Fatores Socioeconômicos

Colaboradores

H. L. C. Mendonça trabalhou na metodologia e concepção do artigo, elaboração de tabelas e redação do artigo. C. L. Szwarcwald coordenou a pesquisa e participou da concepção do artigo e revisão crítica do texto. G. N. Damacena participou da pesquisa como supervisora de campo, trabalhou na análise estatística dos dados e revisão crítica do texto.

Referências

1. Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
2. Blank N, Diderichsen F. Inequalities in health: the interaction between socio-economic and personal circumstances. *Public Health* 1996; 110:157-62.
3. Cruz GD, Galvis DL, Kim M, Le-Geros RZ, Barrow S-YL, Tavares M, et al. Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001; 29:99-110.
4. Locker D, Gibson B. Discrepancies between self-ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33:280-8.
5. Locker D. Issues in measuring change in self-perceived oral health status. *Community Dent Oral Epidemiol* 1998; 26:41-7.
6. Shigli K, Hebbal M. Assessment of changes in oral health-related quality of life among patients with complete denture before and 1 month post-insertion using Geriatric Oral Health Assessment Index. *Gerodontology* 2010; 27:167-73.
7. Samorodnitzky GR, Levin L. Self-assessed dental status, oral behavior, DMF, and dental anxiety. *J Dent Educ* 2005; 69:1385-9.
8. Locker D, Miller Y. Evaluation of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent* 1994; 54:167-76.
9. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 1995; 273:59-65.
10. Pattussi MP, Olinto MTA, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35:377-86.
11. John MT, Koepsell TD, Hujoel P, Miglioretti DL, LeResche L, Micheelis W. Demographic factors denture status and oral health-related quality of life. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 125-32.
12. Locker D. Deprivation and oral health: a review. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:161-9.
13. Locker D, Jokovic A. Three-year changes in self-perceived oral health status in older Canadian population. *J Dent Res* 1997; 54:1292-7.
14. Yasar Ozkan Y, Özcan M, Kulak Y, Kazazoglu E, Arıkan A. General health, dental status and perceived dental treatment needs of an elderly population in Istanbul. *Gerodontology* 2011; 28:28-36.
15. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores da atenção básica em quatro municípios do Rio de Janeiro, 2005: resultados do inquérito domiciliar de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:643-55.
16. Sanders AE, Slade GD. Deficits in perceptions of oral health relative to general health in populations. *J Public Health Dent* 2006; 66:255-62.
17. Astrøm AN, Haugejorden O, Skaret E, Trovik TA, Klock KS. Oral impacts of daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of teeth, and socio-demographic factors. *Eur J Oral Sci* 2006; 114:115-21.
18. Matos DL, Lima-Costa MF. Autoavaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil 2003. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1699-707.
19. Tassinari WS, Ponce de León A, Werneck GL, Farserstein E, Lopes CS, Chor D, et al. Contexto socio-econômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:127-36.
20. Einarson S, Gerdin EW, Hugoson A. Oral health impact on quality of life in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 2009; 67:85-93.
21. Silva RCS, Fernandes RAC. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Rev Saúde Pública* 2001; 35:349-55.
22. Szwarcwald CL, Souza-Borges PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl:S54-64.
23. 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.
24. Sanders AE, Spencer AJ. Why do poor adults rate their oral health poorly? *Aust Dent J* 2005; 50:161-7.
25. Jamieson LM, Thomson M. Adult oral health inequalities described using area-based and household-based socioeconomic status measures. *J Public Health Dent* 2006; 66:104-9.
26. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998; 77:1529-38.
27. Heft MW, Gilbert GH, Shelton BJ, Duncan RP. Relationship of dental status, sociodemographic status, and oral symptoms to perceived need for dental care. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31:351-60.
28. Maupomé G, Peters D, White A. Use of clinical services compared with patients perceptions of and satisfaction with oral health status. *J Public Health Dent* 2004; 64:88-95.
29. Mackenbach JP, Martikainen P, Looman CW, Dalstra JA, Kunst AE, Lahelma E, et al. The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study. *Int J Epidemiol* 2005; 34:286-93.
30. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38:348-59.
31. Sanders AE, Slade GD, Turrell G, John Spencer A, Marcenes W. The shape of the socioeconomic-oral health gradient: implications for theoretical explanations. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34:310-9.
32. Celeste RK, Nadanovsky P. Income and oral health relationship in Brazil: is there a threshold? *Community Dent Oral Epidemiol* 2009; 37:285-93.

33. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Ação sobre os determinantes sociais de saúde: aprendendo com experiências anteriores. http://www.who.int/social_determinants/en/ (acessado em 01/Set/2006).
34. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/48.pdf> (acessado em 03/Out/2006).
35. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:999-1010.
36. Matos DL, Lima-Costa MFF, Guerra HL, Marcenos W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associado com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
37. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. http://www.conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf (acessado em 10/Dez/2007).
38. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Association between routine visits for dental checkups and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 393-4.
39. Colussi F, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:1313-20.
40. Stober T, Danner D, Lehmann F, Séché AC, Rammelsberg P, Hassel AJ. Association between patient satisfaction with complete dentures and oral health-related quality of life: two-year longitudinal assessment. *Clin Oral Invest* 2010; 3:1-6.

Recebido em 23/Set/2011

Versão final reapresentada em 28/Mai/2012

Aprovado em 02/Jul/2012