

Relação Entre Cárie Dentária, Edentulismo e Autopercepção de Saúde Bucal em Adolescentes, Adultos e Idosos de Um Município do Nordeste Brasileiro

Relationship between Dental Caries, Edentulism and Self-Perception of Oral Health in Adolescents, Adults and Elderly of a Municipality in Northeastern Brazil

Arinilson Moreira Chaves Lima^a; Karla Giovana Bavaresco Ulinski^a; Regina Célia Poli-Frederico^a; Ana Raquel Benetti^b; Marina de Lourdes Calvo Fracasso^c; Sandra Mara Maciel^{c*}

^aUniversidade Norte do Paraná, PR, Brasil

^bUniversity of Copenhagen, Institute of Odontology, Denmark

^cUniversidade Estadual de Maringá, Departamento de Odontologia, PR, Brasil

*E-mail: sanmaciel@sercomtel.com.br

Recebido: 09 de maio de 2012; Aceito: 01 de agosto de 2012

Resumo

O diagnóstico das condições e autopercepção da saúde bucal dos indivíduos é fundamental nas estratégias de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. O objetivo deste estudo foi descrever a prevalência da cárie dentária, do edentulismo e a autopercepção em saúde bucal na população adolescente, adulta e idosa de um município de pequeno porte da região nordeste do Brasil. Adicionalmente, investigou-se a relação entre a autopercepção e as variáveis clínicas investigadas. Compuseram a amostra de estudo 139 indivíduos. Nos exames clínicos foi usado o índice CPO-D, segundo critérios da OMS e as informações sobre auto-percepção foram obtidas por entrevistas. Na análise dos dados foram usados os testes Qui-quadrado, Mann Whitney e Exato de Fischer, com nível de significância de 5%. O índice CPO-D foi $6,57 \pm 4,17$ para adolescentes, $22,76 \pm 7,63$ para adultos e $30,96 \pm 2,82$ para idosos. Foi registrado predomínio da autopercepção negativa da saúde bucal entre adultos (58,6%) e positiva, entre idosos (57,7%). Autopercepções negativas da mastigação ($p < 0,001$) e da fala ($p = 0,001$) associaram-se ao aumento da idade. O índice CPO-D foi maior entre adolescentes com relato de dor ($p = 0,028$). Nos adultos, a autopercepção negativa da saúde bucal ($p = 0,007$), aparência de dentes/gengivas ($p = 0,003$) e fala ($p = 0,046$) associou-se ao maior número de dentes cariados presentes. Foi evidenciada a discrepância entre autopercepção positiva em saúde bucal e presença de edentulismo. Os resultados sugerem a necessidade do estabelecimento de políticas locais de saúde bucal, voltadas para a promoção da saúde, focadas na prevenção da cárie dentária e do edentulismo.

Palavras-chave: Cárie Dentária. Autoimagem. Adolescente. Adulto. Idoso.

Abstract

The diagnosis of conditions and self-perceived oral health status of individuals is fundamental in planning strategies and evaluation of health services. The aim of this study was to describe the prevalence of dental caries, edentulism and self-perception of oral health in adolescents, adults and elderly in a small city in northeastern Brazil. Additionally, we investigated the relationship between self-perception and the clinical variables studied. The study sample consisted of 139 subjects. In clinical examinations the DMFT index was used according to WHO criteria and information about self-perception was collected through interviews. The Chi-square, Mann Whitney and Fisher exact tests were used with 5% significance level. The DMFT index was 6.57 ± 4.17 for adolescents, 22.76 ± 7.63 for adults and 30.96 ± 2.82 for elderly. It was recorded predominance of negative self-perception of oral health among adults (58.6%) and positive self-perception among the elderly (57.7%). Negative self-perceptions of chewing ($p < 0.001$) and speech ($p = 0.001$) were associated with increasing age. The DMFT index was higher among adolescents with a history of pain ($p = 0.028$). In adults, the negative self-perception of oral health ($p = 0.007$), appearance of teeth / gums ($p = 0.003$) and speech ($p = 0.046$) was associated with higher number of decayed teeth present. The discrepancy between positive self-perception of oral health and the presence of edentulism was highlighted. The results suggest the need to establish local policies for oral health aimed at promoting health and focused on preventing dental caries and edentulism.

Keywords: Dental Caries. Self Concept. Adolescent. Adult. Aged.

1 Introdução

Levantamentos epidemiológicos são necessários tanto para conhecer a prevalência das doenças, como para estimar as necessidades de tratamento. A partir dos dados coletados pode-se planejar, executar e avaliar ações de intervenção, controlar a eficácia geral dos serviços, além de permitir comparações em diferentes períodos de tempo e áreas geográficas¹. No Brasil, o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional foi realizado somente em 1986, pelo Ministério da Saúde².

Infelizmente, grande parte dos levantamentos epidemiológicos baseia-se exclusivamente em medidas clínicas obtidas através de índices e levando em conta apenas

o ponto de vista do examinador. Para um correto diagnóstico das condições de saúde bucal de uma população, faz-se necessário compreender também as medidas subjetivas relacionadas com o processo saúde-doença. Um aspecto importante entre as medidas subjetivas é o da autopercepção, onde o próprio indivíduo tem, consolidadas, informações construídas a partir de experiências individuais relacionadas à saúde geral e bucal. No Brasil, os municípios e seus serviços de atenção/assistência à saúde bucal carecem de estudos que forneçam dados consistentes para subsidiar o planejamento e o desenvolvimento de suas ações, principalmente dados sobre as condições bucais autopercebidas.

Segundo o Ministério da Saúde, a maioria dos estudos que avalia mudanças no estado de saúde bucal de indivíduos e populações tem sido baseada em indicadores clínicos da doença, existindo poucas avaliações sobre saúde e bem-estar a partir da percepção do indivíduo³.

Entre as informações coletadas em 2002/2003 sobre as condições de saúde bucal da população³, incluíram-se, pela primeira vez, questões sobre autopercepção nos grupos etários de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade. Os resultados apontaram que, em média, 44,7% dos jovens, 59,2% dos adultos e 43,6% dos idosos do país julgavam insatisfatória a própria saúde bucal. Ao mesmo tempo, 39,6%, 56,6% e 45,6% de jovens, adultos e idosos, respectivamente, não estavam satisfeitos com a aparência de seus dentes e gengivas.

Para a compreensão da autoavaliação da saúde bucal devem ser levados em consideração fatores sociais, clínicos e subjetivos⁴. É muito frequente a presença de discrepâncias entre as condições bucais encontradas nos exames epidemiológicos e a autopercepção relatada pelo examinado quando da entrevista ou questionário. Martins *et al.*⁵ desenvolveram um trabalho sobre a auto-avaliação da condição de saúde bucal dos idosos brasileiros e observaram que apesar das precárias condições bucais, a maioria fez uma auto-avaliação positiva da sua saúde bucal.

Bandéca *et al.*⁶ relataram situação semelhante em um trabalho com adultos onde, apesar dos exames clínicos terem revelado uma alta experiência de cárie (CPO-D = 18,9), a condição de saúde bucal foi considerada normal por 42% dos entrevistados, mostrando que os indicadores clínicos tinham pouca influência na autopercepção.

O objetivo deste estudo foi avaliar a experiência e severidade da cárie dentária, a prevalência do edentulismo e a autopercepção da saúde bucal na população adolescente, adulta e idosa do município de Limoeiro do Norte, CE. Adicionalmente, verificar, de forma exploratória, a relação entre a autopercepção e as variáveis clínicas investigadas.

2 Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal que teve como referência geográfica o município de Limoeiro do Norte, situado no estado do Ceará, Brasil, cuja população estimada, por ocasião da pesquisa, era de 54.582 habitantes⁷, inseridos nos distintos estratos sociais e sem acesso à água fluoretada, uma vez que a medida de fluoretação da água ainda não havia sido implantada apesar do município possuir uma ampla rede de abastecimento.

Foi utilizada a base de dados do levantamento epidemiológico sobre as condições de saúde bucal da população de Limoeiro do Norte, CE, promovido pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Este estudo utilizou a mesma metodologia do levantamento epidemiológico *Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003* - SB Brasil 2003³ que, por sua vez, atendeu às recomendações do Manual de Instruções para Levantamentos Epidemiológicos Básicos em Saúde Bucal da Organização Mundial de Saúde - OMS⁸.

O município não dispunha de informações epidemiológicas anteriores em saúde bucal. Preliminarmente, obteve-se a autorização para utilização dos dados, junto à secretaria de saúde de Limoeiro do Norte e a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa da Universidade Norte do Paraná – UNOPAR (PT/0268/2010).

A amostra do referido inquérito foi constituída por 139 indivíduos pertencentes aos grupos etários de 15 a 19 anos (n=55), 35 a 44 anos (n=58) e 65 a 74 anos (n=26), e foi representativa para o porte do município, de acordo com a metodologia utilizada⁹. A seleção dos participantes foi feita por meio de amostra probabilística. Depois de seguidas as técnicas metodológicas recomendadas para o sorteio das unidades amostrais³ (setores censitários, quadras, vilas, escolas e creches), deu-se início à fase de coleta de dados. Os exames dos participantes foram realizados sob iluminação natural, nos respectivos domicílios, por cirurgiões-dentistas locais. Houve uma calibração prévia, utilizando-se a concordância *kappa*, sendo 97,5% o mínimo aceitável intra-examinador, e 90%, interexaminador. Todos os examinados ou seus responsáveis legais assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

Além da ficha de exame utilizada para coletar os dados durante os exames bucais, foi aplicada uma entrevista para se obter informações sobre a caracterização socioeconômica; acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal de cada indivíduo dos grupos etários mencionados.

Os dados secundários para análise foram obtidos por meio do programa Visual Fox Pro versão 5.0, convertidos para o programa Excel e posteriormente exportados para o programa estatístico Statistical Package for Social Science – SPSS, versão 15.0, através do qual os dados foram analisados.

Os dados coletados foram divididos em dois grupos: o de variáveis que descreveram as condições clínicas e o de variáveis que mostraram a autopercepção da saúde bucal. No primeiro grupo de variáveis, estiveram o índice CPO-D e seus componentes, em especial o componente “C” do CPO-D e o edentulismo. Para os adolescentes, foi usada, como variável clínica, o CPO-D. Para os adultos, utilizou-se o componente cariado (C), do CPO-D e o edentulismo. Já para os idosos, a variável foi apenas o edentulismo. No segundo grupo de variáveis, estiveram aquelas relacionadas à autopercepção da saúde bucal (variáveis subjetivas). Foram elas: autopercepção da saúde bucal, da aparência dos dentes e gengivas, da mastigação, da fala; influência da saúde bucal nos relacionamentos sociais e relato de dor nos dentes ou gengivas nos 6 meses anteriores ao inquérito. Ao ser perguntado sobre estas condições de autopercepção, o entrevistado poderia responder entre ótima, boa, regular, ruim ou péssima. Neste trabalho as respostas foram agrupadas em autopercepção positiva (ótima/boa) ou negativa (regular/ruim/péssima).

Inicialmente foi feita a descrição das variáveis e sua distribuição dentro de cada grupo etário. A seguir, cada variável foi analisada dentro do respectivo grupo etário, quanto à sua associação com os fatores de autopercepção da saúde bucal.

Os testes de Qui-quadrado, Mann Whitney e Exato de Fischer foram utilizados para verificar associações entre as variáveis, com um nível de significância fixado em 5%.

3 Resultados e Discussão

Os 139 indivíduos completaram todas as etapas da pesquisa. A Tabela 1 apresenta a distribuição do índice CPO-D

e seus componentes, assim como o número médio de dentes hígidos e presentes na boca dos adolescentes, adultos e idosos. O índice CPO-D médio encontrado foi de 6,57, 22,76 e 30,96, respectivamente, entre adolescentes, adultos e idosos. O componente cariado (C) predominou entre os adolescentes. Já entre os adultos e idosos, o maior responsável pelo CPO-D foi o componente perdido (P).

Tabela 1: Índice CPO-D e seus componentes, dentes presentes e dentes hígidos, em adolescentes, adultos e idosos de Limoeiro do Norte – CE

Variável	Grupo etário					
	15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos	
	Média	(DP)	Média	(DP)	Média	(DP)
Dentes permanentes cariados (C)	3,52	(3,55)	2,88	(4,99)	1,08	(2,43)
Dentes permanentes perdidos por cárie (P)	1,41	(2,05)	18,43	(9,70)	29,88	(4,83)
Dentes permanentes obturados/restaurados (O)	1,65	(2,13)	1,45	(3,10)	0,00	(0,00)
Índice CPO-D calculado	6,57	(4,17)	22,76	(7,63)	30,96	(2,82)
Dentes permanentes hígidos	22,72	(3,99)	9,14	(7,42)	1,04	(2,82)
Dentes permanentes presentes na boca	27,89	(1,93)	13,47	(9,54)	2,12	(4,83)

Com relação às variáveis subjetivas (Tabela 2), não foi detectada diferença significativa na autopercepção de saúde bucal entre os três grupos etários, tendo sido registrado predomínio da autopercepção negativa entre adultos e da positiva, entre idosos. Da mesma forma, a autopercepção da influência da saúde bucal nos relacionamentos e da sensação de dor nos últimos 6 meses não diferiu significativamente entre os grupos etários. A maioria dos indivíduos entrevistados relatou considerar que a saúde bucal não afeta os relacionamentos sociais e que não havia

sentido dor nos dentes e gengivas nos 6 meses que antecederam o levantamento epidemiológico. Por outro lado, observou-se predomínio da autopercepção negativa da aparência de dentes e gengivas entre adultos ($p=0,007$) e o aumento do percentual de autoavaliações negativas da mastigação ($p<0,001$) e da fala ($p=0,001$), concomitantemente ao aumento da idade. A maioria dos adolescentes apresentava percepção positiva de sua mastigação e fala, contrastando com o baixo percentual de idosos (38,5%) que consideravam sua mastigação satisfatória.

Tabela 2: Variáveis relacionadas à autopercepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos de Limoeiro do Norte – CE, segundo grupo etário

Variável	Parâmetros	Grupo etário						Valor de <i>p</i>
		15 a 19 anos		35 a 44 anos		65 a 74 anos		
		n	%	n	%	n	%	
Autopercepção da saúde bucal	Positiva	27	49,1	24	41,4	15	57,7	0,369
	Negativa	28	50,9	34	58,6	11	42,3	
Autopercepção da aparência de dentes e gengivas	Positiva	32	58,2	18	31,0	15	57,7	0,007
	Negativa	23	41,8	40	69,0	11	42,3	
Autopercepção da mastigação	Positiva	48	87,3	31	53,4	10	38,5	<0,001
	Negativa	7	12,7	27	46,6	16	61,5	
Autopercepção da fala	Positiva	49	89,1	42	72,4	13	50,0	0,001
	Negativa	6	10,9	16	27,6	13	50,0	
Autopercepção sobre a saúde bucal afetar o relacionamento com outros	Não afeta	50	90,9	44	75,9	21	80,8	0,104
	Afeta	5	9,1	14	24,1	5	19,2	
Relato de dor nos dentes ou gengivas nos últimos 6 meses	Não	37	67,3	45	77,6	23	88,5	0,106
	Sim	18	32,7	13	22,4	3	11,5	

Positiva (ótima/boa); Negativa (regular/ruim/péssima)
Teste Qui-quadrado $p<0,05$

Entre os adolescentes, houve associação do índice CPO-D médio apenas com o relato de dor nos dentes ou gengivas nos 6

meses anteriores ao levantamento (Tabela 3). O índice CPO-D foi mais elevado entre aqueles que haviam relatado dor ($p=0,028$).

Tabela 3: Associações entre o índice CPO-D médio e a autopercepção da saúde bucal em adolescentes de Limoeiro do Norte – CE

Variável	Parâmetros	CPO-D Médio	(DP)	Valor de p
Autopercepção da saúde bucal	Positiva	5,50	(3,28)	0,112
	Negativa	7,57	(4,69)	
Autopercepção da aparência de dentes e gengivas	Positiva	7,39	(4,38)	0,068
	Negativa	5,48	(3,67)	
Autopercepção da mastigação	Positiva	6,77	(4,26)	0,448
	Negativa	5,29	(3,45)	
Autopercepção da fala	Positiva	6,58	(3,62)	0,249
	Negativa	6,50	(7,81)	
Autopercepção sobre a saúde bucal afetar o relacionamento com outros	Não afeta	6,61	(4,31)	0,954
	Afeta	6,20	(2,68)	
Relato de dor nos dentes ou gengivas nos últimos 6 meses	Não	5,94	(4,49)	0,028
	Sim	7,83	(3,18)	

Positiva (ótima/boa); Negativa (regular/ruim/péssima)

Teste de Mann Whitney $p < 0,05$

Nos adultos (Tabela 4), observou-se que a contribuição do componente “C” para o CPO-D foi maior entre aqueles que avaliaram negativamente a saúde bucal ($p=0,007$), a aparência de dentes e gengivas ($p=0,003$) e a fala ($p=0,046$),

quando comparados aos que avaliaram as mesmas variáveis de forma positiva. A autopercepção de que a saúde bucal afeta relacionamentos também se associou ao maior número de dentes cariados presentes ($p=0,008$).

Tabela 4: Associações entre o valor médio do componente “C” e a autopercepção da saúde bucal em adultos de Limoeiro do Norte – CE

Variável	Parâmetros	C Médio	(DP)	Valor de p
Autopercepção da saúde bucal	Positiva	1,29	(1,82)	0,007
	Negativa	4,00	(6,13)	
Autopercepção da aparência de dentes e gengivas	Positiva	1,00	(1,71)	0,003
	Negativa	3,73	(5,72)	
Autopercepção da mastigação	Positiva	2,29	(2,55)	0,873
	Negativa	3,56	(6,80)	
Autopercepção da fala	Positiva	1,71	(1,78)	0,046
	Negativa	5,94	(8,50)	
Autopercepção sobre a saúde bucal afetar o relacionamento com outros	Não afeta	1,81	(2,24)	0,008
	Afeta	6,21	(8,42)	
Relato de dor nos dentes ou gengivas nos últimos 6 meses	Não	2,58	(4,15)	0,227
	Sim	13	22,4	

Positiva (ótima/boa); Negativa (regular/ruim/péssima)

Teste de Mann Whitney $p < 0,05$

A Tabela 5 mostra as associações entre a autopercepção da saúde bucal e a presença de edentulismo no grupo formado por adultos e idosos, pois foi nesses dois grupos que se concentrou

o problema da ausência de dentes. A maior parte dos dentados autopercebeu a saúde bucal como negativa, enquanto que a maior parte de edentados considerou como positiva ($p=0,024$).

Tabela 5: Associações entre o edentulismo e a autopercepção da saúde bucal em adultos e idosos de Limoeiro do Norte – CE

Variável	Parâmetros	Dentados		Edentados		Valor de p
		N	%	n	%	
Autopercepção da saúde bucal	Positiva	20	37,0	19	63,3	0,024
	Negativa	34	63,0	11	36,7	
Autopercepção da aparência de dentes e gengivas	Positiva	14	25,9	19	63,3	0,001
	Negativa	40	74,1	11	36,7	
Autopercepção da mastigação	Positiva	24	44,4	17	56,7	0,363
	Negativa	30	55,6	13	43,3	
Autopercepção da fala	Positiva	37	68,5	18	60,0	0,478
	Negativa	17	31,5	12	40,0	
Autopercepção sobre a saúde bucal afetar o relacionamento com outros	Não afeta	38	70,4	27	90,0	0,048
	Afeta	16	29,6	3	10,0	
Relato de dor nos dentes ou gengivas nos últimos 6 meses	Não	39	72,2	29	96,7	0,008
	Sim	15	27,8	1	3,3	

Positiva (ótima/boa); Negativa (regular/ruim/péssima)

Teste exato de Fisher $p < 0,05$

O mesmo ocorreu para a percepção da aparência dos dentes e gengivas ($p=0,001$). Altos percentuais de dentados e edentados consideravam que a saúde bucal não afetava o relacionamento com outras pessoas ($p=0,048$), assim como reportaram não ter sentido dor nos dentes ou gengivas nos seis meses que antecederam o levantamento epidemiológico ($p=0,008$).

Inicialmente, em uma análise do índice CPO-D e da autopercepção da saúde bucal por grupo etário, faz-se importante situar alguns resultados desta pesquisa no panorama encontrado nos dois últimos levantamentos nacionais de saúde bucal. Além disso, é importante explicitar que o município de Limoeiro do Norte não participou ou fez levantamento epidemiológico nos moldes da *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010*, o SB Brasil 2010¹⁰, sendo, os dados deste estudo, os mais recentes sobre a saúde bucal da população em questão.

Considerando o CPO-D e seus componentes, os resultados encontrados na população estudada foram piores que a média nacional descrita pela *Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010*, o SB Brasil 2010¹⁰. No levantamento nacional, os valores do CPO-D para os grupos em questão foram: 15 a 19 anos, 4,25; 35 a 44 anos, 16,75 e 65 a 74 anos, 27,53¹⁰. Além disso, a análise dos componentes que integram o CPO-D reforça a ideia de que a situação no município de Limoeiro do Norte exige ações imediatas. Enquanto o componente “C” dos adolescentes e adultos no SB Brasil 2010 foi de 1,52 para ambos, neste estudo os valores foram de 3,52 e 2,88, respectivamente, com o agravante de que entre os adultos foi encontrado um grande número de dentes perdidos (componente “P” = 18,43, mais que o dobro dos 7,48 do SB Brasil 2010). Entre os idosos, a análise dos componentes também se mostrou pior que a análise em âmbito nacional. O componente “P” foi de 29,88 (contra 25,29 em média para o país). Esses números corroboram com conclusões dos dois últimos levantamentos epidemiológicos nacionais, que relataram condições mais desfavoráveis em municípios com populações menores^{3,10}.

Com relação à autopercepção, os resultados encontrados foram semelhantes aos do SB Brasil 2003, onde 39,6%, 56,6% e 45,6% de adolescentes, adultos e idosos, respectivamente, não estavam satisfeitos com a aparência de seus dentes e gengivas. Nesta mesma ordem de faixa etária, 22,8%, 43,8% e 47,8% avaliaram negativamente a mastigação e 13,61%, 28,36 e 34,99% o fizeram para a fala³. Os resultados também foram semelhantes aos do SB Brasil 2010, onde 20,7% e 6,2% dos adolescentes, 33,5% e 14,5% dos adultos, e 31,9% e 16,8% dos idosos, relataram dificuldades para comer e falar, respectivamente¹⁰. Especificamente no grupo de idosos, os dados de Limoeiro do Norte mostraram percentuais ainda maiores que os do SB Brasil 2010.

Na análise do grupo etário de 15 a 19 anos, 32,7% relataram dor nos dentes ou gengivas nos 6 meses anteriores ao inquérito, percentual semelhante aos 35,6% encontrados

por Borges *et al.*¹¹ Ambos os trabalhos agruparam suas respostas apenas em *sim* e *não*, quanto a ter sentido dor. Já Bastos *et al.*¹² quantificaram a dor, e observaram que entre 14 e 18% dos adolescentes brasileiros de todas as regiões relataram ter tido pelo menos um episódio de dor moderada a grave nos dentes ou gengivas nos 6 meses que antecederam a entrevista. O CPO-D médio apresentado na tabela 3 mostra que os adolescentes que disseram não ter sentido dor, apresentaram menor experiência de cárie, da mesma forma descrita por Gibilini *et al.*¹³. É possível que este fato esteja relacionado a um maior acesso a informações sobre prevenção, o que levaria a melhores condições de saúde bucal, e, em consequência, ao não surgimento de dor. Gift *et al.*¹⁴ concluíram que a autopercepção é, teoricamente, determinada pelas orientações recebidas nos serviços de saúde.

Alguns resultados observados no presente estudo foram semelhantes aos encontrados na literatura, porém sem associações significativas. Pattussi *et al.*¹⁵ apresentaram percentual similar ao deste trabalho para a autoavaliação negativa da aparência da boca (42,1%). Também em consonância com este trabalho, 47,7% dos adolescentes brasileiros em 2003 tiveram uma autopercepção negativa da saúde bucal³ e, em 2010, 45% deste grupo etário estava satisfeito em relação aos seus dentes e boca¹⁰.

Dentro do CPO-D encontrado para os adultos (22,76), a análise do componente “C” torna-se importante para quantificar a presença de doença não tratada. A média deste componente (2,88) pode, separadamente, chamar pouca atenção diante de um CPO-D tão elevado. Porém, se for vista em conjunto com o componente “P” (18,43), é possível concluir que a doença cárie está em franca progressão, levando rapidamente a uma diminuição do número de dentes cariados, não por tratamento realizado, mas pelo aumento do número de dentes perdidos, contribuindo para outro problema bucal, também abordado neste trabalho: o edentulismo. A mesma análise equivocada poderia ser feita com os dados do grupo de 35 a 44 anos do SB Brasil 2010, onde o componente “C” foi de 1,52 diante de um CPO-D de 16,75¹⁰. Entretanto o componente “P” fez uma média de 7,48, refletindo o mesmo raciocínio já desenvolvido.

Mesmo com um CPO-D tão alto, 41,4% dos adultos examinados neste estudo autoperceberam a saúde bucal como positiva (ótima/boa). Situação idêntica foi relatada por Bandéca *et al.*⁶, que descreveram em adultos da zona urbana de uma cidade do sul do Brasil, um CPO-D de 18,9 e, mesmo assim, 42% dos adultos disseram considerar normal a própria saúde bucal. Pattussi *et al.*⁴ chegaram à conclusão de que para a compreensão da auto-avaliação da saúde bucal devem ser levados em consideração fatores sociais, clínicos e subjetivos.

Adultos com autopercepção negativa da saúde bucal, da aparência de dentes e gengivas, e da fala apresentaram maior média do componente “C”, mostrando que tal percepção

realmente guarda relação significativa com o número de dentes cariados. Também apresentaram uma média maior de dentes cariados (quase 3,5 vezes maior que os demais) aqueles adultos que relataram que a saúde bucal afetava os relacionamentos sociais.

Ao unir as amostras de adultos e idosos para o estudo das relações entre autopercepção da saúde bucal e edentulismo, passou-se a trabalhar com os dois grupos onde o edentulismo esteve presente, já que entre os adolescentes não houve edêntulos. Os resultados mostraram-se, a princípio, intrigantes. Entre os que relataram autopercepção negativa da saúde bucal e da aparência de dentes e gengivas, a maioria era de dentados. Já a maioria de edentados relataram tais percepções como positivas. Esta elevada avaliação positiva por parte dos edentados também foi encontrada nos estudos de Silva *et al.*¹⁶, Matos e Lima-Costa¹⁷, Martins *et al.*⁵ e Gibilini *et al.*¹³. Talvez este fato possa ser explicado pela má condição dos dentes remanescentes nos dentados, e pela ideia equivocada dos edentados de que a perda dos dentes é um processo natural e inerente ao envelhecimento, não significando uma situação negativa de saúde bucal.

Um percentual muito alto, tanto de dentados quanto de edentados, informou não perceber seus relacionamentos sociais afetados pela saúde bucal. Da mesma forma, para a variável que tratava do relato de dor nos dentes ou gengivas, tanto dentados quanto edentados responderam, em sua grande maioria, não ter sentido dor nos seis meses que antecederam o levantamento. O que seria um dado totalmente positivo deve ser avaliado de forma mais cuidadosa e dúvidas podem ser levantadas. Numa análise um pouco mais acurada, os 72,2% de dentados e os 96,6% de edentados que não relataram dor, podem não tê-lo feito, não pela ótima condição de saúde bucal que apresentavam, mas pelo grande número de dentes perdidos. Esta análise se justificaria com base no componente perdido do CPO-D de ambos os grupos etários, 18,43 para os adultos e 29,88 para os idosos.

A realização de um novo levantamento epidemiológico para avaliar as condições de saúde bucal desta população seria de grande valia, pois além de coletar dados mais recentes, poderia avaliar o eventual impacto (principalmente sobre a doença cárie) da fluoretação da água de abastecimento público do município, que hoje existe e que foi implementada somente após a coleta dos dados em análise.

4 Conclusão

A partir dos resultados obtidos neste trabalho, pode-se concluir que há uma grande necessidade de desenvolvimento de programas de educação em saúde, e também de melhorias na rede de atenção/assistência odontológica. Essas ações poderiam reduzir a incidência de cárie nas gerações futuras, aumentar o percentual do componente restaurado naquelas pessoas com lesões de cárie já instaladas, diminuindo o

componente cariado do CPO-D e, diminuindo também, por consequência, o componente perdido. Tais programas poderiam ser de grande importância para que a população viesse a ter uma percepção mais acurada da saúde bucal, contribuindo para sua manutenção e favorecendo a busca por serviços odontológicos de forma mais racional e menos mutiladora.

Referências

1. Pinto VG. A odontologia no município: guia para organização de serviços e treinamento de profissionais a nível local. Porto Alegre: RGO; 1996.
2. Roncalli AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Peres MA, Antunes, JLF. Epidemiologia em saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.32-48.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS; 2004.
4. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38(4):348-59.
5. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad Saúde Pública* 2009;25(2):421-35.
6. Bandéca MC, Nadalin MR, Calixto LR, Saad JR, da Silva SR. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community. *Community Dent Health* 2011;28(1):64-8.
7. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional para o ano 2005. [acesso 10 jun 2010]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/download/estatistica.shtm>.
8. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. Geneva: WHO; 1997.
9. Silva NN. Amostragem probabilística. São Paulo: EDUSP; 1998.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal: resultados principais. Brasília; 2011.
11. Borges CM, Cascaes AM, Fischer TK, Boing AF, Peres MA, Peres KG. Dor nos dentes e gengivas e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise do inquérito nacional de saúde bucal SB-Brasil 2002-2003. *Cad Saúde Pública* 2008;24(8):1825-34.
12. Bastos JL, Antunes JLF, Frias AC, Souza MLR, Peres KG, Peres MA. Color/race inequalities in oral health among Brazilian adolescents. *Rev Bras Epidemiol* 2009;12(3):313-24.
13. Gibilini C, Esmeriz CEC, Volpato LF, Meneghim ZMAP, Silva, DD, Sousa MLR. Acesso a serviços odontológicos e autopercepção da saúde bucal em adolescentes, adultos e idosos. *Arq Odontol* 2010;46(4):213-23.
14. Gift HC, Atchison KA, Drury TF. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. *J Dent Res* 1998;77(7):1529-38.
15. Pattussi MP, Olinto MTA, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35(5):377-86.
16. Silva DD, Sousa MLR, Wada RS. Autopercepção e condições

- de saúde bucal em uma população de idosos. Cad Saúde Pública 2005;21(4):1251-9.
17. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. Cad Saúde Pública 2006;22(8):1699-707.

