



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Eleutério de Barros Lima Martins, Andréa Maria; Barreto, Sandhi Maria; Almeida Pordeus, Isabela

Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos

Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 3, junio, 2008, pp. 487-496

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240168014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Andréa Maria Eleutério de Barros Lima Martins^I

Sandhi Maria Barreto^{II}

Isabela Almeida Pordeus^{III}

Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos

Factors associated to self perceived need of dental care among Brazilian elderly

RESUMO

OBJETIVO: Analisar fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos.

MÉTODOS: Foram pesquisados 5.326 indivíduos incluídos em amostra dos idosos (65-74 anos) brasileiros do inquérito domiciliar de saúde bucal realizado em 2002/2003 pelo Ministério da Saúde. A análise foi baseada no modelo de Gift, Atchison & Drury e foi utilizada a regressão de Poisson para análise de inquéritos com amostras complexas.

RESULTADOS: Do total da amostra, 2.928 (55%) idosos relataram necessitar tratamento odontológico. A autopercepção dessa necessidade foi menor entre aqueles com 70 anos ou mais (RP=0,94; IC 95%: 0,89;0,99), que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais (RP=0,89; IC 95%: 0,83;0,95) e que eram edentados (RP=0,68; IC 95%: 0,62;0,74). Foi maior entre aqueles que autoperceberam: saúde bucal regular (RP=1,31; IC 95%: 1,21;1,41) ou ruim/péssima (RP=1,29; IC 95%: 1,19;1,41); aparência como regular (RP=1,23; IC 95%: 1,15;1,32) ou ruim/péssima (RP=1,28; IC 95%: 1,18;1,39); mastigação como regular (RP=1,08; IC 95%: 1,01;1,15) ou ruim/péssima (RP=1,13; IC 95%: 1,05;1,21); os que relataram dor nos dentes ou gengivas nos seis meses anteriores ao inquérito (RP=1,27; IC 95%: 1,18;1,36); os que necessitavam de prótese em uma arcada (RP=1,29; IC 95%: 1,19-1,39) ou em ambas (RP=1,27; IC 95%: 1,16;1,40).

CONCLUSÕES: Informação, condições de saúde bucal e questões subjetivas estiveram associadas à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico. Os resultados reforçam a necessidade de capacitar os indivíduos para realizarem o auto-exame bucal e identificar precocemente os sinais e sintomas não dolorosos das lesões da mucosa, da cárie e da doença periodontal.

DESCRIPTORES: Idoso. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Assistência Odontológica para Idosos. Levantamentos de Saúde Bucal. Educação em Saúde Bucal.

^I Curso de Odontologia. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil

^{II} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil

^{III} Departamento de Odontopediatria e Ortodontia. Faculdade de Odontologia. UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Andréa M E de Barros Lima Martins
Av. Cula Mangabeira, 210
Bairro Santo Expedito
39401-001 Montes Claros, MG, Brasil
E-mail: andreamartins@viamoc.com.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze factors associated with the self-perceived need for dental treatment among elderly people.

METHODS: A total of 5,326 individuals who were included in a sample of Brazilian elderly people aged 65-74 years in a home survey on oral health conducted by the Brazilian Ministry of Health in 2002/2003 were investigated. The analysis was based on the model of Gift, Atchison & Drury, and Poisson regression for analysis of surveys with complex samples was used.

RESULTS: Out of the whole sample, 2,928 (55%) of the elderly people said they needed dental treatment. This need was perceived less frequently among those aged 70 years or over (PR=0.94; 95% CI: 0.89;0.99), those who had not received information on how to avoid oral problems (PR=0.89; 95% CI: 0.83;0.95) and those who were edentate (PR=0.68; 95% CI: 0.62;0.74). The perceived need was greater among those who self-rated their oral health as regular (PR=1.31; 95% CI: 1.21;1.41) or poor/very poor (PR=1.29; 95% CI: 1.19;1.41), their appearance as regular (PR=1.23; 95% CI: 1.15;1.32) or poor/very poor (PR=1.28; 95% CI: 1.18;1.39) and their chewing as regular (PR=1.08; 95% CI: 1.01;1.15) or poor/very poor (PR=1.13; 95% CI: 1.05;1.21). It was also greater among those who reported pain in their teeth or gums over the six months prior to the survey (PR=1.27; 95% CI: 1.18;1.36) and among those who needed a prosthesis in one arch (PR=1.29; 95% CI: 1.19;1.39) or both (PR=1.27; 95% CI: 1.16;1.40).

CONCLUSIONS: Information, oral health conditions and subjective questions were associated with self-perceived need for dental treatment. The results reinforce the need to capacitate individuals to carry out oral self-examination and identify non-painful signs and symptoms of mucosal lesions, caries and periodontal disease at an early stage.

DESCRIPTORS: Aged. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Dental Care for Aged. Dental Health Surveys. Health Education, Dental.

INTRODUÇÃO

Os indicadores de saúde bucal para a população idosa brasileira são críticos.^{12,15,21,22,a} Segundo a meta da Organização Mundial de Saúde (OMS,²⁴ 1997) 50% dos idosos deveriam apresentar pelo menos 20 dentes na boca. Entretanto, a análise dos dados do inquérito nacional de saúde bucal concluído pelo Ministério da Saúde em 2003 mostrou que apenas 10% dos idosos brasileiros apresentavam 20 dentes na boca; 6% nunca haviam utilizado os serviços odontológicos na vida e, entre os que usaram, 77% haviam usado há mais de um ano. Um terço dos idosos apresentava necessidade de prótese superior e mais da metade de prótese inferior.^a Esta situação é tanto causa como consequência do baixo uso de serviços odontológicos pelos idosos, caso do edentulismo: consequência de problemas e causa de menor uso de acesso aos serviços.⁹

Um componente importante do uso de serviços é

a autopercepção da necessidade de tratamento. De fato, vários estudos mostraram que a autopercepção é influenciada pelo uso de serviços, sendo maior entre os que usaram os odontológicos.^{1,3,4,9} O uso influencia a percepção ou vice-versa. No Brasil, o uso é muito baixo entre idosos, mas não se conhece em que medida está relacionado com a percepção da necessidade de uso de serviços odontológicos.

A autopercepção da necessidade de tratamento reflete, em parte, o impacto que a doença tem sobre os indivíduos, evidenciando o grau das deficiências e as disfunções decorrentes da condição de saúde, assim como das percepções e das atitudes dos indivíduos a respeito dessa condição.^{7,20} Gift et al⁷ propuseram um modelo teórico para a compreensão geral da percepção de saúde bucal em 1998, fundamentado em modelos sociológicos de interação e no modelo comportamental de saúde de

^a Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação nacional de saúde bucal. Resultados principais do projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília; 2004.

Andersen & Davidson (1997).² Segundo o modelo de Gift et al,⁷ a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico é resultante da condição de saúde bucal do indivíduo (número de dentes cariados, perdidos e obturados – índice CPOD, condição periodontal, necessidades normativas de tratamento). As necessidades de tratamento são determinadas por características demográficas, de disponibilidade de recursos e de predisposição. As características demográficas (idade, sexo e raça) são imutáveis. A disponibilidade de recursos pode ser alterada por meio de políticas públicas, direta ou indiretamente, frente ao aumento da oferta e procura de serviços públicos gratuitos. A predisposição é geralmente determinada pela escolaridade, autopercepção da condição de saúde e/ou por orientações repassadas pelos próprios serviços odontológicos.⁹

Os modelos sociológicos de interação conceituam “necessidade” a partir de duas vertentes: as subjetivas e as objetivas.¹⁴ A primeira expressa a autopercepção da necessidade de tratamento e varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com o contexto sociocultural e histórico em que está inserido.¹⁰ A segunda, denominada necessidade normativa, é avaliada pelo dentista que identifica os sinais dessas doenças precocemente, quando os sintomas das doenças bucais podem estar ausentes em seus estágios iniciais.⁸ Comumente, as necessidades subjetivas não são consideradas nas avaliações de necessidade e nas intervenções dos profissionais, e mesmo as objetivas não estão imunes a influências subjetivas, pois os dentistas também são guiados por suas próprias normas, valores e crenças.¹⁰

A discrepância entre a autopercepção da necessidade e as necessidades normativas, mesmo em situações em que o acesso aos serviços é garantido, instigou buscar o que leva os indivíduos a perceberem a necessidade de tratamento.^{8,18} Vários estudos investigaram os fatores objetivos e subjetivos associados à autopercepção da necessidade de tratamento, mas nenhum se ateve a um modelo teórico prévio.^{4,6,8,11,16,23}

O presente estudo teve por objetivo analisar os fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos.

MÉTODOS

Foi utilizada a base de dados do inquérito de Saúde Bucal do Brasil, anteriormente denominado projeto SB 2000 e atualmente SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde nos anos 2002/2003. Conforme proposta da OMS (1997),²⁴ além das condições sociodemográficas e uso de serviços odontológicos, o inquérito investigou a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e da saúde bucal, e as condições de saúde bucal

(cárie, doença periodontal, necessidade de tratamento, uso e necessidade de prótese, alterações de tecidos moles)¹⁹ entre idosos.

O inquérito foi conduzido entre 108.921 indivíduos, 85% do total da amostra prevista (127.939 indivíduos), residentes em 250 municípios, com representatividade garantida para o Brasil, para as cinco macrorregiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul), para duas idades índices (5 e 12 anos) e quatro estratos etários (18 a 36 meses, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos). A técnica de amostragem foi probabilística por conglomerados em três estágios e os indivíduos foram selecionados por sorteio.¹⁹ O total de 5.349 pessoas entre 65 a 74 anos (média 68,8 anos) foram examinadas no projeto SB Brasil.

Exames e entrevistas foram realizados em domicílios sob iluminação natural, usando sonda periodontal (CPI), espelho bucal plano e espátulas de madeira para melhorar a visualização do campo examinado. Os exames foram conduzidos por dentistas treinados e calibrados (concordância kappa ou percentual). Quando os resultados do teste kappa ou da concordância percentual não eram satisfatórios, os examinadores deveriam receber novo treinamento até que os níveis de concordância alcançassem essa classificação.⁸ Aproximadamente 5% dos exames foram executados em duplicata com o objetivo de mensurar a concordância intra-examinador.

O SB Brasil foi conduzido conforme os princípios éticos da Declaração de Helsinque contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/95 e aprovado pelo CONEP (parecer nº 581/2000). Maiores informações a respeito da metodologia estão disponíveis no relatório final do Projeto SB Brasil.⁸

A variável dependente estudada foi a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, obtida por meio da seguinte pergunta da entrevista: “Considera que necessita de tratamento atualmente?” (sim / não).

As variáveis independentes foram reunidas em quatro subgrupos definidos pelo modelo de Gift et al⁷ (1998): características demográficas, disponibilidade de recursos, predisposição e condição de saúde bucal.

As variáveis demográficas foram: macrorregião brasileira de residência (Sudeste, Sul, Centro Oeste, Norte, Nordeste); local de residência (zona urbana, zona rural); idade (65-69 anos, 70-74 anos); sexo (feminino, masculino); raça (branco; outras: amarelo, índio, negro e pardo).

Constituíram variáveis de disponibilidade de recursos: tipo de serviço odontológico utilizado (público e filantrópico; convênio e privado); posse de carro (sim,

⁸ Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Resultados principais do projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Brasília; 2004.

não); renda domiciliar per capita em reais em tercil (\geq R\$ 201,00; R\$117,00-R\$ 200,00; \leq R\$ 116,00), visto que a maioria da população relatou uma renda muito baixa, próxima a um salário mínimo da época (R\$ 200,00=US\$85.10 em 2002 e R\$ 240,00=78.17 em 2003).

As variáveis de predisposição foram: escolaridade em anos de estudo (≥ 9 anos, 5-8 anos, ≤ 4 anos); acesso a informações sobre como evitar problemas bucais (sim, não); uso de serviços odontológicos (usou há menos de um ano, uso dos serviços há mais de um ano, nunca usou os serviços); motivo da consulta odontológica (rotina, problemas bucais, presença de pelo menos um dos seguintes problemas bucais: dor, sangramento gengival, cavidades nos dentes, feridas, caroços ou manchas na boca); autopercepção da saúde bucal (ótima/boa, regular, ruim/péssima); autopercepção da aparência dos dentes e gengivas (ótima/boa, regular, ruim/péssima); autopercepção da mastigação (ótima/boa, regular, ruim/péssima); autopercepção da fala quanto aos dentes e gengivas (ótima/boa, regular, ruim/péssima); autopercepção do relacionamento em função da saúde bucal (não afetado, pouco afetado/mais ou menos afetado, muito afetado); relato de dor de dentes e gengivas nos últimos seis meses (não, sim).

As variáveis das condições de saúde bucal (condições clínicas e necessidades normativas) foram: edentulismo, construída a partir da variável número de dentes permanentes (não - pelo menos um dente na boca; sim - nenhum dente na boca); índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) distribuído em três categorias, já que a maioria dos idosos apresentou CPOD alto (0-19, 20-26, 27-32); uso de prótese (não usa, usa em uma arcada, usa nas duas arcadas); condição periodontal (saudável, doente), sendo definido como doente periodontal o indivíduo que apresentou pelo menos um sítio dental com bolsa periodontal ≥ 4 mm ao exame do índice periodontal comunitário (CPI) e/ou no mínimo um sítio dental com índice de perda de inserção (PIP) ≥ 4 mm;¹⁷ presença de alteração de tecido mole (não, sim); necessidade de tratamento por cárie estimada a partir dos códigos “hígido”, “restaurado e sem cárie”, “selante”, “apoio de ponte e coroa”, “cariado” e “restaurado e cariado”, (não, sim); necessidade de prótese (não necessita; necessita em uma arcada dentária; necessita nas duas arcadas).

Os idosos que perceberam necessitar de tratamento odontológico foram comparados aos demais em relação a cada variável de interesse nos grupos definidos pelo modelo. Cada subgrupo definido pelo modelo de Gift et al⁷ foi analisado separadamente. As magnitudes das associações entre a variável dependente e os fatores de interesse foram estimadas pela razão de prevalências, com nível de significância de 5% e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). As razões de prevalências foram obtidas pela regressão de Poisson com estimação de variância robusta. A seguir, foi cons-

truído um modelo único, a partir dos fatores retidos nos modelos intermediários. As variáveis que não estavam significativamente associadas e não contribuíam para o modelo foram eliminadas; no modelo final foram usados apenas os fatores que permaneceram associados ao nível de $p \leq 0,05$.

Foi utilizado o programa Stata 9.0. A correção pelo efeito de desenho foi feita utilizando o comando *svy* do Stata para a análise de dados oriundos de amostras complexas. Esse ajuste foi necessário porque a amostra do projeto SB Brasil foi por conglomerados, e estimativas que não levam em consideração a organização por *cluster* da amostra tendem a superestimação e perda da precisão das estimativas.¹³

RESULTADOS

Das 5.349 pessoas examinadas, 23 (0,4%) não responderam à pergunta sobre a autopercepção de necessidade de tratamento e dentre os 5.326 que responderam 2.928 (55%) declararam necessitar de tratamento.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos participantes segundo as características investigadas, agrupadas segundo o modelo de Gift et al⁷ (1998). A maioria dos idosos residia na macrorregião sul, na zona urbana, eram do sexo feminino, não possuía carro, tinha menos de quatro anos de escolaridade, não recebeu informações sobre como evitar problemas bucais, usou os serviços odontológicos há mais de um ano, não sentiu dor nos dentes ou gengivas nos últimos seis meses, apresentou índice CPOD entre 27 e 32, não tinha necessidade de tratamento por doença periodontal, e não apresentava necessidade de tratamento por alterações de tecidos moles. Com relação as variáveis de autopercepção, a maioria considerou sua saúde bucal, sua aparência, sua mastigação e sua fala em função da condição bucal como ótima, boa ou regular; e que seu relacionamento não era afetado pelas condições bucais.

Os resultados da análise univariada, apresentados nas Tabelas 2 e 3, mostram que a maioria das variáveis foram estatisticamente associadas à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico. Apenas o local de residência (urbano/rural), a escolaridade e ter recebido informações sobre como evitar os problemas bucais não foram associados ao nível de $p \leq 0,05$.

A análise multivariada sobre os fatores independentemente associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico (Tabela 4) mostrou menor frequência de autopercepção entre os mais velhos, os que não receberam informações sobre como evitar problemas bucais e os que eram edentados. A maior prevalência de autopercepção da necessidade de tratamento odontológico foi registrada entre os que percebiam sua saúde, sua aparência, e sua mastigação como regular ou ruim/péssima. A autopercepção da necessidade de tratamento também foi maior entre os que relataram dor

Tabela 1. Descrição dos idosos segundo variáveis demográficas, de predisposição, de disponibilidade de recursos e da condição de saúde bucal. Brasil, 2002/2003.

Variável	N	%
Demográfica		
Macrorregião brasileira		
Sudeste	1.052	20
Sul	1.374	26
Centro Oeste	731	13
Norte	746	14
Nordeste	1.446	27
Localização residência		
Zona urbana	4.666	87
Zona rural	681	13
Idade		
65-69	3.212	60
70-74	2.137	40
Sexo		
Feminino	3.275	61
Masculino	2.074	39
Raça		
Branços	2.575	48
Não brancos	2.757	52
Disponibilidade de recursos		
Serviço odontológico		
Público e filantrópico	2.216	46
Privado e convênios	2.565	54
Posse de carro		
Sim	891	17
Não	4.436	83
Renda per capita em reais		
≥ R\$ 201,00	1.552	29
R\$ 100,00 a R\$ 200,00	2.063	39
R\$ 0,00 a R\$ 99,99	1.689	32
Predisposição		
Escolaridade (anos)		
≥ 9	412	8
5-8	700	13
≤ 4	4.237	79
Informações sobre como evitar problemas bucais		
Sim	2.088	39
Não	3.244	61
Uso de serviços odontológicos		
Usou há menos de 1 ano	895	17
Usou há mais de 1 ano	4.114	77
Nunca usou	310	6
Motivo da consulta		
Rotina	914	22
Problemas bucais	3.277	78

Continua

Continuação Tabela 1

Variável	N	%
Predisposição		
Autopercepção da saúde bucal		
Ótimo/boa		54
Regular		29
Péssima/ruim	870	17
Autopercepção da aparência		
Ótimo/boa		50
Regular		30
Péssima/ruim	998	20
Autopercepção da mastigação		
Ótima/boa		50
Regular		25
Péssima/ruim		25
Autopercepção da fala		
Ótima/boa		63
Regular		21
Péssima/ruim	737	15
Autopercepção do relacionamento		
Não afetado		72
Pouco mais ou menos afetado		22
Muito afetado	294	6
Relato dor / dente e gengiva nos últimos seis meses		
Não		78
Sim		22
Condições de saúde bucal		
Edentulismo		
Dentado		45
Edentado		55
Índice CPOD		
0-19	659	12
20-26	902	17
27-32		71
Uso de prótese		
Não usa		33
Usa em uma arcada		34
Usa nas duas arcadas		33
Condição periodontal		
Saudável	896	43
Doente		57
Presença de alteração de tecido mole		
Não		84
Sim	836	16
Necessidade de tratamento por cárie		
Não		55
Sim		45
Necessidade de próteses		
Não necessita		43
Necessita em uma arcada		26
Necessita nas duas arcadas		31

Tabela 2. Análise univariada dos fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos segundo variáveis demográficas e de disponibilidade de recursos. Brasil, 2002/2003.

Variável	Não		Sim		RP	IC 95%
	N	%	N	%		
Demográfica						
Macrorregião brasileira						
Sudeste	527	22	525	18	1,00	
Sul	702	29	671	23	0,98	0,81;1,19
Centro-Oeste	313	13	415	14	1,14	0,96;1,36
Norte*	264	11	482	16	1,29	1,09;1,53
Nordeste	592	25	835	29	1,17	0,98;1,41
Localização residência						
Zona urbana	2.093	87	2.556	87	1,00	
Zona rural	305	13	370	13	0,99	0,88;1,11
Idade						
65-69	1.340	56	1.858	64	1,00	
70-74*	1.058	44	1.070	36	0,87	0,82;0,91
Sexo						
Feminino	1.571	66	1.691	58	1,00	
Masculino*	827	34	1.237	42	1,15	1,09;1,21
Raça						
Branços	1.240	52	1.331	46	1,00	
Não brancos*	1.148	48	1.591	54	1,12	1,04;1,21
Disponibilidade de recurso						
Serviço odontológico						
Público e filantrópico	941	43	1.270	49	1,00	
Privado e convênios*	1.265	57	1298	51	0,88	0,82;0,94
Posse de carro						
Sim	442	18	449	15	1,00	
Não*	1.951	82	2.975	85	1,10	1,01;1,22
Renda per capita						
≥ R\$ 201,00	780	33	770	27	1,00	
R\$ 100,00 a R\$ 200,00	949	40	1.109	38	1,08	0,99;1,18
R\$ 0,00 a R\$ 99,99*	655	27	1.030	35	1,23	1,11;1,36

* p ≤ 0,05

RP: Razão de prevalências

nos seus dentes ou gengivas nos últimos seis meses e entre os que apresentaram necessidade de prótese em uma ou duas arcadas.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que fatores objetivos e subjetivos estão associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos brasileiros.

As perguntas relacionadas à autopercepção são indicadores subjetivos da condição de saúde bucal, cujo objetivo é captar aspectos sociais e psicológicos das

doenças bucais para superar as limitações das abordagens baseadas apenas no modelo biomédico, no qual a saúde é a ausência da doença. Entretanto, é complexa a quantificação de questões subjetivas de bem-estar funcional, social e psicológico, que compõem a abordagem multidimensional.¹⁴

Os estudos desenhados com o intuito de compreender a autopercepção da necessidade de tratamento têm sido conduzidos de diversas formas. Alguns autores^{4,6} fizeram perguntas de forma direta, ou seja, se os entrevistados tinham ou não necessidade de tratamento odontológico. Outros autores^{16,23} perguntaram sobre a

Tabela 3. Análise univariada de fatores associados à auto-percepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos segundo variáveis de predisposição e das condições da saúde bucal. Brasil, 2002/2003.

Variável	Não		Sim		RP	IC 95%
	N	%	N	%		
Predisposição						
Escolaridade (anos)						
≥ 9	173	7	226	8	1,00	
5-8	265	11	435	15	1,09	0,92;1,31
≤ 4	1.960	82	2.267	77	0,95	0,84;1,07
Informações sobre como evitar os problemas bucais						
Sim	878	37	1.206	41	1,00	
Não	1.520	63	1.720	59	0,92	0,84;1,00
Uso de serviços odontológicos						
Usou há menos de um ano	323	14	571	19	1,00	
Usou há mais de 1*	1.987	83	2.121	73	0,81	0,75;0,87
Nunca usou	81	3	227	8	1,15	0,98;1,36
Motivo da consulta						
Rotina	454	25	460	20	1,00	
Outro*	1.392	75	1.879	80	1,14	1,02;1,27
Autopercepção da saúde bucal						
Ótimo/bom	1.639	72	1.036	38	1,00	
Regular*	475	21	986	36	1,74	1,62;1,87
Péssima/ruim*	169	7	700	26	2,98	1,92;2,25
Autopercepção da aparência dos dentes e gengivas						
Ótima/boa	1.462	68	943	35	1,00	
Regular*	489	23	938	35	1,68	1,56;1,79
Péssima/ruim*	210	9	788	30	2,01	1,87;2,17
Autopercepção da mastigação						
Ótima/boa	1.467	63	1.107	40	1,00	
Regular*	488	21	767	27	1,42	1,32;1,53
Péssima/ruim*	375	16	911	33	1,65	1,53;1,77
Autopercepção da fala quanto aos dentes e gengivas						
Ótima/boa	1.632	72	1.502	55	1,00	
Regular*	432	19	696	26	1,28	1,18;1,39
Péssima/ruim*	205	9	531	19	1,50	1,39;1,62
Autopercepção do relacionamento						
Não afetado	1.728	82	1.602	64	1,00	
Pouco, +/- afetado*	288	14	712	28	1,48	1,38;1,58
Muito afetado*	93	4	200	8	1,42	1,28;1,57
Relato de dor/dente e gengiva nos últimos seis meses						
Não	2.137	89	1.989	68	1,00	
Sim*	260	11	935	32	1,62	1,51;1,74

Continua

Continuação Tabela 3

Variável	Não		Sim		RP	IC 95%
	N	%	N	%		
Condições de saúde bucal						
Edentulismo						
Dentado	604	25	1.805	62	1,00	
Edentado*	1.794	75	1.123	38	0,51	0,47;0,56
Índice CPOD						
0-19	171	7	481	16	1,00	
20-26	237	10	663	23	0,99	0,94;1,06
27-32	1.990	83	1.784	61	0,64	0,60;0,69
Uso de prótese						
Não usa	538	22	1.215	42	1,00	
Usa em uma arcada*	692	29	1.096	37	0,88	0,83;0,94
Usa nas duas	1.165	49	610	21	0,49	0,44;0,55
Condição periodontal**						
Saudável	278	52	618	40		
Doente*	257	48	919	60	1,61	1,52;1,72
Apresentou alteração de tecido mole						
Não	2.036	86	2.388	82	1,00	
Sim*	341	14	520	18	1,11	1,04;1,20
Necessidade de tratamento por cárie**						
Não	1.794	75	1.124	38	1,00	
Sim*	604	25	1.804	62	1,94	1,79;2,11
Necessidade de próteses						
Não necessita	1.389	58	885	30	1,00	
Necessita em uma arcada*	506	21	874	30	1,63	1,50;1,76
Necessita nas duas*	500	21	1.157	40	1,79	1,63;1,98

* p ≤ 0,05

** Não avaliado entre edentados

existência de problemas odontológicos ou construíram variáveis que combinavam a necessidade de tratamento com a existência de sinais e sintomas de doenças. Na investigação conduzida entre idosos da Flórida (Estados Unidos),¹¹ a variável foi construída a partir das seguintes questões: “Você acha que precisa de atenção odontológica hoje ou nos próximos 14 dias? Por quê?” Essas perguntas geraram quatro combinações de respostas. As respostas “sim, por rotina” e “não, porque a cavidade bucal é saudável” gerou a opção “não percebe que precisa de tratamento”, enquanto as respostas “sim, por problema odontológico” e “não, porque o problema odontológico pode esperar” geraram a opção “sim” para a autopercepção da necessidade de tratamento.¹¹ No presente estudo, a avaliação da autopercepção da necessidade de tratamento foi feita de forma dicotômica, o que dificulta o entendimento das relações entre

Tabela 4. Análise multivariada dos fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre a população idosa. Brasil, 2002/2003.

Variável	Autopercepção da necessidade de tratamento odontológico			
	Não %	Sim %	RP	IC 95%
Demográfica				
Idade				
65-69	56	64		
70-74*	44	36	0,94	0,89;0,99
Informações sobre como evitar os problemas bucais				
Sim	37	41	1,00	
Não*	63	59	0,89	0,83;0,95
Predisposição				
Autopercepção da saúde bucal				
Ótima/boa	72	38	1,00	
Regular*	21	36	1,31	1,21;1,41
Péssima/ruim*	7	26	1,29	1,19;1,41
Autopercepção da aparência				
Ótima/boa	68	35	1,00	
Regular*	23	35	1,23	1,15;1,32
Péssima/ruim*	9	30	1,28	1,18;1,39
Autopercepção da mastigação				
Ótima/boa	63	40	1,00	
Regular*	21	27	1,08	1,01;1,15
Péssima/ruim*	16	33	1,13	1,05;1,21
Dor de dente e gengiva nos últimos seis meses				
Não	89	68	1,00	
Sim*	11	32	1,27	1,18;1,36
Condições de saúde bucal				
Edentulismo				
Dentado	25	62	1,00	
Edentado*	75	38	0,68	0,62;0,74
Necessidade de prótese				
Não	58	30	1,00	
Necessita em uma arcada*	21	30	1,29	1,19;1,39
Necessita nas duas arcadas*	21	40	1,27	1,16;1,40

* p ≤ 0,05

Os valores em negrito mostram associações significativas

problemas dentais e autopercepção da necessidade de tratamento. O indivíduo pode responder “sim” porque tem um problema dental ou porque está motivado a ir ao dentista regularmente e de forma preventiva. Os que responderem “não” podem não perceber problemas bucais atuais ou perceberem os problemas, mas não apresentarem o desejo de tratá-los.¹¹

Além das limitações relacionadas à própria construção da variável dependente no presente estudo, o processo que relaciona a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico e as variáveis investigadas é

dinâmico. Portanto, causas e efeitos certamente variam ao longo da vida e, sendo este um estudo seccional, não é possível estabelecer uma relação temporal entre as associações observadas.

Os resultados do presente estudo indicam que pouco mais da metade dos idosos percebiam necessitar de tratamento odontológico, proporção superior àquela encontrada recentemente nos Estados Unidos (46%)²³ e Sri Lanka (43%).⁶ Essa diferença pode refletir a real necessidade de tratamento entre idosos brasileiros, já que o País tem alta prevalência de edentulismo e

uma parcela de edentados sem prótese total. A análise mostrou que as características que influenciam a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico em idosos foram as demográficas, de predisposição e de condição de saúde bucal, segundo o modelo de Gift et al⁷ (1998).

A percepção da necessidade de tratamento foi menor entre aqueles que não obtiveram informações sobre como evitar problemas bucais, sugerindo que o acesso à educação em saúde pode influenciar a autopercepção da condição de saúde. O modelo proposto por Gift et al⁷ (1998) sugere que a autopercepção é, hipoteticamente, determinada pelas orientações recebidas nos serviços de saúde. Os resultados da presente investigação fortalecem essa hipótese e talvez seja até o momento, o único estudo que testou a associação entre acesso a informações e autopercepção da necessidade de tratamento. Vários estudos mostraram que a autopercepção da necessidade de tratamento varia com o uso de serviço odontológico, mas os resultados não são consistentes. Um estudo mostrou que a autopercepção foi maior entre os que não usaram serviços odontológicos⁴ e outros entre os que não usaram.^{3,9,16} Na presente investigação foi verificada associação na análise univariada que não persistiu na multivariada.

A associação entre a autopercepção da necessidade de tratamento e a renda não foi verificada no presente estudo. É possível que tal achado seja devido à pequena variabilidade da renda entre idosos no País e ao fato da grande maioria dentre eles possuir renda muito baixa. Tal associação foi verificada em outros estudos norte-americanos,^{8,11} todos com populações mais heterogêneas quanto à distribuição de renda.

Normalmente, os indivíduos dão maior importância aos sintomas e aos impactos funcionais e psicossociais das doenças bucais do que aos sinais visíveis da doença.⁵ Esse achado também foi evidenciado no presente estudo, pois a percepção da necessidade de tratamento odontológico foi associada à pior percepção da condição de saúde bucal e da aparência e à pior percepção da mastigação. Resultados similares foram obtidos em outros estudos internacionais.^{6,11} A autopercepção também foi maior entre aqueles que sentiram dor nos seis meses anteriores à pesquisa. A associação positiva

entre dor e autopercepção da necessidade de tratamento é freqüente na literatura.^{6,8,11}

Estudos prévios têm relatado discrepância entre a autopercepção da necessidade de tratamento e as necessidades normativas,^{8,9,18} diferindo dos resultados obtidos na presente investigação. Os idosos edentados apresentaram menor freqüência de autopercepção da necessidade de tratamento odontológico, possivelmente refletindo certa acomodação à situação de edentado. Já os idosos que necessitavam de prótese apresentaram uma maior freqüência, consistente com a verificada entre aqueles com próteses quebradas.¹¹ A ausência de associação com a presença de cárie ou da doença periodontal difere de outros estudos.^{4,6,8,11,23} A falta de associação entre a autopercepção da necessidade de tratamento e a presença de alteração de tecido mole é particularmente preocupante, visto que o reconhecimento dessas alterações e a procura pelos serviços odontológicos são importantes para o diagnóstico precoce do câncer de boca.

Concluindo, o presente trabalho evidenciou que a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre os idosos é influenciada preponderantemente pela autopercepção negativa de diversos aspectos da saúde bucal. As associações com as questões normativas foram menos evidentes do que o verificado na literatura. A falta da associação com a presença da cárie dentária, da doença periodontal, e da alteração na mucosa, e a associação positiva entre informações preventivas e autopercepção da necessidade de tratamento odontológico sugerem que deva ser incentivada a educação em saúde. Dessa forma, será possível melhorar a capacidade dos indivíduos de realizarem o auto-exame bucal e identificar precocemente sinais e sintomas não dolorosos das doenças bucais, assim como associá-los à necessidade de tratamento odontológico.

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Saúde Bucal do Ministério da Saúde e à equipe de campo do inquérito pela elaboração e condução do Projeto SB Brasil; às Faculdades Unidas do Norte de Minas/Sociedade Educativa do Brasil (Funorte/Soebras) pelo apoio logístico.

REFERÊNCIAS

1. Adams T, Freeman RG, Gelbier S, Gibson B. Accessing primary dental care in three London boroughs. *Community Dent Health*. 1997;14(2):108-12.
2. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *Adv Dent Res*. 1997;11(2):203-9.
3. Atchison KA, Dubin LF. Understanding health behavior and perceptions. *Dent Clin Nort Am*. 2003;47(1):21-39.
4. Chisick MC, Poindexter FR, York AK. Factors influencing perceived need of dental care by active duty U.S. military personnel. *Mil Med*. 1997;162(9):586-9.
5. Cushing AM, Sheiham A, Maizels J. Developing socio-dental indicators: the social impact of dental disease. *Community Dental Health*. 1986;3(1):3-17.
6. Ekanayake L, Perera I. Perceived need for dental care among dentate older individuals in Sri Lanka 2005. *Spec Care Dentist*. 25(4):199-205.
7. 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.
8. Gilbert GH, Branch LG, Longmate J. Dental care use by U.S.veterans eligible for VA Care. *Soc Sci Med*. 1993;36(3):361-70.
9. Gilbert GH, Helft MN, Duncan RP, Ringelberg ML. Perceived need for dental care in dentate older adults. *Int Dent J*. 1994;44(2):145-52.
10. Gjermo P. Factors influencing assessment of treatment needs. *J Clin Periodontol*. 1991;18(6):358-61.
11. 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(5):351-60.
12. Hugo FN, Hilgert JB, de Souza MLR, da Silva DD, Pucca Jr GA. Correlates of partial tooth loss and edentulism in the Brazilian elderly. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007;35(3):224-32.
13. Kirkwood BR, Sterne JAC. *Medical statistics*. 2. ed. Massachusetts: Blackwell Science; 2003.
14. Locker D, Miller Y. Evaluations of subjective oral health status indicators. *J Public Health Dent*. 1994;54(3):167-76.
15. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços da saúde bucal. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1665-75.
16. Mosha HJ, Scheutz F. Perceived need and use of oral health services among adolescents and adults in Tanzania. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(3):129-32.
17. Peres MA, Antunes JLF, Boing AF, Peres KG, Bastos JLD. Skin colour is associated with periodontal disease in Brazilian adults: a population-based oral health survey. *J Clin Periodontol*. 2007;34(3):196-201.
18. Reisine ST, Baillit HL. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. *Soc Sci Med*. 1980;14A(6):597-605.
19. Roncalli AG, Frasão P, Patussi MP, Araújo IC, Ely HC, Batista SM. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. *Rev Bras Odont Saude Coletiva*. 2000;1(2):9-25.
20. Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J*. 1982;32(3):265-70.
21. Silva DD, Souza, MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publica*. 2004;20(2):626-31.
22. Silva SRC, Valsecki Junior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município brasileiro. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(4):268-71.
23. Slauther A, Taylor L. Perceptions of dental care need among African-American elders: implications for health promotion. *Spec Care Dentist*. 2005;25(3):158-63.
24. World Health Organization. *Oral health surveys: basic methods*. 4. ed. Geneva; 1997.

Artigo baseado na tese de doutorado de AMEBL Martins, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2008.

SM Barreto e IA Pordeus são apoiadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – bolsa de produtividade em pesquisa).