

## DESIGUALDADES NA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE BUCAL DE BRASILEIROS ADULTOS ENTRE 2013 E 2019

YORRANA MARTINS CORRÊA<sup>1</sup>; SARAH ARANGUREM KARAM<sup>2</sup>; HELENA  
SILVEIRA SCHUCH<sup>3</sup>; MARIANA GONZALEZ CADEMARTORI<sup>4</sup>; MARCOS  
BRITTO CORRÊA;<sup>5</sup> FLÁVIO FERNANDO DEMARCO<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia -  
yorranacorrea@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia –  
sarahkaram\_7@hotmail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia -  
helenasschuch@gmail.com

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia –  
marianacademartori@gmail.com

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia -  
marcosbrittocorrea@hotmail.com

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – Programa de Pós-graduação em Odontologia –  
ffdemarco@gmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

A autopercepção de saúde bucal é uma medida multidimensional que se dá a partir das vivências subjetivas, bem estar social e psicológico e em muitos casos, experiências com o tratamento odontológico (JOKOVIC, 1997). A relação entre as condições de saúde bucal e determinantes sociais é uma discussão ampla (GABARDO, 2013), pois diferentes classes econômicas, grupos e culturas sociais podem influenciar no comportamento em saúde e nos hábitos individuais de cada pessoa (CAMPOS, 2008; LOCKER, 2000). As classes socioeconômicas refletem no cuidado com saúde bucal do indivíduo e na percepção da mesma (FERREIRA, 2006).

A própria percepção de que não necessitam de tratamento odontológico é a principal razão que faz os indivíduos não buscarem o serviço (GABARDO, 2013). Essa relação entre autopercepção de saúde bucal e fatores socioeconômicos indica que a autoavaliação negativa (pessoas que não conseguem identificar sua condição de saúde mais aproximada da real condição) está associada diretamente com piores indicadores de desigualdade social (CREMONESE, 2010; SHEIHAM, 2011), evidenciando a relação com os determinantes sociais de saúde.

Os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente para avaliar o funcionamento da assistência de saúde do ponto de vista do usuário e também para obter informações referentes ao acesso e uso dos serviços disponíveis, condições de saúde da população, vigilância de doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco associados (FIOCRUZ, 2021). Portanto, o objetivo desse estudo foi descrever e comparar a distribuição da prevalência de percepção negativa de saúde bucal em dois inquéritos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), anos de 2013 e 2019, realizado no Brasil.

### 2. METODOLOGIA

Estudo descritivo utilizando dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada no Brasil, no anos de 2013 e 2019. Foram considerados para este estudo, adultos  $\geq 18$  anos que responderam à questão referente a autopercepção de saúde bucal, mensurada com a pergunta: “Em geral, como o(a) sr(a) avalia sua saúde bucal (dentes e gengivas)?”, com respostas “Muito boa”, “Boa”, “Regular”, “Ruim” e “Muito Ruim”. Sendo dicotomizada em percepção positiva (muito boa, boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim).

Os estratificadores foram avaliados em duas categorias: as características socioeconômicas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade e renda domiciliar) e de saúde bucal (edentulismo, tempo e motivo da última consulta odontológica), avaliadas de maneira semelhante para os dois inquéritos. A idade foi coletada como variável numérica e posteriormente categorizada em 18-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos, 50-59 anos e  $\geq 60$  anos. A cor da pele/etnia foi autodeclarada segundo o IBGE, e analisada como branca, preta/parda, amarela e indígena. O nível de escolaridade foi categorizado como  $\leq$  Ens. Fund. Incompleto, Ens. Fund. completo, Ens. Médio completo e  $\geq$  Ens. Superior. A renda domiciliar foi coletada como variável numérica e posteriormente dividida em quintis.

Em relação à saúde bucal, o tempo da última consulta odontológica foi coletado com a pergunta “Quando \_\_\_\_ consultou um dentista pela última vez?”, sendo categorizadas as respostas como “nunca consultou,  $\leq 12$  meses e  $\geq 13$  meses”. O motivo da última consulta odontológica foi coletado com a pergunta “Qual o principal motivo que o(a) fez consultar o dentista na última vez?”, sendo os motivos dicotomizados em preventivo ou curativo. O edentulismo parcial/total, foi mensurado através da pergunta “Lembrando-se dos seus dentes permanentes de cima/de baixo, o(a) Sr(a) perdeu algum?”, sendo dicotomizado em não e sim, o sim foi caracterizado pela perda dentária total em pelo menos uma arcada superior/inferior.

A análise dos dados foi realizada por meio do software estatístico Stata 15.0. Devido a amostragem complexa, foi utilizado o comando svy. Através do teste Qui-quadrado de Pearson foram obtidas as frequências absolutas e relativas, e os intervalos de confiança de 95% (IC95%).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As amostras disponíveis para análises foram 60.202 e 88.531 pessoas em 2013 e 2019, respectivamente. Na PNS de 2013, observou-se que a maioria era do sexo feminino (52,9%), com cor da pele preta/parda (52,45%), idade menor ou igual a 29 anos (26,1%), com renda domiciliar compreendida no maior quintil (24,9%) e com ensino fundamental incompleto (38,9%). Na PNS de 2019, a maioria também foi do sexo feminino (50,7%), e cor da pele autodeclarada preta/parda (57,5%). Entretanto, a maioria da amostra encontrava-se no grupo etário igual ou maior que 60 anos (22,4%), com renda domiciliar classificada no menor quintil (34,4%) e com nível de escolaridade de ensino médio completo (46,4%).

A prevalência de percepção negativa de saúde bucal foi de 32,5% (IC95% 31,79-33,22) em 2013 e 31,7% (IC95% 29,57-34,00) em 2019. A diferença entre o quintil mais pobre e o mais rico era de 23 p.p em 2013, enquanto em 2019 essa diferença diminuiu para 8 p.p.

Em 2013, a diferença entre o nível de escolaridade inferior e superior era de 26 p.p, aproximando-se de zero em 2019. Tanto em 2013 quanto em 2019, os

indivíduos que consultavam por motivo curativo percebiam de forma negativa sua saúde bucal quase 2x mais que os que consultavam preventivamente. A literatura mostra uma associação positiva entre adolescentes com autopercepção de saúde bucal negativa, busca por atendimento odontológico curativo e a necessidade do tratamento (SANTOS, 2016).

Há alguns fatores que interferem diretamente na percepção da saúde, como a escolaridade. Indivíduos com baixo grau de escolaridade relatam uma situação ruim de saúde com mais frequência que seus pares com maior grau de instrução formal (BELEM, 2016; CONFORTIN, 2015). Uma pesquisa em idosos apontou que as razões de chances de avaliação negativa da saúde diminuíram gradualmente conforme aumentam os anos de estudo (ZANESCO, 2018). A escolaridade como fator protetor em relação à saúde do indivíduo está ligada à obtenção de conhecimento e acesso às informações, aspectos que interferem no modo que esses idosos conduzem as rotinas diárias, e as escolhas dos hábitos de vida, modulando o autocuidado e a propensão ao desenvolvimento de doenças (CONFORTIN, 2015).

A literatura aponta que diversos fatores exercem influência na saúde bucal relacionada à qualidade de vida, incluindo aspectos da infância dos sujeitos, como alimentação, condição socioeconômica, peso ao nascer e condições de moradia, com resultados diferentes entre homens e mulheres (MASON, 2006). Além disso, a literatura mostra que o avanço da idade exerce influência na pior autopercepção bucal (SANDERS, 2009; MESQUITA, 2009; BANDECA, 2011), achado semelhante ao observado neste estudo. Quanto às variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, a melhor autopercepção de saúde bucal se associa às situações econômicas e de escolaridade mais favoráveis. Indivíduos com melhor autopercepção de saúde bucal procuram mais o serviço de forma preventiva (MESQUITA, 2009). Neste estudo, observou-se uma redução na prevalência de percepção negativa de saúde bucal, tanto de maneira geral quanto estratificada no período compreendido entre seis anos (2013-2019).

#### 4. CONCLUSÕES

Os indivíduos com menor escolaridade e menor renda apresentaram uma maior autopercepção de saúde bucal negativa, quando comparados a indivíduos com renda e grau de escolaridade maior.

#### 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ZANESCO, C.; BORDIN, D.; DOS SANTOS, C.; MULLER, E.; FADEL, C. Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people.

**Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.293-303, 2018.

BANDECA, M.; NADALIN, M.; CALIXTO L.; SAAD, J.; DA SILVA, S. Correlation between oral health perception and clinical factors in a Brazilian community.

**Community Dental Health Journal**, London, v.28, n.1, p.64-68, 2011.

MESQUITA, F.; VIEIRA, S. Impacto da condição autoavaliada de saúde bucal na qualidade de vida. **Revista Gaúcha de Odontologia**. v.57, n.4, p.401-406, 2009.

BELÉM, P.; DE MELO, R.; PEDRAZA, D.; DE MENEZES, T. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de tCampina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.19, n.2, p.265-276, 2016.

CONFORTIN, S.; GIEHL, M.; ANTES, D.; SCHNEIDER, I.; D'ORSI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.31, n.5, p.1049-1060, 2015.

MASON, J.; PEARCE, M.; WALLS, A.; PARKER, L.; STEELE, J. How do factors at different stages of the lifecourse contribute to oral-health-related quality of life in middle age for men and women? **Journal Dental Research**. v.85, n.3, p.257-261, 2006.

SANDERS, A.; SLADE, G.; LIM, S.; REISINE, S. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. **Community Dental Oral Epidemiology**. v.37, n.3, p.171-181, 2009.

SANTOS, L.; NORO, L.; RONCALLI, A.; TEIXEIRA, A. Self-perception on oral health and its relationship with use of services and prevalence of toothache. **Revista Ciência Plural**. v.2, n.2, p.14-27, 2016.

GABARDO, M.; MOYSES, S.; MOYSÉS, S. Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: A systematic review. **Pan American Journal of Public Health**. v.33, n.6, p.439-445, 2013.

JOKOVIC, A.; LOCKER, D. Dissatisfaction with oral health status in an older adult population. **Journal of Public Health Dentistry**, v.57, n.1, p.40-47, 1997.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES, J. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. Revista **Baiana de Saúde Pública**. v.32, n.2, p.232-240, 2008.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dental Oral Epidemiology**. v.28, n.3, p.161-169, 2000.

FERREIRA, A.; PIUVEZAM, G.; WERNER, C.; ALVES, M. A dor e a perda dentária: representações sociais do cuidado à saúde bucal. **Ciencia & Saude Coletiva**. v.11, n.1, p.211-218, 2006.

CREMONESE, C.; BACKES, V.; OLINTO, M.; COSTA, J.; PATTUSSI, M. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: A multilevel study. **Cadernos de Saúde Pública**. v.26, p.2368-2378, 2010.

SHEIHAM, A.; ALEXANDER, D.; COHEN, L. et al. Global oral health inequalities: task group--implementation and delivery of oral health strategies. **Advances in Dental Research**. v.23, n.2, p.259-267, 2011.