

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Edyellem Virgínia Cavalcante Mangueira

Concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie e fatores associados em adultos de três municípios da Região Metropolitana do Recife-PE

RECIFE  
2015

EDYELLEM VIRGÍNIA CAVALCANTE MANGUEIRA

CONCORDÂNCIA ENTRE AS NECESSIDADES AUTORREFERIDA E NORMATIVA  
DE TRATAMENTO PARA CÁRIE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE TRÊS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE-PE

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

Coorientador: Dr. Carlos Luna Feitosa

RECIFE

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

M277 Manguiera, Edyellem Virgínia Cavalcante.  
c Concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie e fatores associados em adultos de três municípios da região metropolitana do Recife-PE / Edyellem Virgínia Cavalcante Manguiera. — Recife: [s.n.], 2015.

64 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira; Coorientador: Carlos Luna Feitosa.

1. Saúde Bucal. 2. Autoimagem. 3. Cárie Dentária – epidemiologia. 4. Adulto. I. Moreira, Rafael da Silveira. II. Feitosa, Carlos Luna. II. Título.

CDU 616.314

---

EDYELLEM VIRGÍNIA CAVALCANTE MANGUEIRA

CONCORDÂNCIA ENTRE AS NECESSIDADES AUTORREFERIDA E NORMATIVA  
DE TRATAMENTO PARA CÁRIE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE TRÊS  
MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO RECIFE-PE

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 06/04/2015

BANCA EXAMINADORA

---

Dr. Rafael da Silveira Moreira (Orientador)  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM  
Departamento de Saúde Coletiva

---

Dr. Paulo Sávio Angueiras de Góes (1º Titular)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE  
Faculdade de Odontologia da UFPE

---

Dra. Márcia Maria Dantas Cabral de Melo (2º Titular)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE  
Faculdade de Odontologia da UFPE

Às pessoas mais importantes da minha vida:  
meus pais Eduardo e Vanétia, meus irmãos  
Eduarda e Ewerton e ao meu noivo Thyago.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu orientador Dr. Rafael da Silveira Moreira, por ter sido amigo e pela confiança que sempre demonstrou por mim.

Ao Dr. Carlos Feitosa Luna, meu coorientador, pelas contribuições indispensáveis na condução desse trabalho e por ter se mostrado sempre disponível quando precisei.

Aos componentes do GESB (Grupo de Estudos em Saúde Bucal) e em especial a amiga Mônica Barros, que estevessempre ao meu lado.

A família LBCM que me proporcionou muitos momentos de descontração e alegria e pelos quais sinto imenso carinho; em especial a Carmelita Cavalcanti pela dedicação e amizade.

Aos meus pais Eduardo Mangueira e Vanétia Cavalcante pelo amor e proteção constantes que me enchem de forças para prosseguir.

A minha irmã Eduarda Mangueira, pela dedicação em todos os momentos, por ser meu braço forte e acreditar que eu era capaz de vencer; ao meu irmão, Ewerton Mangueira pelo apoio e amor incondicional.

Ao meu noivo Thyago Chagas pelo companheirismo e confiança e por estar presente em todos os momentos demonstrando muita paciência e carinho.

Aos pacientes voluntários dos municípios participantes que despenderam seu tempo para responder ao questionário e realizar o exame clínico, peças fundamentais na execução do trabalho.

Obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse concretizado.

MANGUEIRA, Edyellem Virgínia Cavalcante. **Concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie e fatores associados em adultos de três municípios da região metropolitana do Recife-PE.** 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

## RESUMO

**Introdução:** Apesar de serem realizados levantamentos epidemiológicos em saúde bucal desde 1986 no Brasil, os dados obtidos a partir de critérios puramente normativos parecem não bastar. **Objetivo:** Identificar a concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie e os fatores associados. **Metodologia:** Estudo de corte transversal realizado nos municípios de Recife, Moreno e Itapissuma, com 1078 indivíduos com idades entre 35 e 44 anos. A variável dependente foi a concordância entre as respostas normativas e autorreferidas quanto à necessidade de tratamento para cárie. As variáveis independentes foram divididas em: socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde bucal e de autopercepção da saúde bucal. Foram construídas tabelas de frequência entre as necessidades normativas e subjetivas, com aplicação do teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher. A fim de verificar a validade do critério autorreferido, calculou-se a sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia em relação à necessidade normativa. Foram utilizados modelos logísticos hierarquizados para aferição do efeito das variáveis independentes sobre a dependente, por meio de estimativas da Odds-Ratio com nível de significância de 5%. **Resultados:** Quanto às condições de saúde bucal, observou-se um CPO-D de 15,52. Em análise multivariada verificou-se que pertencer ao gênero masculino, possuir menor número de bens, menor número de anos de estudos e residir em cidade de menor porte municipal aumentaram a concordância entre os critérios normativo e autorreferido de tratamento para cárie. Em relação às variáveis de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal, ter tido dor de dente nos últimos seis meses, ter visitado o dentista há mais tempo pela última vez e no serviço público, motivado por dor e extração e que avaliaram o serviço como insatisfatório apresentaram maior concordância, assim como a satisfação com dentes/boca, em queos que se mostraram insatisfeitos com essa condição apresentaram 37% mais chances de concordância entre os critérios autorreferido e normativo de necessidade de tratamento para cárie. **Conclusões:** Os achados demonstram que a autopercepção pode ser utilizada como fonte para rastreamento da necessidade de tratamento odontológico e servir como instrumento para o conhecimento dos fatores associados a essa concordância.

Palavras-chave: Saúde Bucal, Autoimagem, Cárie Dentária – epidemiologia, Adulto.

MANGUEIRA, Edyellem Virgínia Cavalcante. **Concordance between self-reported and normative treatment needs for caries and associated factors among adults in three municipalities of the Metropolitan Region of Recife-PE.** 2015. Dissertation (Academic master of Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

## ABSTRACT

**Introduction:** Although epidemiological surveys on oral health have been conducted in Brazil since 1986, data obtained from purely normative criteria have not sufficed. **Objective:** To identify a correlation between self-reported needs and normative treatment for caries and associated factors. **Methodology:** A cross-sectional study in the cities of Recife, Moreno and Itapissuma, with 1078 individuals aged between 35 and 44 years. The dependent variable was concordance between normative and self-reported responses on the need for dental treatment. Independent variables were divided into: socioeconomic, access to oral health services and self-perceived oral health. We constructed frequency tables between the normative and subjective needs, to which the chi-square or Fisher's exact test were applied. To verify the validity of self-reported criteria, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values and accuracy in relation to the normative needs were calculated. We used hierarchical logistic models to measure the effects of the independent variables over the dependent, using the odds ratios with a significance level of 5%. **Results:** For oral health conditions, there was a DMFT of 15.52. Multivariate analysis found that being male, having fewer assets, fewer years of study and residing in a smaller city increased the correlation between the normative and self-reported treatment criteria for caries. In relation to the variables for access to oral healthcare services, suffering with toothache in the previous six months, not having visited the dentist for a long time in the public service, motivated by pain and extraction and that rated the service as unsatisfactory presented the highest levels of concordance, as well as satisfaction with teeth/mouth, where those who expressed dissatisfaction with this condition presented 37% more chance of concordance between self-reported and normative criteria in needing treatment for caries. **Conclusions:** Our findings have demonstrated that self-perception may be used as a source for monitoring oral health conditions and may serve as a tool for understanding the factors associated with this concordance.

Words-key: Oral Health, Self Concept, Dental Caries - Epidemiology, Adult.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 -</b>	Municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR)	32
<b>Quadro 1 -</b>	Códigos e critérios para necessidade autorreferida de tratamento para cárie	36
<b>Quadro 2 -</b>	Resumo dos códigos para cárie e necessidade de tratamento	37
<b>Quadro 3 -</b>	Variáveis para caracterização do perfil demográfico e socioeconômico (Bloco 1)	39
<b>Quadro 4 -</b>	Variáveis para caracterização do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal (Bloco 2)	40
<b>Quadro 5 -</b>	Variáveis para caracterização da autopercepção e impactos em saúde bucal (Bloco 3)	41
<b>Quadro 6 -</b>	Média da concordância e do Índice Kappa inter e intra-examinadores. Recife, Moreno e Itapissuma.2015	45
<b>Diagrama 1-</b>	Modelo teórico para os fatores associados à concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie em adultos	47
<b>Figura 2 -</b>	Boxplot do índice CPOD. Recife, Moreno e Itapissuma.2015	53
<b>Figura 3 -</b>	Boxplot do índice CPOD segundo o sexo. Recife, Moreno e Itapissuma.2015	54
<b>Figura 4 -</b>	Boxplot do índice CPOD segundo o Município. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	54

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	– Descrição das variáveis do Bloco 1. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	49
<b>Tabela 2</b>	– Descrição das variáveis do Bloco 2. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	50
<b>Tabela 3</b>	– Descrição das variáveis do Bloco 3. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	52
<b>Tabela 4</b>	– Descrição da OIDP segundo os nove domínios. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	52
<b>Tabela 5</b>	– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de tratamento para cárie. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	55
<b>Tabela 6</b>	– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de pelo menos um tratamento para cárie. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	55
<b>Tabela 7</b>	– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de restaurar/obturar algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	56
<b>Tabela 8</b>	– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de coroa em algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	57
<b>Tabela 9</b>	– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de tratamento estético em algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	58
<b>Tabela 10</b>	– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de tratamento de canal em algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	58
<b>Tabela 11</b>	– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de extrair algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	58
<b>Tabela 12</b>	– Análise bivariada por bloco. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	59
<b>Tabela 13</b>	– Fatores associados à concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie. Modelo Múltiplo hierarquizado de regressão logística. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015	62

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS -	Organização Mundial de Saúde
PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
CPO-D -	Índice de dentes Cariados, Perdidos e Obturados na dentição permanente
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RMR -	Região Metropolitana do Recife
RPA -	Região Político-Administrativa
DS -	Distrito Sanitário
IDH -	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC -	Índice de Massa Corporal
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
EPI -	Equipamento de Proteção Individual
ESF -	Estratégia Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
OIDP -	Oral Impactson Daily Performance
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
DP -	Desvio Padrão
IC -	Intervalo de Confiança

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	14
<b>1.1</b>	<b>A saúde bucal no Brasil</b>	15
<b>1.2</b>	<b>Autopercepção em saúde</b>	17
<b>1.3</b>	<b>Autopercepção em saúde bucal de adultos</b>	20
<b>1.4</b>	<b>Necessidade de tratamento odontológico (critério normativo x subjetivo)</b>	22
<b>1.5</b>	<b>Validade das informações autorreferidas</b>	24
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	29
<b>3</b>	<b>PERGUNTA CONDUTORA</b>	30
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS</b>	31
<b>4.1</b>	<b>Objetivo Geral</b>	31
<b>4.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	31
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	32
<b>5.1</b>	<b>Tipo de estudo</b>	32
<b>5.2</b>	<b>Local do estudo</b>	32
5.2.1	Recife	33
5.2.2	Moreno	33
5.2.3	Itapissuma	33
<b>5.3</b>	<b>População de estudo e amostra</b>	34
5.3.1	Critérios de inclusão	35
5.3.2	Critério de exclusão	35
<b>5.4</b>	<b>Variáveis do estudo</b>	35
5.4.1	Variável dependente	35
5.4.1.1	<i>Construção da variável dependente</i>	35
5.4.2	Variáveis independentes	38
5.4.2.1	<i>Bloco 1: Caracterização do perfil demográfico e socioeconômico</i>	38
5.4.2.2	<i>Bloco 2: Caracterização do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal</i>	38
5.4.2.3	<i>Bloco 3: Caracterização da autopercepção e impactos em saúde bucal</i>	40
<b>5.5</b>	<b>Coleta e tratamento dos dados</b>	42
5.5.1	Recursos humanos e físicos	42
5.5.2	Exames clínicos e entrevistas	42

5.5.2.1	<i>Os exames clínicos</i>	42
5.5.2.2	<i>As entrevistas</i>	43
5.5.3	Qualidade dos dados	43
5.3.3.1	<i>A calibração dos examinadores</i>	44
5.3.2.2	<i>Revisão e pré-teste do formulário de entrevista</i>	45
<b>5.6</b>	<b>Análise dos dados</b>	46
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b>	48
<b>7</b>	<b>RESULTADOS</b>	49
<b>7.1</b>	<b>Caracterização da amostra</b>	49
<b>7.2</b>	<b>Condições de saúde bucal</b>	53
<b>7.3</b>	<b>Concordância entre os critérios normativos e autorreferidos da necessidade de tratamento para cárie</b>	55
<b>7.4</b>	<b>Fatores associados à concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie</b>	59
<b>8</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	64
<b>9</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	70
	<b>REFERÊNCIAS</b>	71
	<b>ANEXO A- Parecer do Comitê de ética em pesquisa</b>	79
	<b>APÊNDICE A – Questionário</b>	80
	<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	84

## 1 INTRODUÇÃO

Mesmo com todos os avanços da saúde bucal no Brasil, ainda persistem elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais e em grande parte da população desassistida (BRASIL, 2002). Apesar de o Brasil realizar levantamentos epidemiológicos em saúde bucal desde 1986, os dados obtidos a partir de critérios puramente normativos parecem não bastar.

Segundo resultados do SBBrazil 2010, no que se refere a adultos, o índice de dentes Cariados Perdidos e Obturados(CPO-D) médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos, sendo que o componente perdido foi responsável por 44,7% desse índice (BRASIL, 2011), o que é considerado um percentual elevado. E em 2002, uma pesquisa realizada em amostra representativa do estado de São Paulo mostrou que adultos com menos anos de estudo apresentavam mais chances de ter menor quantidade de dentes, quando comparados àqueles com maior média de anos de estudo. Ser do sexo feminino, ser mais velho, morar na região rural, haver cinco pessoas ou mais residindo na mesma casa, ter renda familiar baixa, visitar o dentista motivado por dor e buscar atendimento em serviço público foram fatores diretamente relacionados à maior ausência de elementos dentários. Porém, nenhuma das variáveis relacionadas à autopercepção em saúde bucal apresentou diferença entre os grupos pesquisados nesse estudo (SILVA; RIHS; SOUSA, 2009).

Leão e Sheiham (1995) ressaltam que diferentes níveis de saúde bucal proporcionam diferentes reflexos no cotidiano das pessoas e que é desejável que, no estudo das necessidades de saúde bucal dos indivíduos, as dimensões sociais e psicossociais sejam consideradas simultaneamente com a condição clínica. Para Sheiham e Tsakos (2007), o conhecimento sobre as necessidades de cuidado a saúde proporciona oportunidade para identificar as necessidades da população local e assim influenciar políticas públicas visto que, permite identificar áreas de necessidades não satisfeitas para propor objetivos para satisfazê-las; além de decidir o modo de racionalizar os recursos para garantir a efetividade e a eficiência das ações e a partir daí, propor métodos de monitoramento e promoção da equidade no uso dos serviços de saúde.

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado A validade da necessidade autorreferida de tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos da Região

Metropolitana do Recife-PE (MOREIRA *et al.*, 2011). Neste, além da necessidade de tratamento para cárie, outros agravos foram estudados como necessidade de tratamento para doença periodontal e uso e necessidade de prótese. No estudo mais amplo, foram avaliados três grupos etários: Adolescentes, adultos e idosos. A faixa etária eleita neste recorte foia de adultos, pois esta constitui a larga maioria da população, a qual demanda fortemente por serviços odontológicos e influencia decisivamente o comportamento de seus dependentes (PINTO, 2000), e há escassez de relatos sobre saúde bucal referente a este grupo etário (SILVA *et al.*2006).Três municípios de diferentes portes foram estudados a fim de verificar se existe associação entre o porte municipal e a percepção dos indivíduos.

### **1.1 A saúde bucal no Brasil**

Os primeiros dados das condições de saúde bucal no Brasil foram apresentados no levantamento epidemiológico realizado em 1986, que retratou o resultado de uma prática odontológica caracterizada por extrações em massa, gerando maior necessidade de reabilitação com a prótese dentária (BRASIL, 1988; PINTO, 1988). Durante a década de 1980, o Brasil era frequentemente apontado como um dos campeões mundiais de cárie. Levando-se em consideração um indicador mundial que é o CPO-D aos 12 anos, o primeiro levantamento de caráter nacional, realizado em 1986, mostrou um valor médio de 6,65, que classificava o Brasil como de altíssima prevalência de cárie de acordo com os padrões da Organização Mundial da Saúde (OMS) e colocando o País com o terceiro pior índice (BRASIL, 1988, 1990). Com relação à população adulta com idades entre 35 e 44 anos, o CPO-D médio foi 22,5 e deu-se fundamentalmente em consequência da contribuição no índice do componente que corresponde aos dentes perdidos (COSTA; CHAGAS; SILVESTRE, 2006). No levantamento epidemiológico nacional realizado em 1996, o grupo etários adultos não foi estudado.

A Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílios (PNAD), realizada em 1998, revelou que o SUS estava longe de alcançar seus preceitos em relação à saúde bucal. Tal afirmação é endossada pela constatação de que 18,7% da população nunca havia tido acesso aos serviços odontológicos. Para os habitantes de zona rural esse percentual chegou a 32%. Entre os indivíduos com renda familiar mensal superior a vinte salários mínimos, apenas 4,1% nunca tinham ido ao dentista. Por outro lado, 36,5% dos que nunca tiveram acesso,

recebiam até um salário mínimo por mês. Além disso, tal pesquisa demonstrou que as prevalências de doenças bucais e, principalmente, as exodontias aumentavam nos níveis populacionais com piores condições socioeconômicas e de idade mais elevada (MAGALHÃES; COSTA, 2008).

Diante da necessidade de obtenção de dados epidemiológicos em saúde bucal que avaliassem os principais agravos em diferentes grupos etários, tanto na população urbana como na rural, o Ministério da Saúde iniciou, no ano 2000, uma discussão sobre o tema, que levou à criação de um subcomitê responsável pela elaboração do Projeto e pelo apoio na sua execução, identificado como SBBrasil: Condições de Saúde Bucal na População Brasileira. Além de embasar do ponto de vista epidemiológico a elaboração das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e subsidiar ações para o fortalecimento da gestão dos serviços públicos em saúde bucal nas diferentes esferas de governo, este levantamento epidemiológico permitiu a análise comparativa dos dados nacionais com dados de outros países e com as metas da OMS para o ano 2000 (ANTUNES; NARVAI, 2010).

Dentre os vários instrumentos epidemiológicos para avaliar a ocorrência da cárie dentária, o índice CPO, proposto por Klein e Palmer em 1937, é o mais frequentemente utilizado. Muitas vezes, esse índice recebe complementos representados pelas letras D ou S, que correspondem às unidades de medida empregadas (D= dente, S= superfície). Quando empregado apenas como CPO subentende-se que se trata do CPO-D. A OMS recomenda as seguintes idades e grupos etários índices para a mensuração da ocorrência de cárie: 6, 12,18, 35 a 44 e 65 a 74 anos.

Em 2003, os resultados do SBBrasil demonstraram que, apesar da expressiva redução dos níveis de cárie na população infantil nas duas últimas décadas no Brasil, persistem ainda elevados índices de doenças bucais em determinados grupos populacionais, e que grande parte da população permanece sem assistência (BRASIL, 2008). Além disso, na faixa etária de 35 a 44 anos, observou-se uma média de 20,13 no CPO-D, sendo que 65,72% desse índice correspondeu ao componente Perdido, o que é considerado um percentual elevado. (BRASIL, 2004). Entre adultos e idosos, a cárie segue produzindo perdas dentárias em magnitude expressiva, levando à mutilação e ao edentulismo, parcial e total, milhões de brasileiros (NARVAI *et al.*, 2006).

No levantamento epidemiológico SBBrazil 2010, apenas 0,9% dos indivíduos com idades entre 35 e 44 anos estavam livres de cárie (CPO-D =0) e apresentaram CPO-D médio de 16,75 com menores índices nas regiões Nordeste e Sudeste. Destaca-se o fato que o componente Perdido foi responsável por 44,7% nesta faixa etária. Já em Chapecó-SC, 98,7% dos adultos apresentavam cárie ou sequelas do seu ataque, com uma média de CPO-D de 18,1 e os componentes Perdido e Obturado correspondendo a 95,3% da composição do índice sendo que cerca de 20% referiram dor de dente nos últimos seis meses (LACERDA *et al.*, 2008).

Dessa forma, percebe-se que a saúde bucal da população brasileira, especialmente adulta, ainda se encontra precária. Dentre os vários aspectos envolvidos no processo saúde-doença bucal, a autopercepção merece especial destaque.

## **1.2 Autopercepção em saúde**

O processo saúde-doença é dinâmico e reflete a ligação estrutural entre o corpo e a sociedade, os quais são de fundamental importância para se estudar a percepção do estado de saúde (GOMES; TANAKA, 2003). As concepções de saúde refletem uma conjuntura econômica, social, política e cultural de uma sociedade, isto é, saúde não representa o mesmo sentido para as pessoas e dependerá da época, do lugar, da classe social (SCLiar, 2007).

A definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças e enfermidades, é bastante discutida por alguns pesquisadores, que mais recentemente preferem o conceito de saúde relacionado à qualidade de vida (HEBLING; PEREIRA, 2007). Porém, devido à mudança do paradigma biomédico, percebeu-se que esta definição de saúde não contemplava alguns aspectos importantes da vida dos indivíduos. Assim, Locker (1997) definiu a saúde como a “experiência subjetiva de uma pessoa em relação ao seu bem-estar funcional, social e psicológico”, ou seja, refere-se à experiência individual e suas consequências na vida diária, constituindo-se em um conceito sociológico e psicológico, que pode ser aplicado a indivíduos ou a populações.

O diagnóstico das condições de saúde das populações tem sido realizado em maior escala por meio de indicadores numéricos, e a determinação das necessidades tem sido

realizada apenas do ponto de vista normativo, ignorando-se muitas vezes os aspectos sócio-comportamentais, os quais deveriam ser considerados (REIS; MARCELO, 2006). Segundo Gift e Atchison (1995), historicamente, a maioria das investigações tem focado nos resultados físicos das doenças, como medidas de mortalidade e morbidade. No entanto, medidas de autopercepção informam mais como está sendo afetada a rotina diária do indivíduo e da população em geral do que as realizadas com base em um ambiente clínico.

A autoavaliação da saúde é um indicador amplamente utilizado em Saúde Pública e obtido por medidas de percepção individual da própria 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 (IDLER; BEYAMINI, 1997).

A percepção que o indivíduo possui da doença influencia na sua qualidade de vida e conseqüentemente nas condições de saúde (NAHAS, 2001). De acordo com a definição da OMS, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, considerada no contexto da cultura e dos valores nos quais vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996). A percepção de necessidade de saúde de um indivíduo depende, muitas vezes, das crenças, do conhecimento da pessoa afetada, dos julgamentos de valores, assim como da influência do papel atribuído ao Estado como fornecedor de soluções (PINTO, 2008). Os estudos que buscam analisar variáveis associadas à autopercepção da saúde em populações partem da premissa de que essa representa uma visão subjetiva do indivíduo e costumam considerar diversas variáveis, como por exemplo, status de saúde física, mental, suas expectativas e estilo de vida (SANTIAGO, 2009).

Algumas evidências apontam que pessoas que definem o seu estado de saúde de maneira negativa apresentam piores condições clínicas e maiores indicadores de morbidade e mortalidade que seus pares com percepção positiva (LOCH; POSSAMAI, 2007). Dias-da-Costa *et al.* (2010), destacou que pessoas com níveis socioeconômicos diferentes podem avaliar de forma diversa a sua condição de saúde e tal constatação torna-se importante para pesquisas que tentam quantificar e explicar iniquidades socioeconômicas baseadas em saúde referida.

As características sociodemográficas se encontram no nível distal de determinação condicionando a percepção e a saúde dos indivíduos, a qual uma pior condição social relaciona-se com um menor acesso a medidas de controle, de prevenção e de tratamento das morbidades, resultando em piores condições de saúde. Paralelamente, os aspectos demográficos relacionam-se como características culturais e sociais, determinando maior ou menor capacidade de percepção dos agravos e das limitações impostas por eles (MCGRATH; BEDI, 2004).

Os estudos sobre a autopercepção da saúde, de modo geral, vêm se tornando cada vez mais comuns. Dados sobre tal assunto são importantes, pois, por meio desses, há possibilidade do indivíduo ter consciência da sua própria condição de saúde, o que acarreta mudança no seu comportamento e, como consequência, aumenta sua qualidade de vida (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2009). Apesar da autopercepção não substituir o exame clínico do paciente, ela permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo (REIS; MARCELO, 2006).

Este tipo de medida tem sido traduzido como a autoavaliação do estado de saúde e consta nos questionários de inquéritos nacionais como da PNAD, em 1998. A pesquisa mostrou que cerca de 80% da população brasileira considerou a própria saúde como boa ou muito boa, havendo entre os idosos (65 anos ou mais) maior proporção de indivíduos que a consideraram como regular, principalmente entre as mulheres e em indivíduos com menor renda. Outros resultados da PNAD mostraram que o principal motivo de não procurar um atendimento de saúde foi a ausência de necessidade percebida (96%) e o segundo, a falta de dinheiro (1,3%) (IBGE, 2010).

Outro instrumento de reconhecimento internacional é o *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey*, também utilizado no Brasil, tendo como finalidade principal analisar a compreensão do indivíduo sobre sua saúde, com objetivo de ajudá-lo nas decisões e condução do seu tratamento (CICONELLI *et al.*, 1999; WARE; SHERBOURNE, 1992;).

Segundo Reichert *et al.* (2012) a população percebe saúde não apenas como ausência da doença, mas também como um constructo relacionado com aspectos sócio-demográficos e em melhor magnitude, com aspectos comportamentais. Dessa forma, conhecer como cada

indivíduo percebe a própria saúde é um importante passo para se compreender o padrão de procura por um serviço de saúde.

No Brasil, algumas investigações acerca do tema foram conduzidas, apesar disso existe ainda a necessidade de mais pesquisas para melhor compreensão dos fatores associados com a autopercepção da saúde bucal em diferentes contextos culturais e socioeconômicos (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007; BULGARELLI; MANÇO, 2008; HIRAMATSU; FRANCO; TOMITA, 2006; MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008, 2009; MARTINS *et al.*, 2010; MATOS; LIMA-COSTA, 2006; MESAS; ANDRADE; CABRERA, 2008; NUNES; ABEGG, 2008; SILVA; SOUSA; WADA, 2005; SOUSA *et al.*, 2010;). Resultados desses estudos têm demonstrado a associação da autopercepção da saúde bucal com variáveis sociodemográficas (BENEDETTI; MELLO; GONÇALVES, 2007; BULGARELLI; MANÇO, 2008; MATOS; LIMA-COSTA, 2006; SOUSA *et al.*, 2010) de saúde geral, de saúde bucal (MATOS; LIMA-COSTA, 2006; MESAS; ANDRADE; CABRERA, 2008; NUNES; ABEGG, 2008) de comportamento relacionado à saúde bucal (SILVA; SOUSA; WADA, 2005) e a questões subjetivas (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008, 2009).

### **1.3 Autopercepção em saúde bucal de adultos**

No âmbito da saúde bucal, percepções do estado de saúde e da necessidade de cuidado também 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 (CRUZ *et al.*, 2001). 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 autoavaliação, ainda são amplamente usadas na saúde bucal por serem fortes preditores de comprometimento da função (LOCKER; GIBSON, 2005).

Astrom *et al.* (2006) demonstraram a eficácia do Índice OIDP (*Oral Impactson Daily Performance*) para avaliar os impactos da saúde bucal na vida diária, pois o instrumento

contém relativamente poucos itens e não é demorado para uso em inquéritos à população em grande escala. Utilizaram uma versão norueguesa desse instrumento para investigar sua relação com a idade, fatores sócio-econômicos e situação de saúde bucal. Em estudo anterior, Astrom *et al.* (2005), utilizando uma amostra representativa de adultos noruegueses, evidenciaram aceitáveis propriedades do instrumentado OIDP, indicando que pode ser apropriado para uso em estudos transversais, com o objetivo de discriminar os impactos entre grupos.

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo revelam que uma condição bucal insatisfatória afeta de forma significativa os aspectos funcionais, sociais e psicológicos (LOCKER; GIBSON, 2005). As principais queixas referem-se a limitações funcionais como dificuldade de mastigação, fonação, respiração, aparência, retenção de alimentos nos dentes e próteses e próteses mal adaptadas (BEYAMINI; LEVENTHAL; LEVENTHAL, 2004). Investigações a respeito da autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde bucal têm sido realizadas especialmente em países desenvolvidos como Estados Unidos (HEBLING; PEREIRA, 2007), Inglaterra (LEÃO; SHEIHAM, 1995); Austrália (SLADE *et al.*, 1996; SLADE, 1997) e Canadá (LOCKER; GIBSON, 2005; LOCKER; CLARCKE; PAYNE, 2000).

Peres, Traebert e Marcenes (2002) encontraram diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação de oclusopatias em adolescentes de Florianópolis – SC. Os autores observaram que existem graus de problemas oclusais tecnicamente definidos que são aceitáveis pela população e que devem influenciar na decisão de tratamento, interferindo diretamente na demanda para esse tipo de atendimento. Concluem sugerindo que medidas subjetivas poderiam ser incorporadas aos critérios clínicos atualmente utilizados.

Segundo o SBBrasil 2003, a percentagem de brasileiros relatando uma situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular foi de 44,7%, 59,2% e 43,6% para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos de idade, respectivamente. A dificuldade mastigatória (regular/ruim/péssima) nessas faixas etárias foi, respectivamente, 22,8%, 43,8% e 47,8% (BRASIL, 2004).

Em Chapecó-SC, mais de dois terços dos adultos avaliaram sua saúde como excelente ou boa, e 16,5% informaram problemas de saúde no último ano. Os que avaliaram sua saúde,

nos últimos 12 meses, como regular ou ruim apresentaram quase o triplo de chance de referir a alta gravidade sobre os que avaliaram sua saúde como excelente ou boa, ficando o relato de alta gravidade da interferência da condição bucal no cotidiano maior entre os indivíduos que sentiram dor orofacial (LACERDA *et al.*, 2008).

Matos e Lima-Costa (2006) estudaram a autoavaliação da saúde bucal de adultos e idosos residentes na Região Sudeste com base nos dados do levantamento epidemiológico nacional de 2003 (SBBrasil 2003). Associações significantes foram observadas para: renda domiciliar *per capita* maior ou igual a R\$181,00 e percepção de não necessidade atual de tratamento odontológico. Em estudo realizado na cidade de Bambuí – MG, Matos *et al.* (2001) avaliaram os fatores associados ao uso regular de serviços odontológicos em adultos. O uso do serviço foi significativamente associado a ter quatro ou mais anos de escolaridade, ter preferência para tratamento dentário restaurador em comparação à extração, não ter necessidade atual de tratamento dentário e acreditar que ir ao dentista previne a cárie e a doença periodontal.

O conhecimento sobre a autopercepção da saúde bucal da população adulta contribui para orientar decisões políticas e sociais que tenham como meta a qualidade de vida e não meramente a saúde física. Na atenção odontológica individual, a investigação rotineira da autopercepção da saúde é importante para aumentar a adesão dos indivíduos a comportamentos saudáveis (BEYAMINI; LEVENTHAL; LEVENTHAL, 2004).

#### **1.4 Necessidade de tratamento odontológico (critérios normativos x critérios subjetivos)**

Bradshaw (1994) definiu três tipos de necessidades em saúde:

*a)* Necessidade normativa: é aquela em que o profissional, o administrador ou cientista social definem; *b)* Necessidade percebida: reflete a avaliação do próprio indivíduo sobre uma necessidade de cuidado em saúde; *c)* Necessidade manifestada ou demanda: são as necessidades autopercebidas convertidas em demanda pela busca de assistência de um profissional ou serviço.

É válido ainda destacar a diferença entre necessidades de cuidados em saúde e necessidades em saúde. As primeiras são aquelas que se beneficiam de cuidados em saúde tais como prevenção de doenças, diagnósticos, tratamento e reabilitação. Já as necessidades em saúde incorporam os determinantes sociais e ambientais em saúde mais amplos tais como a privação, moradia, emprego, lazer, entre outros (SHEIHAM; TSAKOS, 2007).

Dessa forma, Tsakos (2008), discorrendo sobre as relações entre percepções normativas e subjetivas de necessidade de tratamento ortodôntico, destaca a inadequação das medidas clínicas para acessar tanto os sentimentos e satisfações das pessoas sobre sua aparência dentária como as dimensões psicossociais e o bem-estar relacionado à saúde bucal. Mesmo com diferentes pontos de vista, ambas as percepções devem ser consideradas na avaliação das condições de saúde. O autor destaca que o desequilíbrio na consideração destas percepções possui importantes implicações relacionadas aos serviços de atenção odontológica, haja vista que o uso de serviços ortodônticos é, primariamente, determinado pela avaliação clínica. Nesse sentido, o autor recomenda o uso de uma abordagem denominada “sociodental” para acessar as necessidades de tratamento ortodôntico, mas que podem servir para outras necessidades de tratamento odontológico. Os elementos dessa abordagem seriam: *a)* Estimativas clínicas das necessidades percebidas; *b)* Percepções subjetivas, incluindo a necessidade de tratamento percebida e o impacto na saúde bucal, em relação às dimensões funcionais, psicológicas e sociais; *c)* Propensão do indivíduo em adotar comportamentos de promoção da saúde; *d)* Evidência científica da efetividade do tratamento.

Ainda nesta perspectiva, Gherunpong *et al.* (2006) destacam que os métodos normativos tradicionais de acessar necessidades bucais não correspondem aos atuais conceitos de saúde e de necessidade. Embora existam pesquisas em saúde bucal sobre Qualidade de Vida, práticas baseadas em evidências e comportamentos bucais, tais conceitos são raramente aplicados nas estimativas de necessidades bucais. Os autores testaram a abordagem sociodental para acessar necessidades bucais em escolares de 11 e 12 anos em uma província da Tailândia. Concluíram que esta abordagem diminuiu as estimativas de necessidades de tratamentos convencionais e possibilitou a introdução de uma abordagem mais ampla de cuidado, incluindo ações de promoção e educação em saúde.

Segundo Gift, Atchison e Drury (1998), a autopercepção da necessidade de tratamento odontológico é resultante da condição de saúde bucal do indivíduo (Índice CPO-D, 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 consideradas imutáveis. Já 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, de forma geral, determinada pela escolaridade, autopercepção da condição de saúde e/ou por orientações repassadas pelos próprios serviços odontológicos (GILBERT *et al.*, 1994).

Neste sentido, os modelos sociológicos de interação conceituam “necessidade” a partir de duas vertentes: as subjetivas e as objetivas (LOCKER; MILLER, 1994). A primeira diz respeito à autopercepção da necessidade de tratamento e varia individualmente, segundo o contexto sociocultural e histórico em que está inserido (GJERMO, 1991). 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 (GILBERT; BRANCH; LONGMATE, 1993). 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 (GJERMO, 1991).

A divergência entre a autopercepção da necessidade e as necessidades normativas determinou a condução de vários estudos que buscassem investigar o que leva as pessoas a perceberem a necessidade de tratamento (GILBERT; BRANCH; LONGMATE, 1993; REISINE; BAILLIT, 1980). Apesar de pesquisas que objetivaram a investigação de fatores objetivos e subjetivos associados à autopercepção da necessidade de tratamento, ainda permanecem lacunas na compreensão da validade da necessidade subjetiva assim como os fatores associados a essa necessidade (MARTINS; BARRETO; PORDEUS, 2008).

### **1.5 Validade das informações autorreferidas**

A melhor forma de se estabelecer o diagnóstico de parâmetros mensuráveis relacionados à saúde é através de sua medida direta. Esta é a maneira mais fidedigna e com menor probabilidade de introdução de vieses. No entanto, por vezes é necessário basear-se em informações autorreferidas, que tem como vantagens a agilidade na obtenção dos dados e o baixo custo. A morbidade autorreferida geralmente possibilita identificar indivíduos que, em algum momento, tiveram o diagnóstico. Contudo, omite aqueles que desconhecem sua condição de doente, além de depender da memória e do desejo de informar do respondente, podendo subestimar a prevalência do agravo pesquisado. Outra limitação é a influência do

acesso e do uso de serviços de saúde. Em função destas limitações, vários autores têm se empenhado em validar a informação autorreferida e conhecer seus determinantes (VIEIRA, 2009).

Citam-se como exemplos, estudos sobre a validade da hipertensão arterial autorreferida conduzidos nos Estados Unidos (em estudos populacionais, em coorte prospectiva de enfermeiras, entre a população hispânica e em uma comunidade indígena), na Espanha (em habitantes de uma pequena cidade) e no Brasil (com moradores do interior do estado de Minas Gerais). Além de outros sobre diabetes mellitus e confiabilidade do Índice de Massa Corporal (IMC) (VIEIRA, 2009).

Apesar de suas limitações, variáveis autorreferidas foram utilizadas em dois importantes inquéritos realizados no Brasil pelo Ministério da Saúde: o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis e a pesquisa Vigitel Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico; além do levantamento epidemiológico nacional de Saúde Bucal SBBrazil 2010.

*O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não transmissíveis* teve como objetivo estimar a prevalência de hipertensão e diabetes autorreferidos, além de avaliar a frequência de exposição a fatores de risco para doenças não transmissíveis. Para isso, foi realizado, entre 2002 e 2003, um estudo seccional que avaliou 23457 indivíduos de ambos os sexos, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Foram encontradas elevadas prevalências dos seguintes fatores de risco: tabagismo, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente e consumo elevado de álcool. A prevalência de hipertensão arterial autorreferida variou, respectivamente entre homens e mulheres, de 26,0% a 36,4% nos indivíduos entre 40 e 59 anos e de 39% a 59% nos indivíduos maiores de 60 anos (VIEIRA, 2009).

Já o estudo *Vigitel Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* selecionou aleatoriamente 54.369 indivíduos, em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. O inquérito utilizou um questionário aplicado através de entrevista telefônica para monitorar a frequência e distribuição de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e avaliar a presença de hipertensão arterial e

diabetes mellitus. A pesquisa encontrou prevalências de hipertensão arterial referida que foram de 15,1% a 24,9% (VIEIRA, 2009).

Moreira (2009), aprofundando os resultados do SBBrasil 2003, analisou a percepção de necessidade de tratamento odontológico (cárie e prótese dentária) dos idosos. Foram calculadas as medidas de validade entre os critérios normativo e autorreferido e constatou-se maior acurácia entre os idosos não edêntulos que apresentavam necessidade de tratamento clínico em pelo menos um dente. Pensando na sensibilidade, os maiores valores foram para os idosos não edêntulos na presença de uma necessidade de coroa, tratamento pulpar ou extração. O autor ressaltou que outros estudos devem ser realizados com foco na investigação do valor do critério subjetivo em relação aos critérios normativos, pois, embora o estudo tenha utilizado dados secundários e que tais dados não tiveram o objetivo de avaliar as relações existentes entre estes dois critérios, os resultados apontaram aspectos importantes que podem ser mais bem explorados em estudos com dados primários especialmente delineados para estes objetivos.

Colussi, Freitas e Calvo (2009), analisaram o índice de necessidade de prótese da OMS em uma amostra domiciliar de idosos em um município no Sul do Brasil. Os autores conduziram um inquérito epidemiológico e realizaram comparações entre a necessidade autorreferida e a necessidade registrada pelos examinadores do inquérito. Observou-se que 63,7% dos idosos concordaram com o exame realizado. Idosos do sexo masculino, acima de 70 anos, residentes na área rural, não participantes de grupos de terceira idade e que não frequentam o dentista regularmente perceberam menos necessidade comparado ao exame clínico. Estes achados sugerem que a reabilitação protética deve levar em conta não apenas parâmetros clínicos como também a autopercepção do paciente.

Para o entendimento do cálculo das medidas de validade, é preciso o conhecimento dos conceitos de sensibilidade, especificidade, valores preditivos e acurácia aplicados ao nosso estudo:

- a) Sensibilidade é a proporção de verdadeiros positivos entre todos os doentes (MEDRONHO *et al.*, 2009). No presente estudo, a sensibilidade do critério subjetivo irá avaliar a capacidade deste em detectar a necessidade quando ela realmente está presente (definida pelo critério normativo);

- b) Especificidade é a proporção de verdadeiros negativos entre todos os sadios (MEDRONHO *et al.*, 2009). No presente estudo, a especificidade do critério subjetivo irá avaliar a capacidade deste em detectar a ausência de necessidade quando realmente não há necessidade de tratamento normativamente definida;
- c) Valor Preditivo Positivo (VPP) expressa a proporção de verdadeiros positivos entre todos os indivíduos com teste positivo (MEDRONHO *et al.*, 2009). No presente estudo, é a probabilidade de um indivíduo com o teste positivo ter a necessidade de tratamento;
- d) Valor Preditivo Negativo (VPN) expressa a proporção de verdadeiros negativos entre todos os indivíduos com teste negativo (MEDRONHO *et al.*, 2009). No presente estudo, é a probabilidade de um indivíduo com o teste negativo não ter necessidade de tratamento;
- e) Exatidão ou Acurácia corresponde à proporção dos testes subjetivos corretos no total dos indivíduos avaliados (MEDRONHO *et al.*, 2009). No presente estudo, corresponderá à soma dos indivíduos classificados como verdadeiros positivos com os classificados como verdadeiros negativos divididos pelo total dos indivíduos.

Desta forma, a validade de um teste é definida como sua habilidade de distinguir entre quem está doente e quem não está. O componente *sensibilidade* da validade é definido como sua capacidade de identificar corretamente aqueles que têm a doença. Já a *especificidade* é definida como sua capacidade de identificar corretamente aqueles que não têm a doença (GORDIS, 2004).

O rastreamento ou *screening*, é a busca em pessoas assintomáticas de algum sinal ou sintoma que possa ser indicativo de uma provável doença. Devem preencher os seguintes critérios: baixo custo, fácil aplicação, não invasivo, alta sensibilidade (para minimizar o número de falso-negativos), é melhor se obter maiores valores para sensibilidade do que para a especificidade. O *screening* visa o diagnóstico precoce de uma doença que, não sendo tratada, terá pior prognóstico. Assim, é mais importante o diagnóstico de quem realmente necessita (verdadeiros-positivos) do que de quem não necessita (verdadeiros-negativos) (MENEZES; SANTOS, 1999).

No que diz respeito à avaliação de teste diagnóstico, é utilizado o *padrão-ouro*, um teste teoricamente melhor do que o primeiro e que assume melhor desempenho em termos de

sensibilidade e especificidade (MEDRONHO *et al.*, 2009). Apesar do exame clínico ser reconhecido como eficaz na obtenção de diagnóstico de condições bucais, o mesmo apresenta desvantagens, como a demanda de maior tempo de execução, custos mais elevados em virtude de materiais e pessoal especializado, fadiga do examinador e aumento de recusa ao exame, reduzindo as taxas de resposta dos estudos em que é empregado. Porém, como uma alternativa aos exames para reduzir tais limitações tem-se o questionário aplicado por entrevistadores (RAMOS; BASTOS; PERES, 2013).

Apesar de haver estudos que avaliam a autopercepção em saúde bucal, poucos buscaram avaliar a concordância entre a necessidade percebida (critério subjetivo) e a necessidade clínica/objetiva (critério normativo) de tratamento odontológico e os seus fatores associados. Neste estudo, nos propomos a testar a subjetividade e se esta é um importante indicador da situação de saúde bucal para a cárie fazendo uso de ferramentas utilizadas para mensurar validade de testes diagnósticos (medidas de sensibilidade, especificidade, valores preditivos e acurácia) tendo o exame clínico para cárie como padrão-ouro.

## 2 JUSTIFICATIVA

No estudo das necessidades de saúde bucal, é recomendável que a percepção dos indivíduos seja considerada simultaneamente à condição clínica. Assim, os indicadores subjetivos são essenciais na definição das ações e dos grupos prioritários nos serviços de saúde, para qualificar as informações da condição de saúde bucal, oferecida pelos indicadores clínicos no planejamento dos serviços.

No campo da saúde bucal faz-se necessário a realização de estudos que identifiquem a concordância entre os critérios subjetivos e normativos de necessidade de tratamento para cárie e seus fatores associados. O presente estudo busca demonstrar que uma simples pergunta sobre a necessidade subjetiva de tratamento odontológico, feita sem muitos gastos, sem necessitar de um profissional com formação superior e sem instrumentos de exame clínico, invasivos ou não, já fornece uma importante estimativa sobre os principais problemas que estes indivíduos demandam e quantos necessitariam de atendimento clínico odontológico, sendo de valiosa importância para o planejamento da oferta de serviços de saúde bucal para a população.

Como contribuições científicas, o estudo tem como finalidades: propor atualizações no método de verificação das necessidades de tratamento para cárie; subsidiar os gestores no desenvolvimento de estratégias de trabalho direcionadas a captar a percepção dos usuários de saúde a respeito de suas necessidades de saúde bucal; fornecer subsídios que possam impactar a eficiência e a efetividade tanto do diagnóstico epidemiológico quanto da oferta dos serviços e organização de demandas nos municípios de diferentes portes populacionais.

### **3 PERGUNTA CONDUTORA**

Qual o grau de concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie e quais os fatores associados a essa concordância em adultos de três municípios da Região Metropolitana do Recife-PE?

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Estimar o grau de concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie, assim como os fatores associados a essa concordância em adultos dos municípios de Recife, Moreno e Itapissuma-PE.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o perfil socioeconômico, demográfico, de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal e de autopercepção em saúde bucal assim como as condições de saúde bucal em relação à cárie;
- b) Identificar a necessidade normativa e autorreferida de tratamento para cárie e determinar a validade da necessidade autorreferida de tratamento pelas estimativas de sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivos e negativos e o percentual de concordância com aquela observada no exame clínico/normativo (acurácia);
- c) Identificar os fatores associados à concordância entre as necessidades autorreferidas e normativas de tratamento para cárie.

## 5 METODOLOGIA

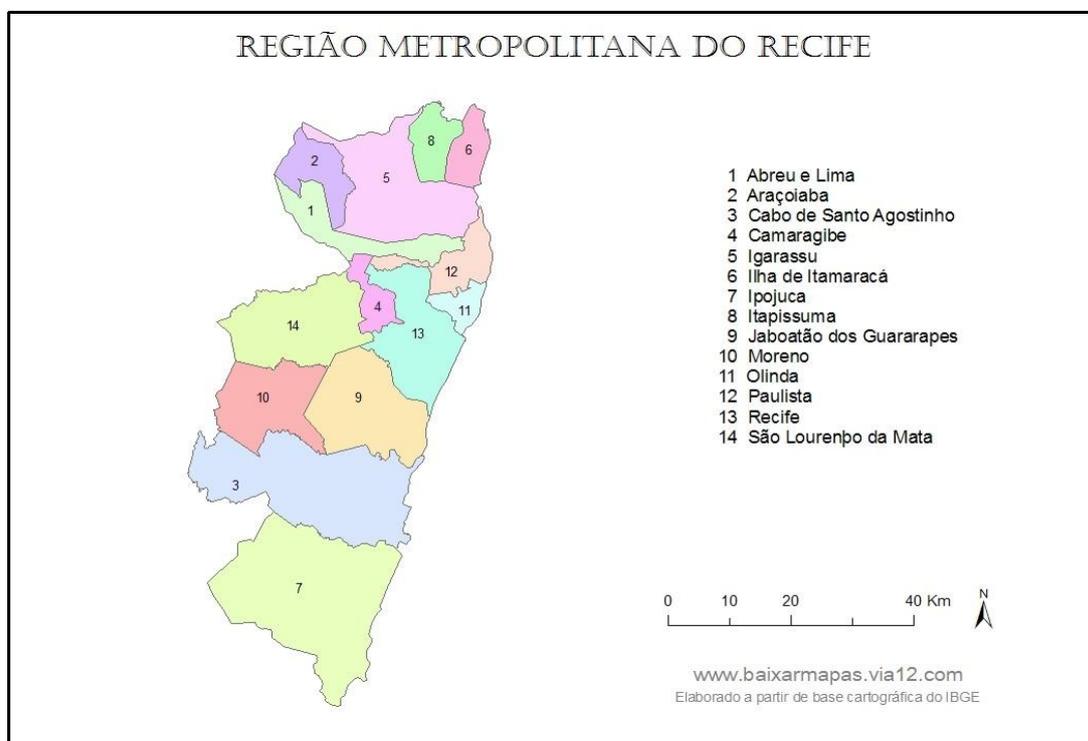
### 5.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico transversal de base populacional com uma validação de informações epidemiológica e autorreferida.

### 5.2 Local do estudo

No intuito de conhecer a realidade de municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR) segundo o porte populacional, foram definidos três estratos populacionais: <30.000 habitantes (pequeno porte), entre 30.000 e 100.000 habitantes (médio porte) e >100.000 habitantes (grande porte). Foi escolhido o município de Recife como sendo de grande porte e ser a capital do estado de Pernambuco. Foram sorteados os municípios de Moreno e Itapissuma, como municípios de médio e pequeno porte, respectivamente.

Figura 1 - Municípios da Região Metropolitana do Recife (RMR)



Fonte: Base cartográfica do IBGE (MAPA..., 2015)

### 5.2.1 Recife

A cidade do Recife ocupa uma posição central no litoral nordestino e acerca de 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. A cidade está dividida em 94 bairros, estes subdivididos em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor da Saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS): DS I (centro: 11 bairros); DS II (norte: 18 bairros); DS III (noroeste: 29 bairros); DS IV (oeste: 12 bairros); DS V (sudoeste: 16 bairros); DS VI (sul: 8 bairros). A projeção populacional feita pelo IBGE foi de 1.472.202 habitantes para o ano de 2010, a cidade apresenta um crescimento populacional ascendente, de acordo com as tendências de crescimento do Estado de Pernambuco e do Brasil (RECIFE, 2011). Em 2014 houve uma modificação na classificação dos DS, passaram a ser oito e não mais seis [Houve a divisão do distrito VI (VI e VIII) e do III (III e VII)]. Porém, no momento da realização deste estudo ainda era a classificação acima citada (em seis Distritos Sanitários).

### 5.2.2 Moreno

Localizado na mesorregião Metropolitana e na microrregião de Recife do estado de Pernambuco, limitando-se a norte com São Lourenço da Mata, a sul com o Cabo de Santo Agostinho, a leste com Jaboatão dos Guararapes e a oeste com Vitória de Santo Antão. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,523. Este índice situa o município em 22º no ranking estadual e em 3115º no nacional. De acordo com o censo 2010 do IBGE, a população residente é de 56.696 habitantes, resultando numa densidade demográfica de 289,16 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

### 5.2.3 Itapissuma

O município de Itapissuma está localizado na mesorregião Metropolitana e na Microrregião Itamaracá do Estado de Pernambuco, limitando-se a norte com Goiana, a sul com Igarassu, a leste com Itamaracá, e a oeste com Igarassu; está distante a 40,5 km da capital Recife. Ocupa uma superfície territorial de 74,23 km<sup>2</sup> e representa 0.08% do Estado de Pernambuco. O município foi criado em 14/05/1982, pela Lei Estadual n. 8.952, sendo formado apenas pelo distrito sede. A projeção populacional feita pelo IBGE foi de 23.769

habitantes para o ano de 2010 e sua densidade demográfica corresponde a 320,19 hab./km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

### **5.3 População de estudo e amostra**

A população de estudo foi composta por indivíduos adultos, com idades entre 35 e 44 anos residentes na área urbana dos municípios de Recife, Moreno e Itapissuma. Para o cálculo do tamanho da amostra foram utilizadas as informações sobre a prevalência da necessidade autorreferida de tratamento odontológico (segundo os resultados do levantamento epidemiológico de saúde bucal SBBrazil 2010) para a Região Nordeste (83% para adultos) com margem de erro de 5% com 95% de confiabilidade e um efeito de desenho de 1,5. Dessa forma seria necessário selecionar 326 indivíduos em cada município.

A seleção dos indivíduos foi realizada por uma amostragem em múltiplos estágios (aleatória sistemática por conglomerados) através de sorteio de setores censitários e a visita de 1/3 dos domicílios (unidade amostral) de cada setor sorteado para alcançar o tamanho da amostra desejada. Cada setor censitário era dividido em quadras onde foi sorteado um ponto de partida a partir do qual eram visitadas as casas sempre a direita com os intervalos de domicílios de acordo com o porte municipal até retornar ao ponto de partida para só depois iniciar a visita de outra quadra.

Para o município do Recife foram selecionados aleatoriamente 40 setores censitários e foram investigados 1 a cada 6 domicílios. Para o município de Moreno foram selecionados aleatoriamente 22 setores censitários e para atingir a amostra foram investigados 1 a cada 4. Já para o município de Itapissuma foram selecionados 22 setores censitários e a investigação foi realizada em 1 a cada 3 domicílios. Caso os indivíduos pertencentes a faixa etária não se encontrassem no momento da visita, a equipe voltava para tentar encontrá-los; se após pelo menos duas visitas, não conseguisse localizá-los era considerado como perda e realizado o resorteio do domicílio.

O banco inicial com o total de adultos era composto por 1109 indivíduos, mas foram excluídos 22 indivíduos, pois cinco não autorizaram a realização do exame clínico e 17 eram totalmente desdentados, formando um banco final de 1087 adultos aptos para análises. Ao final do estudo restaram 420 indivíduos no Recife, 408 em Moreno e 259 em Itapissuma

destacando que não foi possível atingir o mínimo desejado em Itapissuma mesmo após o sorteio de novos setores.

### 5.3.1 Critérios de inclusão

- a) Indivíduos residentes na área Urbana dos municípios de Recife, Moreno e Itapissuma com idades entre 35 e 44 anos;
- b) Indivíduos que aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice B), permitindo a sua participação na pesquisa e aceitando responder a entrevista e a realização do exame clínico.

### 5.3.2 Critério de exclusão

Indivíduos portadores de patologias que comprometam o entendimento ou a fala.

## 5.4 Variáveis do estudo

### 5.4.1 Variável dependente

A concordância entre as informações autorreferida e normativa quanto à necessidade de tratamento para cárie.

#### 5.4.1.1 *Construção da variável dependente*

Para a identificação da necessidade autorreferida de tratamento para cárie foram feitas perguntas referente a cada tipo de necessidade. Todas as perguntas tiveram como respostas possíveis: Não (0), Sim (1) e não sabe (9). O quadro 1 ilustra os códigos e critérios destas condições.

Quadro 1– Códigos e critérios para necessidade autorreferida de tratamento para cárie

<b>Critério</b>	<b>Código</b>
O Sr(a) acha que necessita de tratamento para cárie?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)
O Sr(a) acha que necessita restaurar/obturar algum dente?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)
O Sr(a) acha que necessita de coroa (grande obturação) em algum dente?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)
O Sr(a) acha que necessita de tratamento estético em algum dente?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)
O Sr(a) acha que necessita de tratamento de canal em algum dente?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)
O Sr(a) acha que necessita de extrair algum dente?	Não (0) Sim (1) Não sabe (9)

Fonte: Elaborado pelo autor

Para caracterização do aspecto normativo para cárie e necessidade de tratamento, foram avaliados três aspectos em cada espaço dentário: as condições da coroa, as condições da raiz e a necessidade de tratamento. Após o exame de cada espaço, o examinador atribuiu três respectivos códigos para serem anotados, passando ao espaço dentário seguinte.

Os diferentes espaços dentários foram examinados e os códigos repassados do examinador para o anotador, sistematicamente, iniciando do terceiro molar até o incisivo central do hemiarco superior direito (do 18 ao 11), passando em seguida ao incisivo central do hemiarco superior esquerdo e indo até o terceiro molar (do 21 ao 28), indo para o hemiarco inferior esquerdo (do 38 ao 31) e, finalmente, concluindo com o hemiarco inferior direito (do 41 ao 48). Um dente era considerado presente na boca quando apresentava qualquer parte visível ou passível de ser tocada com a ponta da sonda sem deslocar (nem perfurar) tecido mole indevidamente. O Quadro 2 apresenta estes códigos e seus significados.

Essa sistemática de exame clínico-epidemiológico é preconizada pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993) e foi utilizada nos inquéritos nacionais de saúde bucal assim como no nosso estudo e foi considerada como *padrão-ouro* para comparação com o critério autorreferido.

Para a caracterização da condição dentária, foi utilizado o índice preconizado pela Organização Mundial de Saúde (1997), no qual se pode inferir o CPO-D médio (dentição permanente) que expressa a soma dos dentes cariados, perdidos e obturados. Semelhante ao critério preconizado pelo manual de calibração de examinadores do SBBrasil 2010 (BRASIL, 2010), o presente estudo registrou as necessidades para cárie através dos diferentes níveis da doença ativa (cárie de esmalte, cárie de dentina e cárie próxima à polpa), desconsiderando a presença de lesões não cavitadas (mancha branca presente).

Quadro 2 – Resumo dos códigos para cárie e necessidade de tratamento.

CÓDIGO			CONDIÇÃO/ESTADO
DENTES DECÍDUOS	DENTES PERMANENTES		
Coroa	Coroa	Raiz	
A	0	0	HÍGIDO
B	1	1	CARIADO
C	2	2	RESTAURADO MAS COM CÁRIE
D	3	3	RESTAURADO E SEM CÁRIE
E	4	Não se aplica	PERDIDO DEVIDO À CÁRIE
F	5	Não se aplica	PERDIDO POR OUTRAS RAZÕES
G	6	Não se aplica	APRESENTA SELANTE
H	7	7	APOIO DE PONTE OU COROA
K	8	8	NÃO ERUPLICIONADO - RAZ NÃO EXPOSTA
T	T	Não se aplica	TRAUMA (FRATURA)
L	9	9	DENTE EXCLUÍDO
CÓDIGO	TRATAMENTO		
0	NENHUM		
1	RESTAURAÇÃO DE 1 SUPERFÍCIE		
2	RESTAURAÇÃO DE 2 OU MAIS SUPERFÍCIES		
3	COROA POR QUALQUER RAZÃO		
4	FACETA ESTÉTICA		
5	PULPAR + RESTAURAÇÃO		
6	EXTRAÇÃO		
7	REMINERALIZAÇÃO DE MANCHA BRANCA		
8	SELANTE		
9	SEM INFORMAÇÃO		

Fonte: Brasil (2004)

Por fim, a variável dependente foi construída sendo atribuído valor 1 para as pessoas que tiveram concordância entre a necessidade ou não necessidade (verdadeiro positivo ou verdadeiro negativo), das informações autorreferidas e normativas de tratamento odontológico e zero para as demais. Ou seja, foram agrupados os verdadeiros positivos com os verdadeiros negativos em uma única categoria (concordantes=1) e os falsos positivo e negativo em outra categoria (discordantes=0), gerando uma única variável final agrupada.

#### 5.4.2 Variáveis independentes

Foram divididas em três blocos: demográficas e socioeconômicas, acesso aos serviços de saúde bucal e de autopercepção da saúde bucal. As categorias de algumas variáveis independentes dos três blocos foram re-categorizadas para facilitar a análise e a interpretação dos resultados.

##### *5.4.2.1 Bloco 1: Caracterização do perfil demográfico e socioeconômico*

Para a caracterização do perfil demográfico foram coletadas as variáveis: idade, sexo e grupo étnico (cor da pele autorreferida) e município de residência. Posteriormente, a variável cor/raça foi dividida apenas em branco e não-branco.

O perfil socioeconômico foi composto pelas variáveis: renda familiar, escolaridade em anos de estudo, número de pessoas por cômodo (foi criada pela razão das perguntas número de pessoas na unidade familiar e número de cômodos para dormitório no domicílio) e número de bens (Quadro 3). As variáveis pessoa/cômodo e número de bens foram dicotomizadas em acima e abaixo da mediana e a escolaridade foi agrupada de acordo com as faixas de anos de estudos (0 a 4 anos, 5 a 8 anos e 9 anos ou mais) segundo critérios do Censo 2010. As respostas não sabe/ não respondeu foram computadas como Sem informação.

##### *5.4.2.2 Bloco 2: Caracterização do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal*

As variáveis utilizadas para a caracterização do acesso foram: ida ao dentista alguma vez na vida, dor de dentes nos últimos seis meses, tempo da última consulta, local da última consulta, motivo da última consulta e avaliação do serviço de saúde bucal (Quadro 4).

Foram recategorizadas da seguinte forma: O local de uso de serviços de saúde bucal foi dividido apenas em Serviço público e Serviço particular ao qual foi somado plano de saúde e convênios, o Motivo da última consulta passou a ter quatro categorias: revisão/prevenção/check-up, dor, extração e tratamento/outros. Quanto a avaliação do serviço, muito bom/bom/regular passaram a ser satisfeito e os critérios ruim e muito ruim, insatisfeito. As

respostas não sabe/ não respondeu e não se aplica foram computadas como Sem informação em todas as categorias em que foi opção de resposta.

Quadro 3- Variáveis para caracterização do perfil demográfico e socioeconômico (Bloco 1)

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CÓDIGOSECRITÉRIOS
Município	Município de Residência	1=Recife 2= Moreno 3=Itapissuma
Idade	Idade em anos completos do indivíduo no momento do exame	Em anos
Cor ou Raça	Considerar aquela declarada pela pessoa	0 = branca 1 = preta 2 = amarela 3 = parda 4 = indígena
Renda familiar	Soma dos rendimentos mensais do componente familiar	1=Até 500 reais 2=De 501 a 1500 reais 3=Acima de 1500 reais 9=Sem informação
Escolaridade	Pergunta-se: Até que série você estudou?	0-15 anos (Número total de anos) estudados) Cursosuperior – até 4 anos Nãoincluir pós-graduação
Número de pessoas	Número total de pessoas, inclusive o entrevistado, residindo no domicílio	Número de pessoas que compõem a família 99 – não sabe/ não respondeu
Número de cômodos	Número de cômodos para dormitório	Número total de cômodos 99 – não sabe/ não respondeu
Número de bens	Considera-se: televisão, geladeira, aparelhosom, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador e número de carros*.	Quantidade variável de 0 – 11 99 – não sabe/ não respondeu *Número de carros – pode ser até dois

Fonte: Brasil (2010)

Quadro 4- Variáveis para caracterização do acesso aos serviços de atenção à saúde bucal (Bloco 2)

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CÓDIGOSECRITÉRIOS
Ida ao dentista	Existência de alguma visita ao dentista durante a vida	0 = Não 1 = Sim 9 = Não sabe/não respondeu
Dor de dente	Ocorrência de dor dentária nos últimos seis meses	0 = Não 1 = Sim 8 = Não se aplica 9 = Não sabe/não respondeu
Tempo da última consulta de saúde bucal	Tempo decorrido desde a última visita ao dentista	0 = Menos de um ano 1 = Um a dois anos 2 = Três anos ou mais 8 = Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista) 9 = Não sabe / Não respondeu
Local de uso de serviços de saúde bucal	Local em que realizou a última consulta em saúde bucal	0 = Serviço público 1 = Serviço particular 2 = Plano de Saúde ou Convênios 3 = Outros 4 = Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista) 9 = Não sabe / Não respondeu
Motivo da última consulta	Motivo do uso de serviços de saúde bucal	0 = Revisão, prevenção ou check-up 1 = Dor 2 = Extração 3 = Tratamento 4 = Outros 5 = Não se aplica (para quem nunca foi ao dentista) 9 = Não sabe / Não respondeu
Avaliação dos serviços de saúde bucal	Opinião sobre o atendimento na última consulta	1 = Muito Bom 2 = Bom 3 = Regular 4 = Ruim 5 = Muito Ruim 8 = Não se aplica 9 = Não sabe/ Não respondeu

Fonte: Brasil (2010)

#### 5.4.2.3 Bloco 3: Caracterização da autopercepção e impactos em saúde bucal

A autopercepção da saúde bucal foi aferida segundo o grau de satisfação com a saúde bucal, necessidade autorreferida de tratamento periodontal e os impactos em saúde bucal na vida diária (OIDP) que por meio dos seus nove domínios, mensura os seguintes aspectos: dificuldades na mastigação, fala, prática de esporte, sono, trabalho/estudo, perda da auto-

estima e dor que podem ter origem dentária. O Quadro 5 apresenta estas variáveis com os códigos e critérios.

Posteriormente, a Satisfação com a boca e os dentes foi re-categorizado apenas em satisfeito (Muito satisfeito/satisfeito/Nem satisfeito nem insatisfeito) e Insatisfeito (Insatisfeito/Muito insatisfeito). Quanto ao OIDP, quem respondeu sim para algum dos nove domínios, passou a ser categorizado como um ou mais comprometimentos, sendo classificado como nenhum comprometimento apenas quem respondeu não para os nove.

Quadro 5- Variáveis para caracterização da autopercepção e impactos em saúde bucal (Bloco 3)

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO	CÓDIGOSECRITÉRIOS
Satisfação com dentes/boca	Grau de realização com o estado dos dentes/boca	1=Muito satisfeito 2=Satisfeito 3= Nem satisfeito nem insatisfeito 4= Insatisfeito 5= Muito insatisfeito 9=Não sabe / Não respondeu
Necessidade de tratamento periodontal	Necessidade de tratamento para gengiva, mau hálito ou dente mole	0 = Não para as três as perguntas * 1= Sim para qualquer uma das três perguntas*
<b>OIDP (por domínio)</b>		
Dificuldade para comer ou dor provocada	Dificuldade para comer ou tomar líquido gelado ou quente por causa dos dentes	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Dor na escovação	Os seus dentes o incomodam ao escovar	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Mudança de humor	O estado dos seus dentes o deixa nervoso (a) ou irritado (a)	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Dificuldade no convívio social	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Dificuldades de praticar esporte	Não pratica esporte com facilidade, devido a algum problema dentário	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Dificuldades na fala	Limitação na fala devido a algum problema dentário	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Perda da auto-estima	Quando os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Dificuldades no trabalho/estudo	Dificuldades de concentração para a realização de tarefas de trabalho ou estudo	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu
Dificuldades no sono	Não dorme bem devido a problema dentário	0=Não 1=Sim 9-Não sabe / Não respondeu

Fonte: Brasil (2010)

Nota: \* Perguntas 26, 27 e 28 do questionário em anexo (Apêndice A)

## 5.5 Coleta e tratamento dos dados

### 5.5.1 Recursos humanos e físicos

A coleta de dados foi realizada por 15 equipes formadas por um cirurgião-dentista (examinador) e um anotador. Os locais e a organização das áreas de exame foram definidos de acordo com a disponibilidade local e os dados coletados nos períodos matutinos e vespertinos. Houve também um supervisor de campo. As informações foram coletadas nas residências sorteadas.

### 5.5.2 Exames clínicos e as entrevistas

Os métodos utilizados para a coleta de dados foram: o exame clínico epidemiológico dos indivíduos na faixa etária indicada e a aplicação de um questionário. Os instrumentos empregados foram: uma ficha de exame para o registro das condições dentárias e um formulário de entrevista para a obtenção das informações sobre as demais variáveis de caracterização demográfica socioeconômica, de acesso aos serviços de saúde bucal e de autopercepção em saúde bucal. Esses dois instrumentos compuseram o formulário de coleta de dados (Apêndice A). Um manual de instruções foi elaborado para o treinamento dos profissionais na aplicação dos instrumentos e para consulta durante o desenvolvimento do trabalho de campo.

#### 5.5.2.1. *Os exames clínicos*

Os exames clínicos foram realizados somente após os participantes terem sido informados sobre os objetivos do exame, a não obrigatoriedade de participação, os riscos e benefícios e o sigilo das informações e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias, a 1ª via foi fornecida ao indivíduo pesquisado e a 2ª via ficou com a coordenação da pesquisa, conforme os requisitos da resolução 466/12.

A coleta dos dados foi realizada, em dois períodos diurnos de quatro horas. Não mais de 20 indivíduos por período foram avaliados por cada examinador, prevenindo-se assim, o

cansaço e variações na acuidade visual e tátil, o que comprometeria a qualidade dos registros das observações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

Para a realização dos exames foram selecionados locais com ventilação, iluminação natural e próximos a uma fonte de água. O examinador, o anotador e a pessoa examinada ficavam sentados. Os exames foram realizados com o uso de um conjunto composto por um espelho bucal plano, com cabo, e uma sonda específica desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (1997), conhecida como “sonda CPI”. Cada dupla de examinador e anotador dispuseram de 20 conjuntos em caixas de aço inox compatível para o acondicionamento dos instrumentos estéreis, além de material complementar como gaze e espátula de madeira.

As normas de biossegurança foram garantidas. Os instrumentais foram esterilizados seguindo as recomendações de biossegurança para o controle de infecções e, depois de utilizados, eram acondicionados em recipientes específicos para material contaminado. Aqueles não descartáveis (sondas e espelhos bucais) foram submetidos ao processo de esterilização. Os examinadores utilizaram equipamentos de proteção individual (EPI), tais como máscara de procedimentos (descartável); luvas de procedimentos (descartáveis) e jaleco branco.

Após os exames, aquelas pessoas examinadas com necessidades odontológicas foram encaminhados para tratamento, que foram garantidos dentro das possibilidades dos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) dos municípios pesquisados (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

#### 5.5.2.2 *As entrevistas*

Os formulários de entrevistas foram aplicados pelos dentistas examinadores, em local reservado e antes do exame dos indivíduos para garantir a confidencialidade das informações fornecidas.

#### 5.5.3 Qualidade dos dados

Por meio de um estudo piloto utilizando uma amostra de conveniência, nas faixas etárias selecionadas, foram realizados treinamentos de calibração das equipes de exame e revisão e pré-teste do formulário de entrevista.

#### *5.5.3.1 A calibração dos examinadores*

De acordo com orientações internacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993, 1997) e com o objetivo de minimizar variações de diagnóstico entre os diferentes examinadores, foi planejado um treinamento para a obtenção da aplicação uniforme dos critérios para as medidas de saúde bucal utilizadas garantindo a confiabilidade dos dados.

A calibração das equipes de examinadores/anotadores foi feita de acordo com as instruções da Organização Mundial de Saúde (1997) e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). A técnica de calibração inter-examinadores adotada foi do consenso e refere-se à discussão exaustiva dos critérios de exame em que as discordâncias são discutidas pelo conjunto dos examinadores, objetivando estabelecer o consenso do grupo sobre o senso individual de cada examinador (BRASIL, 2010). Todo o processo de calibração abrangeu 18 horas divididas em quatro etapas: teórica (4hs), prática (8hs), calibração propriamente dita (4hs), discussão dos resultados e ajuste final (2 horas).

Durante a coleta dos dados foram realizados exames em duplicata (Calibração intra-examinadores) através de reexames de cerca de 5% da amostra para avaliar a manutenção da uniformização dos critérios pelos examinadores. A cada 20 exames era repetido o exame do primeiro indivíduo da série de 20, e assim por diante, até finalizar a amostra, sendo a identificação do examinado realizada pelo anotador (BRASIL, 2010).

Foram calculados o percentual de concordância e o coeficiente Kappa intra e inter-examinador e da estimativa intervalar com 95% de confiança para a referida medida (COHEN, 1960). A concordância e o coeficiente Kappa encontrados inter-examinadores e intra-examinadores estão ilustrados nos gráficos 1 e 2 respectivamente. Foi adotado um ponto de corte de 0,65 para o Índice Kappa, segundo recomendações do estudo SBBrazil 2010. Para todos os municípios pesquisados os valores foram superiores ao ponto de corte, garantindo a reprodutibilidade das mensurações.

Quadro 6 -Média da concordância e do Índice Kappa inter e intra-examinadores. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015.

	<b>Inter-examinador</b>	<b>Intra-examinador</b>
<b>Recife</b>		
<b>Concordância</b>	<b>0,92</b>	0,96
<b>Kappa</b>	0,87	0,94
<b>Moreno</b>		
<b>Concordância</b>	0,93	0,90
<b>Kappa</b>	0,90	0,88
<b>Itapissuma</b>		
<b>Concordância</b>	0,97	0,90
<b>Kappa</b>	0,77	0,87

Fonte: Elaborado pelo autor

#### 5.5.3.2 Revisão e pré-teste do formulário de entrevista

A elaboração do questionário de entrevista foi precedido por revisão bibliográfica e em consonância com a proposta teórico-metodológica do estudo. Optou-se por um questionário do tipo estruturado, com as respostas pré-codificadas. O processo de revisão e pré-teste do questionário objetivou a análise crítica da compreensão e ordem das questões e aceitabilidade do instrumento no seu todo pelos entrevistadores (BOYNTON; GREENHALGH, 2004; FREIRE; SILVA, 2006; REICHENHEIM; MORAES, 2002).

O pré-teste do questionário de entrevista foi aplicado nos indivíduos participantes da pesquisa. Abaixo são apresentados os passos seguidos para a aprovação do instrumento:

- a) Revisão cuidadosa pela equipe de coordenação da pesquisa (respondendo como se fosse o informante e corrigindo o necessário);
- b) Revisão externa (solicitação de um profissional experiente da área da saúde coletiva para verificação do seu conteúdo e clareza);
- c) Correções com base nas observações do revisor;
- d) Treinamento teórico dos entrevistadores;
- e) Reformulações com base nas discussões do treinamento;
- f) Elaboração de um roteiro para a avaliação do instrumento;
- g) Pré-teste do instrumento em campo (estudo piloto);

h) Revisão final e ajustes necessários no próprio instrumento.

## 5.6 Análise dos dados

Os dados foram digitados com dupla entrada no Programa EpiInfo v3.5.3. Após a finalização da digitação foi realizado o procedimento *validate* (compara dois arquivos em EpiInfo introduzidos por diferentes operadores e relata quaisquer diferenças, detectando os erros de digitação). Inicialmente realizou-se uma análise descritiva dos dados para caracterizar os três blocos de variáveis do estudo (caracterização socioeconômica, acesso aos serviços de saúde bucal e autopercepção em saúde bucal). A apresentação das variáveis foi feita em tabelas de frequências.

Foram construídas tabelas de frequência entre as necessidades normativas e subjetivas, com aplicação do teste do Qui-Quadrado ou exato de Fisher, quando necessário. Para aferição da validade da necessidade autorreferida foram calculadas as estimativas e os intervalos de confiança de 95% da sensibilidade, especificidade, acurácia e dos valores preditivos positivos e negativos da necessidade autorreferida de tratamento odontológico, em relação à necessidade normativa, considerada neste estudo como o *padrão-ouro* definido pelo critério normativo de necessidade determinado pelo cirurgião-dentista que examinou o indivíduo, segundo os códigos e critérios da Organização Mundial de Saúde (1997).

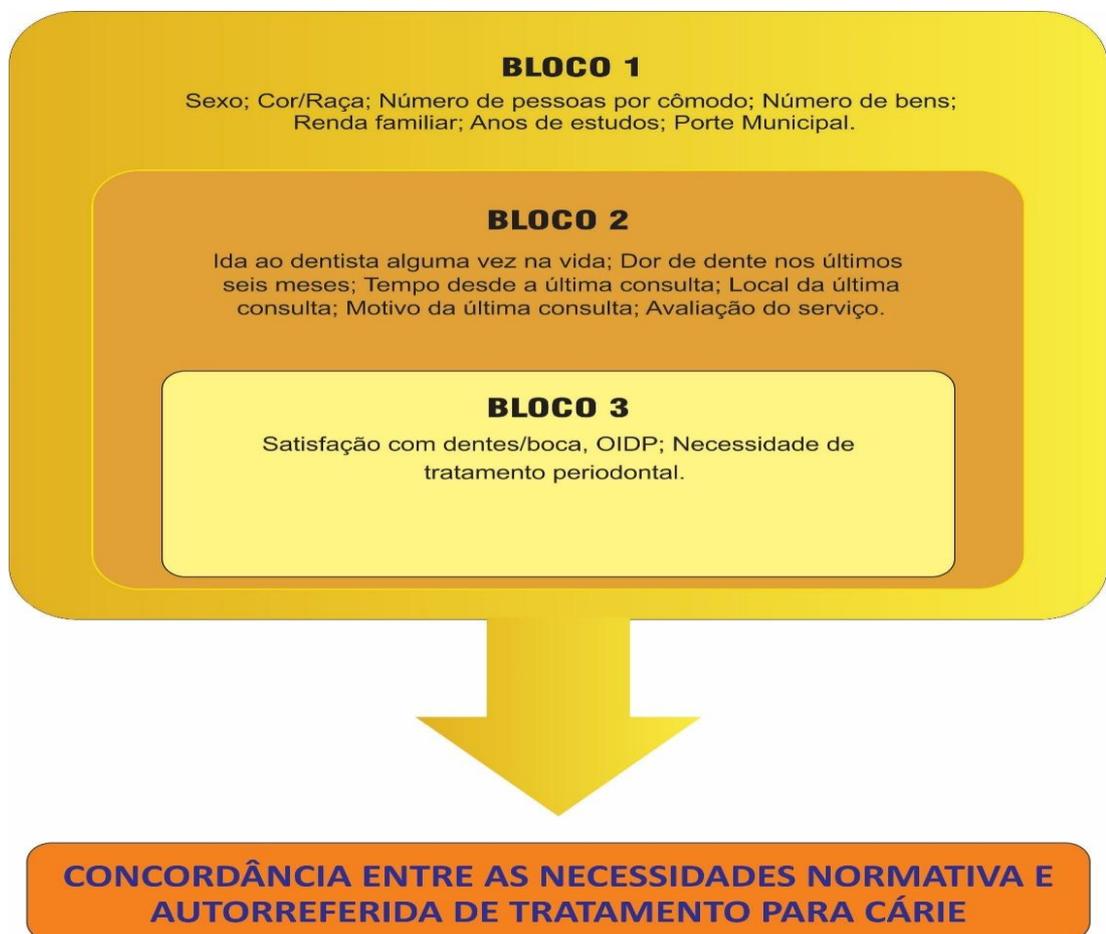
Foram utilizados modelos logísticos hierarquizados para aferição do efeito das variáveis independentes sobre a variável dependente por meio de estimativas da Odds-Ratio (OR) com seus respectivos intervalos de confiança. O modelo multivariado final foi obtido incluindo todas as variáveis com p-valor de até 0,25 na análise bivariada através do método de seleção *Backward*. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. Os softwares utilizados foram EpiInfo v3.5.3 e o SPSS v8.0.

A influência dos fatores em estudo sobre a variável dependente seguiu o modelo hierarquizado proposto por Victora *et al.* (1997), adaptada para um modelo teórico para as variáveis explicativas da concordância da necessidade subjetiva de tratamento odontológico. Para a realização dessas análises, foi construído um modelo teórico (Diagrama 1) que serviu de guia para a entrada e análise das variáveis independentes em cada bloco. Vale destacar que, devido ao fato de se tratar de um estudo transversal, o modelo hierarquizado proposto não

pretende demonstrar uma relação causal entre os níveis, mas uma relação de associação entre o desfecho analisado e as variáveis independentes.

Ao estabelecer uma hierarquia nas variáveis independentes, assume-se a premissa de que a relação dessas com a variável dependente é mediada por diferentes níveis ou camadas representadas pelos blocos distais, intermediários e proximais de associação, dependendo da posição em que cada bloco é assumido como diretamente (blocos proximais) ou indiretamente (blocos intermediários e distais) associado ao desfecho analisado.

Diagrama 1 – Modelo teórico para os fatores associados à concordância (acurácia) entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie em adultos



Fonte: elaborado pelo autor

## 6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi realizado segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12, a qual estabelece as Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

Para todos os sujeitos envolvidos na metodologia proposta, foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa (Apêndice B).

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior intitulado A validade da necessidade autorreferida de tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos da Região Metropolitana do Recife-PE (MOREIRA *et al.* 2011), financiado pelo CNPq (472425/2011-0) e desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Saúde Bucal do CPqAM/FIOCRUZ, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição Executora (CEP-CPqAM/Fiocruz). Parecer N° 15/2012 (Anexo A).

## 7 RESULTADOS

### 7.1 Caracterização da amostra

Participaram da pesquisa, 1087 adultos com idades entre 35 e 44 anos. De acordo com as variáveis demográficas (Tabela 1), o município do Recife compôs a maior parte da amostra (38,6%), enquanto o município de pequeno porte (Itapissuma) foi responsável pela menor parcela de indivíduos (23,8%). A média de idade foi de 39,4 anos (DP±3,1). Observou-se que a maioria dos adultos era do sexo feminino (75,2%) e pertencia ao grupo étnico pardo (59,4%).

Na análise do perfil socioeconômico (Tabela 1), 55,2% estavam abaixo da mediana (1,67) da relação pessoa/cômodo. A maioria dos indivíduos (61,9%) tinha renda entre 500 e 1500 reais e estudou por 9 anos ou mais (55,9%), com média de 8,7 anos (DP±3,4).

Em relação ao acesso aos serviços de atenção à saúde bucal (Tabela 2) quase todos os adultos em questão (98,7%) já havia frequentado o dentista alguma vez na vida. A maioria teve a sua última consulta há menos de um ano (54,1%) sendo que 52,7% haviam utilizado o serviço público de saúde bucal. No que diz respeito ao motivo da última consulta, os maiores percentuais foram para: outros tratamentos (40%) e extração (33,2%) e quando perguntados acerca da ocorrência de dor dentária nos últimos seis meses, 25,4% responderam ter ocorrido o problema. Avaliando o serviço de saúde bucal aos quais acessaram na última consulta, 19,3% dos usuários disseram estar insatisfeitos.

Tabela 1 – Descrição das variáveis do Bloco 1. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

Características demográficas e socioeconômicas	N	%	Média	Desvio-Padrão
(Continua)				
<b>Município (porte)</b>				
Recife (grande)	420	38,6		
Moreno (médio)	408	37,5		
Itapissuma (pequeno)	259	23,8		
<b>Idade</b>			39,4	3,1
<b>Sexo</b>				
Masculino	270	24,8		
Feminino	817	75,2		
<b>Cor/Raça</b>				
Branca	265	24,4		
Preta	124	11,4		

Tabela 1 – Descrição das variáveis do Bloco 1. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

Características demográficas e socioeconômicas	N	%	(Conclusão)	
			Média	Desvio-Padrão
<b>Amarela</b>	36	3,3		
<b>Parda</b>	646	59,4		
<b>Indígena</b>	16	1,5		
<b>Número de pessoas residindo na casa</b>			4,1	1,6
<b>Número de cômodos servindo de dormitório</b>			2,4	0,9
<b>Pessoa/Cômodo</b>			1,9	1,0
<b>Abaixo da mediana (<math>\leq 1,67</math>)</b>	600	55,2		
<b>Acima da mediana (<math>&gt; 1,67</math>)</b>	486	44,7		
<b>Sem informação</b>	1	0,1		
<b>Número de bens</b>			6,1	1,9
<b>Abaixo da mediana (<math>\leq 6,0</math>)</b>	615	56,6		
<b>Acima da mediana (<math>&gt; 6,0</math>)</b>	471	43,3		
<b>Sem informação</b>	1	0,1		
<b>Renda familiar</b>				
<b>Até 500 reais</b>	134	12,3		
<b>De 501 a 1500 reais</b>	673	61,9		
<b>Acima de 1500 reais</b>	267	24,6		
<b>Sem informação</b>	13	1,2		
<b>Anos de estudos (IBGE)</b>			8,7	3,4
<b>0 a 4 anos</b>	128	11,8		
<b>5 a 8 anos</b>	345	31,7		
<b>9 anos ou mais</b>	608	55,9		
<b>Sem informação</b>	6	0,6		

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 2 – Descrição das variáveis do Bloco 2. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

Acesso aos serviços de atenção à saúde bucal	(Continua)	
	N	%
<b>Ida ao dentista alguma vez na vida</b>		
Não	11	1,0
Sim	1073	98,7
Sem informação	3	0,3
<b>Dor de dente nos últimos 6 meses</b>		
Não	809	74,4
Sim	276	25,4
Sem informação	2	0,2
<b>Tempo desde a última consulta</b>		
Menos de um ano	588	54,1
Um a dois anos	257	23,6
Três anos ou mais	201	18,5
Sem informação	41	3,8

Tabela 2 – Descrição das variáveis do Bloco 2. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

	(Conclusão)	
<b>Acesso aos serviços de atenção à saúde bucal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Local da última consulta</b>		
Serviço público	573	52,7
Serviço particular	427	39,3
Plano de Saúde ou Convênios	76	7,0
Sem informação	11	1,0
<b>Motivo da última consulta</b>		
Revisão, prevenção ou check-up	182	16,7
Dor	102	9,4
Extração	361	33,2
Outros tratamentos	435	40,0
Sem informação	7	0,7
<b>Avaliação do serviço</b>		
Satisfeito	868	79,9
Insatisfeito	210	19,3
Sem informação	9	0,8

Fonte: Elaborado pelo autor

Avaliando a autopercepção e impacto em saúde bucal (Tabela 3), 85,6% dos adultos relataram a necessidade atual de tratamento odontológico, porém, a maioria (79,9%) demonstrou satisfação com seus dentes/boca. Quando questionados acerca de necessidade de tratamento na gengiva, tratamento para mau hálito ou dentes moles, 50,7% relataram não ter nenhum dos três problemas.

O índice OIDP (Tabela 3), que avalia os Impactos da saúde bucal no desempenho diário dos indivíduos de um modo geral demonstrou que 69,5% dos indivíduos apresentaram um ou mais comprometimentos enquanto apenas 30,4% não apresentou nenhum impacto na vida diária causado pelos dentes. Numa análise mais detalhada por domínio do índice supracitado (Tabela 4), observou-se que o maior problema foi a dificuldade de comer ou dor nos dentes (45,4%), seguido do sentimento de vergonha de sorrir ou falar por causa dos dentes (33,9%). O menor impacto foi percebido na prática de esportes (6,3%).

Tabela 3– Descrição das variáveis do Bloco 3. Recife, Moreno e Itapissuma.2015

<b>Autopercepção e impacto em saúde bucal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Necessidade atual de tratamento</b>		
Não	151	13,9
Sim	931	85,6
Sem informação	5	0,5
<b>Satisfação com dentes/boca</b>		
Satisfeito	868	79,9
Insatisfeito	210	19,3
Sem informação	9	0,8
<b>OIDP*</b>		
Nenhum	330	30,4
Um ou mais	755	69,5
Sem informação	2	0,2
<b>Necessidade de tratamento periodontal</b>		
Não	551	50,7
Sim	534	49,1
Sem informação	2	0,2

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 4 - Descrição da OIDP segundo os nove domínios. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015  
(Continua)

<b>Impactos da saúde bucal no desempenho diário (OIDP)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Dificuldade de comer ou dor nos dentes</b>		
Não	592	54,5
Sim	494	45,4
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1
<b>Dentes incomodam ao escovar</b>		
Não	768	70,7
Sim	318	29,3
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1
<b>Os dentes o deixaram nervoso ou irritado</b>		
Não	844	77,6
Sim	241	22,2
Não sabe/ Não respondeu	2	0,2
<b>Deixou de sair, se divertir por causa dos dentes</b>		
Não	939	86,4
Sim	147	13,5
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1
<b>Deixou de praticar esportes por causa dos dentes</b>		
Não	1018	93,7
Sim	68	6,3
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1

Tabela 4 - Descrição da OIDP segundo os nove domínios. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015  
(Conclusão)

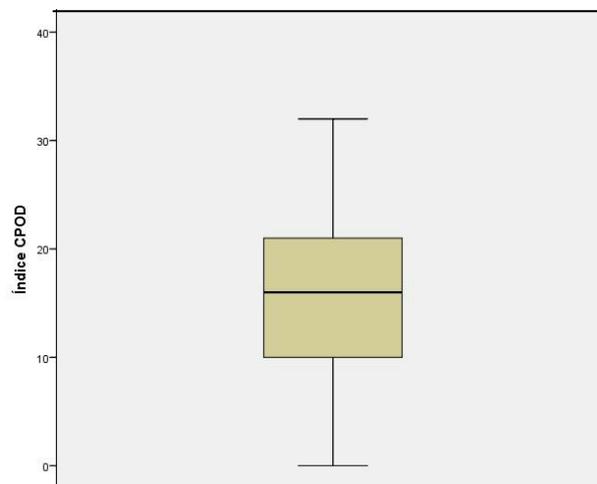
Impactos da saúde bucal no desempenho diário (OIDP)	N	%
<b>Teve dificuldade de falar por causa dos dentes</b>		
Não	896	82,4
Sim	190	17,5
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1
<b>Sentiu vergonha de sorrir ou falar</b>		
Não	717	66,0
Sim	369	33,9
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1
<b>Os dentes atrapalharam estudo ou trabalho</b>		
Não	970	89,2
Sim	116	10,7
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1
<b>Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes</b>		
Não	805	74,1
Sim	281	25,9
Não sabe/ Não respondeu	1	0,1

Fonte: Elaborado pelo autor

## 7.2 Condições de saúde bucal

Ressaltando as condições de saúde bucal em relação à cárie, o Índice CPO-D (número de dentes perdidos, cariados e obturados) geral do grupo de estudo (Figura 2) foi de 15,52 com desvio padrão de 6,8 e mediana de 16; teve valor mínimo de zero e máximo de 32.

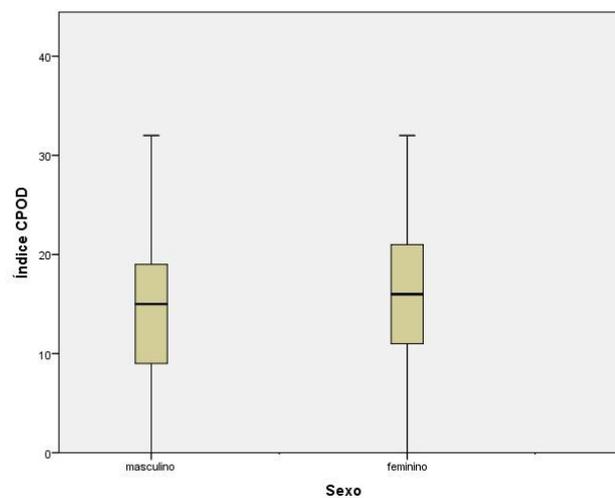
Figura 2 – Boxplot do índice CPO-D. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015



Fonte: Elaborado pelo autor

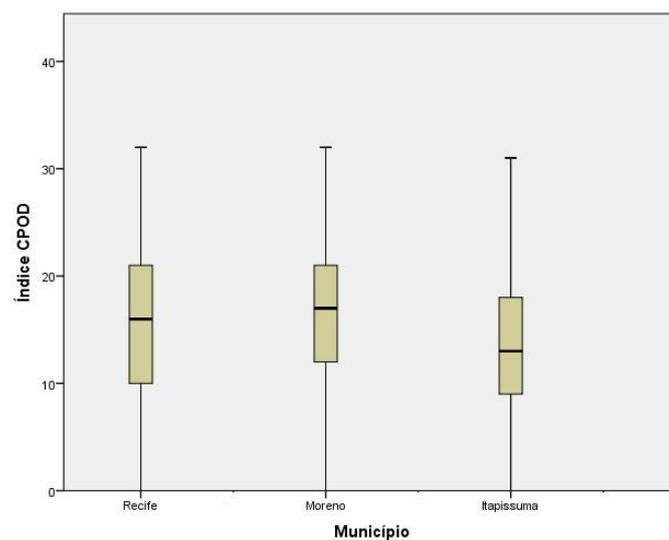
Na análise do CPO-D segundo o sexo (Figura 3), as mulheres apresentaram mais dentes afetados pela cárie e suas consequências apesar dos valores extremos (mínimo e máximo) se mostrarem iguais. Já o índice CPO-D segundo o município de residência (Figura 4) demonstra que o município de pequeno porte (Itapissuma) apresenta o menor índice, Recife tem um valor intermediário e Moreno o maior. A forma mais alongada da caixa do boxplot referente ao município de Recife sugere um maior intervalo interquartil entre os indivíduos estudados.

Figura 3 – Boxplot do índice CPO-D segundo o sexo. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 4 - Boxplot do índice CPO-D segundo o Município. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015



Fonte: Elaborado pelo autor

### 7.3 Concordância entre os critérios normativos e autorreferidos da necessidade de tratamento para cárie

A análise das medidas de validade (tabelas 5 e 6) demonstrou que o conjunto de perguntas acerca da necessidade de pelo menos um tratamento para cárie mostrou-se mais sensível (Sensibilidade = 95,45) para indicar concordância entre a necessidade autorreferida e normativa do que a análise isolada da pergunta sobre se o indivíduo necessitaria de tratamento para cárie (Sensibilidade = 87,72). A diferença entre estas duas abordagens também foi significativa segundo o intervalo de confiança de 95%. O grupo de seis perguntas apresentou estatisticamente o mesmo VPP em relação à pergunta isolada de tratamento para cárie.

Tabela 5 – Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de tratamento para cárie. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

Necessidade autorreferida de tratamento para cárie (P17)*	Necessidade normativa				Valor-p**
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sim	608	75,7	195	24,3	
Não	127	47,9	138	52,1	<0.001
	Valor	Intervalo de Confiança de 95%			
Sensibilidade	87,72	(79,82~85,28)			
Especificidade	41,44	(36,28~46,80)			
Valor preditivo positivo	75,72	(72,63~78,55)			
Valor preditivo negativo	52,08	(46,07~58,02)			
Acurácia	69,85	(67,03~72,53)			
Kappa	0,26	(0,20~0,32)			

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: \* Referente a pergunta 17 do questionário em apêndice (Apêndice A)

\*\*Teste do Qui-Quadrado

Tabela 6 - Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de pelo menos um tratamento para cárie. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

Necessidade autorreferida de pelo menos um tratamento para cárie (P17 a P22)*	Necessidade normativa				Valor-p**
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Sim	714	71,0	292	29,0	
Não	34	42,0	47	58,0	<0.001
	Valor	Intervalo de Confiança de 95%			
Sensibilidade	95,45	(93,72 ~ 96,73)			

(Continua)

Tabela 6 - Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de pelo menos um tratamento para cárie. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

(Conclusão)

	Valor	Intervalo de Confiança de 95%
<b>Especificidade</b>	13,86	(10,59~17,95)
<b>Valor preditivo positivo</b>	70,97	(68,09~73,69)
<b>Valor preditivo negativo</b>	58,02	(47,15~68,17)
<b>Acurácia</b>	70,01	(67,22~72,66)
<b>Kappa</b>	0,12	(0,08~0,16)

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: \* Referente as perguntas 17 a 22 do questionário em apêndice(Apêndice A)

\*\* Teste do Qui-Quadrado

Dentre o conjunto de perguntas que caracterizam a necessidade de tratamento para cárie (tabelas 5, 7, 8, 9, 10 e 11), as mais sensíveis para sugerir concordância foram: as de necessidade de tratamento estético/ aparência (100%), necessidade de tratamento para cárie (87,72%) seguido pela necessidade de extração (83,73%); enquanto que a menos sensível foi a necessidade de tratamento de canal (56,38%).

Quanto à especificidade e à acurácia, ambas tiveram comportamentos semelhantes dentro do grupo de perguntas, os de maiores valores foram para a necessidade de tratamento de canal (Especif.= 79,91 e acurácia=77,76), seguido de necessidade de extração dentária (Especif.= 76,22 e acurácia=77,68) e o de menor valor para necessidade de tratamento estético (Especif.= 32,28 e acurácia=32,47).

Tabela 7 – Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de restaurar/obturar algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma.2015

Necessidade autorreferida restaurar/ obter	Necessidade normativa				Valor-p*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Sim</b>	458	71,1	186	28,9	
<b>Não</b>	218	52,2	200	47,8	<b>&lt;0.001</b>

	Valor	Intervalo de Confiança de 95%
<b>Sensibilidade</b>	67,75	(64,14 ~ 71,17)
<b>Especificidade</b>	51,81	(46,84 ~56,76)
<b>Valor preditivo positivo</b>	71,12	(67,50 ~ 74,49)
<b>Valor preditivo negativo</b>	47,85	(43,10 ~ 52,63)
<b>Acurária</b>	61,96	(59,00~64,83)
<b>Kappa</b>	0,19	(0,13~ 0,25)

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota:\* Teste do Qui-Quadrado

Tabela 8 – Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de coroa em algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma.2015

Necessidade autorreferida de coroa	Necessidade normativa				Valor-p*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Sim</b>	13	4,9	252	95,1	<b>&lt;0.001</b>
<b>Não</b>	8	1	754	99,0	
	Valor	Intervalo de Confiança de 95% (continua)			
<b>Sensibilidade</b>	61,90	(44,88~ 79,25)			
<b>Especificidade</b>	74,95	(72,18~ 77,53)			
<b>Valor preditivo positivo</b>	4,91	(2,89 ~ 8,21)			
<b>Valor preditivo negativo</b>	98,95	(97,94 ~ 99,40)			
<b>Acurária</b>	74,68	(71,94 ~77,25)			
<b>Kappa</b>	0,06	(0,03 ~ 0,08)			

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota:\* Teste do Qui-Quadrado

Tabela 9 – Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de tratamento estético em algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma.2015

Necessidade autorreferida de tratamento estético	Necessidade normativa				Valor-p*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Sim</b>	3	0,4	726	99,6	0,232
<b>Não</b>	0	0	346	100,0	
	Valor	Intervalo de Confiança de 95%			
<b>Sensibilidade</b>	100,00	(43,85 ~ 100,00)			
<b>Especificidade</b>	32,28	(29,54 ~ 35,13)			
<b>Valor preditivo positivo</b>	0,41	(0,14 ~ 1,20)			
<b>Valor preditivo negativo</b>	100,00	(98,90 ~ 100,00)			
<b>Acurária</b>	32,47	(29,73 ~ 35,32)			
<b>Kappa</b>	0,00	(0,00 ~ 0,01)			

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota:\* Teste do Qui-Quadrado

Tabela 10– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de tratamento de canal em algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma.2015

Necessidade autorreferida de tratamento de canal	Necessidade normativa				Valor-p*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Sim</b>	53	22,1	187	77,9	
<b>Não</b>	41	5,2	744	94,8	<b>&lt;0.001</b>
	Valor		Intervalo de Confiança de 95%		
<b>Sensibilidade</b>	56,38		(46,30 ~ 65,96)		
<b>Especificidade</b>	79,91		(77,22 ~ 82,36)		
<b>Valor preditivo positivo</b>	22,08		(17,30 ~ 27,75)		
<b>Valor preditivo negativo</b>	99,78		(92,99 ~ 96,13)		
<b>Acurária</b>	77,76		(75,11 ~ 80,20)		
<b>Kappa</b>	0,21		(0,16 ~ 0,27)		

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota:\* Teste do Qui-Quadrado

Tabela 11– Necessidade autorreferida em relação à necessidade normativa de extrair algum dente. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

Necessidade autorreferida de extração dentária	Necessidade normativa				Valor-p*
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
<b>Sim</b>	175	46,1	205	53,9	
<b>Não</b>	34	43,9	657	95,1	<b>&lt;0.001</b>
	Valor		Intervalo de Confiança de 95%		
<b>Sensibilidade</b>	83,73		(78,13 ~ 88,12)		
<b>Especificidade</b>	76,22		(73,26~78,94)		
<b>Valor preditivo positivo</b>	46,05		(41,11~ 51,08)		
<b>Valor preditivo negativo</b>	95,08		(93,20 ~ 96,46)		
<b>Acurária</b>	77,68		(75,09 ~ 80,08)		
<b>Kappa</b>	0,46		(0,40 ~ 0,51)		

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota:\* Teste do Qui-Quadrado

#### 7.4 Fatores associados à concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie

A Tabela 12 apresenta a análise bivariada de todas as variáveis independentes agrupadas por blocos. Dentre as variáveis socioeconômicas e demográficas (Bloco 1), ser do sexo masculino (OR = 1,52), não branco (OR=1,34) e ter número de bens abaixo da mediana

(OR=1,63) apresentaram maior chance da concordância entre os critérios autorreferidos e normativos.

O mesmo ocorre para família com renda familiar de até 500 reais (OR=2,02) e renda entre 501 e 1500 reais (OR=1,55) em relação a quem tem renda acima de 1500 reais. Ter até nove anos de estudos apresentou maior chance de concordância entre os dois critérios, o mesmo ocorre com residir em município de médio e pequeno porte aumentando respectivamente, em 60 e 86%.

Dentre as variáveis de acesso aos serviços de atenção a saúde bucal (Bloco 2), ter tido dor de dente nos últimos seis meses (OR=1,81), ter visitado o dentista há mais tempo (OR=2,49) e ter frequentado o serviço público de saúde bucal (OR=1,56) apresentaram maior chance de concordância entre os critérios normativos e autorreferidos.

Houve maior concordância entre aqueles que visitaram o cirurgião-dentista motivado por extração (OR=4,50), seguido por dor (OR=2,82). Aqueles que vão por tratamento ou outros motivos apresentam 72% mais chances de concordar que aqueles que vão apenas para revisão, prevenção ou check-up.

Avaliando a autopercepção e impacto em saúde bucal (Bloco 3), os que se disseram insatisfeitos com a saúde dos dentes/boca, apresentaram maior concordância (OR=1,68) que os satisfeitos com essa condição.

Tabela 12 - Análise bivariada . Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

	Concordante		Discordante		OR*	IC 95%**		Valor-p
	N	%	n	%		LI	LS	
	(Continua)							
<b>Bloco 1</b>								
<b>Sexo</b>								
Masculino	206	76,3	64	23,7	1,52	1,11	2,09	<b>0,010</b>
Feminino	555	67,9	262	32,1	1,00	-	-	
<b>Cor/Raça</b>								
Branco	173	65,3	92	34,7	1,00	-	-	-
Não branco	588	71,5	234	28,5	1,34	1,00	1,79	<b>0,054</b>
<b>Pessoa/Cômodo</b>								
Abaixo da mediana ( $\leq 1,67$ )	411	68,5	189	31,5	1,00	-	-	-
Acima da mediana ( $> 1,67$ )	349	71,8	137	28,2	1,17	0,90	1,52	0,240

Tabela 12 - Análise bivariada . Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

(Continuação)

	Concordante	Discordante	OR*	IC 95%**	Valor-p			
<b>Bloco 1</b>								
<b>Número de bens</b>								
Abaixo da mediana( $\leq 6,0$ )	458	74,5	157	25,5	1,63	1,26	2,12	<0,001
Acima da mediana ( $>6,0$ )	302	64,1	169	35,9	1,00	-	-	-
<b>Renda familiar</b>								
Até 500 reais	103	76,9	31	23,1	2,02	1,26	3,24	0,003
De 501 a 1500 reais	483	71,8	190	28,2	1,55	1,15	2,10	0,004
Acima de 1500 reais	166	62,2	101	37,8	1,00	-	-	-
<b>Anos de estudos (IBGE)</b>								
0 a 4 anos	98	76,6	30	23,4	1,80	1,16	2,80	0,009
5 a 8 anos	267	77,4	78	22,6	1,88	1,40	2,55	<0,001
9 anos ou mais	392	64,5	215	35,5	1,00	-	-	-
<b>Município (Porte Municipal)</b>								
Recife (grande)	265	63,1	155	36,9	1,00	-	-	-
Moreno (médio)	299	73,3	109	26,7	1,60	1,19	2,15	0,002
Itapissuma (pequeno)	197	76,1	62	23,9	1,86	1,31	2,63	<0,001
<b>Bloco 2</b>								
<b>Ida ao dentista alguma vez na vida</b>								
Não	9	81,8	2	18,2	1,95	0,42	9,06	0,396
Sim	749	69,8	324	30,2	1,00	-	-	-
<b>Dor de dente nos últimos seis meses</b>								
Não	542	67,0	267	33,0	1,00	-	-	-
Sim	217	78,6	59	21,4	1,81	1,31	2,50	0,000
<b>Tempo desde a última consulta</b>								
Menos de um ano	381	64,8	207	35,2	1,00	-	-	-
Um a dois anos	181	70,4	76	29,6	1,29	0,94	1,78	0,111
Três anos ou mais	165	82,1	36	17,9	2,49	1,67	3,71	<0,001
<b>Local da última consulta</b>								
Serviço público	426	74,3	147	25,7	1,56	1,20	2,03	0,001
Serviço particular/ plano saúde/ convênio	327	65,0	176	35,0	1,00	-	-	-
<b>Motivo da última consulta</b>								
Revisão, prevenção ou check-up	95	52,2	87	47,8	1,00	-	-	-
Dor	77	75,5	25	24,5	2,82	1,65	4,82	<0,001
Extração	300	83,1	61	16,9	4,50	3,02	6,72	<0,001
Tratamento ou outros	284	65,3	151	34,7	1,72	1,21	2,45	0,002
<b>Avaliação do serviço</b>								
Satisfeito	596	68,7	272	31,3	1,00	-	-	-

Tabela 12 - Análise bivariada . Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

	(Conclusão)							
	Concordante		Discordante		OR*	IC 95%**		Valor-p
	N	%	n	%		LI	LS	
Insatisfeito	158	75,2	52	24,8	1,40	1,00	1,96	0,063
<b>Bloco 3</b>								
<b>Satisfação com dentes/boca</b>								
Satisfeito	245	63,0	144	37,0	1,00	-	-	-
Insatisfeito	513	74,0	180	26,0	1,68	1,28	2,19	<b>&lt;0,001</b>
<b>OIDP</b>								
Nenhum	221	67,0	109	33,0	1,00	-	-	-
Um ou mais	539	71,4	216	28,6	1,23	0,93	1,63	0,144
<b>Necessidade de tratamento periodontal</b>								
Não	381	69,1	170	30,9	1,00	-	-	-
Sim	378	70,8	156	29,2	1,08	0,83	1,40	0,556

Nota: \*OR: Odds Ratio

\*\* IC: Intervalo de Confiança

Fonte: Elaborado pela autor

A análise do modelo múltiplo hierarquizado (Tabela 13) revelou significância interna do bloco 1 para as variáveis porte municipal, sexo, número de bens, anos de estudos. A maioria das variáveis do bloco 2 continuaram significativas mesmo após ajustadas pelo bloco 1 exceto a ida ao dentista alguma vez na vida. Após ajuste com os blocos 1 e 2 a única que permaneceu no bloco 3 no modelo final foi a satisfação com dentes/boca.

Numa análise mais específica por blocos, no bloco 1, o sexo masculino tem maior chance de concordância entre os dois critérios (autorreferido e normativo) que o sexo feminino de forma ainda mais forte que na análise bivariada (OR= 1,63); o mesmo ocorreu com as variáveis que representam pior condição socioeconômica (número de bens abaixo da mediana e menos anos de estudos). A concordância também foi maior entre aqueles que residem em municípios de médio e pequeno porte.

Em relação às variáveis de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal (bloco 2), ter tido dor de dente nos últimos seis meses, ter visitado o dentista há mais tempo (três anos ou mais) pela última vez e no serviço público, motivado por dor e extração e que avaliaram o serviço como insatisfatório permaneceram no modelo associadas à maior concordância entre as necessidades autorreferidas e normativas independente das variáveis socioeconômicas e demográficas.

No bloco 3, manteve-se significativa mesmo a presença dos outros três blocos de variáveis, a satisfação com dentes/boca, sendo os que se mostraram insatisfeitos com essa condição apresentaram 37% mais chances de concordância entre os critérios autorreferido e normativo de necessidade de tratamento para cárie.

Tabela 13 –Fatores associados à concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie. Modelo Múltiplo hierarquizado de regressão logística. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

(Continua)				
<b>Bloco 1</b>	<b>OR*</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
<b>Sexo</b>				
Masculino	1,63	1,17	2,25	<b>0,003</b>
Feminino	1,00	-	-	
<b>Número de bens</b>				
Abaixo da mediana	1,43	1,10	1,89	<b>0,010</b>
Acima da mediana	1,00	-	-	
<b>Anos de estudos (IBGE)</b>				
0 a 4 anos	1,44	0,91	2,28	0,121
5 a 8 anos	1,71	1,25	2,33	<b>0,001</b>
9 anos ou mais	1,00	-	-	
<b>Município (porte)</b>				
Recife (grande)	1,00	-	-	
Moreno (médio)	1,55	1,14	2,10	<b>0,005</b>
Itapissuma (pequeno)	1,67	1,16	2,38	<b>0,005</b>
<b>Bloco 2</b>	<b>OR**</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
<b>Dor de dente nos últimos seis meses</b>				
Não	1,00	-	-	-
Sim	1,62	1,12	2,34	<b>0,01</b>
<b>Tempo desde a última consulta</b>				
Menos de um ano	1,00	-	-	-
Um a dois anos	1,09	0,78	1,53	0,604
Três anos ou mais	1,84	1,18	2,85	<b>0,007</b>
<b>Local da última consulta</b>				
Serviço público	1,38	1,03	1,86	<b>0,033</b>
Serviço particular/ plano saúde/ convênio	1,00	-	-	-
<b>Motivo da última consulta</b>				
Revisão, prevenção ou check-up	1,00	-	-	-
Dor	1,97	1,07	3,63	<b>0,029</b>
Extração	3,00	1,90	4,76	<b>&lt;0,001</b>
Tratamento ou outros	1,48	1,03	2,16	<b>0,036</b>

Tabela 13 –Fatores associados à concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie. Modelo Múltiplo hierarquizado de regressão logística. Recife, Moreno e Itapissuma. 2015

(Conclusão)				
<b>Avaliação do serviço</b>				
Satisfeito	1,00	-	-	-
Insatisfeito	1,38	0,96	2,00	0,083
<b>Bloco 3</b>	<b>OR***</b>	<b>IC 95%</b>		<b>p</b>
<b>Satisfação com dentes/boca</b>				
Satisfeito	1,00	-	-	-
Insatisfeito	1,37	1,02	1,85	<b>0,038</b>

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: \*ajustado pelas variáveis do bloco 1

\*\*ajustado pelas variáveis dos blocos 1 e 2

\*\*\*ajustado pelas variáveis dos blocos 1, 2 e 3

OR: Odds Ratio

IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

## 8 DISCUSSÃO

A faixa etária de 35 a 44 anos foi selecionada para esse estudo por se tratar de grupo índice, recomendado pela Organização Mundial da Saúde para levantamentos epidemiológicos, para avaliações de condições de saúde bucal em adultos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997) e utilizada nos Inquéritos Epidemiológicos SBBrazil em 2003 (BRASIL, 2004) e em 2010 (BRASIL, 2011), o que viabilizou uma melhor comparação entre os resultados. Quanto ao local de realização do estudo, a não inclusão da zona rural é justificada pelo fato dos municípios da Região Metropolitana do Recife serem predominantemente urbanos e da melhor factibilidade da dinâmica de coleta de dados.

Em relação ao porte municipal, Moreira *et al.* (2010) avaliaram a associação entre perda dentária em brasileiros adultos de meia idade e o porte municipal e concluíram que residir em município de pequeno porte é fator de risco para a perda dentária. Mattos e Lima-Costa (2006) verificaram que residir em município com mais de 50 mil habitantes (médio porte) estavam dentre as características independentemente associadas à melhor autoavaliação da saúde bucal entre os adultos. No presente estudo verificou-se que residir em municípios de médio ou pequeno porte aumenta a chance de concordância entre os critérios normativos e autorreferidos, porém não foram encontrados na literatura estudos que buscassem analisar associação entre o porte municipal e a concordância entre esses dois critérios e seus fatores associados.

A coleta de informações em nível individual sobre os aspectos sociodemográficos, de autopercepção e de acesso aos serviços odontológicos realizada nesse estudo representou uma oportunidade de conhecer o perfil da saúde bucal, segundo diferentes fatores individuais. Os resultados permitiram conhecer como se comporta o critério subjetivo de necessidade de tratamento para cárie em relação aos critérios normativos de necessidade de tratamento estabelecidos pelo cirurgião-dentista, segundo os manuais de levantamento epidemiológico propostos pela OMS.

Estudos sobre o impacto das condições bucais na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo revelam que os aspectos funcionais, sociais e psicológicos são significativamente afetados por uma condição bucal insatisfatória (LOCKER; GIBSON, 2005). Avaliando esses impactos no desempenho diário dos indivíduos, por meio do OIDP, o presente estudo

demonstrou um alto índice de pelo menos um comprometimento (69,5%), enquanto que Astrom *et al.* (2006) obtiveram um índice modesto com apenas 18,3% dos adultos noruegueses relatando o problema. Já numa análise por domínio, ambos os estudos apresentaram resultados semelhantes, demonstrando que esses impactos foram percebidos predominantemente sobre a alimentação (dificuldade de comer) e o sentimento de vergonha ao sorrir ou falar.

Em relação às condições de saúde bucal, os resultados do SBBrasil 2003 e 2010, respectivamente, revelaram um CPO-D médio de 20,13 e 16,75 na faixa etária dos 35 a 44 anos. O presente estudo apresentou um valor também considerado alto (15,52) para esta faixa etária. Desta forma, foi possível constatar por meio dos inquéritos nacionais e ratificar em nosso estudo, que apesar do declínio da cárie dentária em adultos, esse índice permanece elevado em especial devido ao componente Perdido. Costa *et al.* (2012) destacam que os novos modelos explicativos da cárie dentária são embasados na teoria de que a cárie tem prevalência desigual na população e não decorre apenas de variações biológicas individuais, mas também, das diferenças sociais que caracterizam as pessoas no meio em que se inserem. Sendo assim, a doença cárie é um problema complexo e multifatorial e com características populacionais. Nesse sentido, a epidemiologia reconhece que a saúde bucal é reflexo dos aspectos socioeconômicos e ambientais e destaca a influência do contexto social.

Para um teste de rastreamento (*screening*), que visa o diagnóstico precoce de uma doença, é de maior relevância a obtenção de maiores valores para sensibilidade do que para a especificidade, pois é mais importante o diagnóstico de quem realmente necessita (verdadeiros-positivos) do que de quem não necessita (verdadeiros-negativos) (MENEZES; SANTOS, 1999). Isso justificaria a eleição do grupo de seis perguntas para caracterização da necessidade autorreferida de tratamento para cárie no presente estudo, pois apresenta maior sensibilidade, quando comparadas a pergunta de necessidade de tratamento para cárie realizada isoladamente.

Analisando as medidas de validade, apesar de os resultados terem apontado a maior sensibilidade para tratamento estético em relação aos demais questionamentos, pode ter ocorrido uma má compreensão da pergunta pelos pacientes, pois se observou que foi reportada uma necessidade mais abrangente e não restrita a cárie como causa do comprometimento estético, o que justificaria a sensibilidade de 100% encontrada no estudo. Outro achado que

merece destaque é a alta sensibilidade e acurácia para a necessidade de extração (83,73% e 77,68%, respectivamente), o que pode ser explicado pelo fato de que muitos pacientes ainda buscam o serviço motivados por extração.

O questionamento que apresentou menor sensibilidade, porém maior especificidade dentre todos aqueles realizados sobre necessidade de tratamento para cárie foi o de tratamento de canal, não sendo um bom indicador para a presença de doença (dizer que necessita quando realmente necessita de tratamento de canal), porém, é satisfatório para indicar a não necessidade do tratamento quando ela realmente não existe. Souza, Veloso e Queiroga (2012) concluíram que a percepção de que o tratamento endodôntico foi a melhor solução para problemas dentários, sendo a exodontia a segunda opção, apesar do desconhecimento dos procedimentos a serem realizados e do medo de sentir dor nesse tipo de tratamento.

Matos e Lima Costa (2006) demonstraram que dentre os adultos (35-44 anos) predominou a autoavaliação da saúde bucal como boa (74,3%) e somente 8,1% avaliaram a saúde bucal como péssima. No presente estudo, 79,9% estavam satisfeitos com a saúde bucal e 19,3% insatisfeitos. A análise bivariada demonstrou que dentre os que se mostraram insatisfeitos com essa condição, 68% apresentaram mais chances de concordância entre os critérios autorreferido e normativo de necessidade de tratamento para cárie. Porém, não foi encontrada na literatura trabalhos com a metodologia semelhante a da atual pesquisa que utilizassem a concordância como variável dependente.

No que diz respeito às características associadas à melhor autoavaliação da saúde bucal entre adultos, Mattos e Lima-Costa (2006) e Mendonça, Szwarcwald e Damacena (2012) verificaram haver relação direta com a frequência ao dentista há mais tempo. No presente estudo, dentre os que visitaram o dentista há três anos ou mais, as chances de concordância entre os critérios subjetivos e autorreferidos foi maior. Essa relação pode ser explicada pelo fato das doenças bucais serem acumulativas, gerando o aparecimento dos sintomas advindos da cárie como dor e alteração estética. Para Sanders e Spencer (2005), a utilização dos serviços odontológicos pode diminuir o gradiente social relacionado à percepção subjetiva de saúde bucal.

A estratificação das análises por gênero fundamentou-se especialmente no estudo de Szwarcwald *et al.* (2005), que analisou os dados da Pesquisa Mundial de Saúde realizado no

Brasil em 2003 e encontrou uma pior percepção de saúde entre as mulheres. Mendonça, Szwarcwald e Damacena (2012) e Agostinho (2010) também verificaram uma pior percepção de saúde entre as mulheres. Já segundo Matos e Lima-Costa (2006), Tassinari *et al.* (2007) e Sanders e Spencer (2005), as mulheres apresentaram uma percepção de saúde bucal mais positiva que os homens, enquanto nos resultados de Jamieson e Thomson (2006) não houve diferença na percepção de saúde bucal associada ao gênero. No atual estudo, verificou-se que os homens apresentam maior chance de ter a sua opinião concordante pelo exame clínico odontológico, porém essa análise da concordância entre os gêneros não foi explorada em nenhum desses estudos supracitados.

Estudos têm demonstrado que a autoavaliação da saúde assim como outros indicadores de morbidade percebida varia de acordo com características sociodemográficas, em que baixa escolaridade e a privação material, dentre outros, podem ser importantes fatores determinantes de uma pior percepção da saúde (JOHN *et al.*, 2004; LOCKER, 2000).

No presente estudo, houve uma maior concordância entre os critérios autorreferido e normativo em indivíduos que possuíam pior condição socioeconômica, que residiam em municípios de médio e pequeno porte, aqueles que visitaram o dentista há mais tempo, no serviço público, motivados por dor de dente e extração, que tiveram dor de dente nos últimos seis meses e avaliaram o serviço como insatisfatório. Já McGath e Bedi (2003) relatam que as melhores condições bucais se encontravam em usuários de serviços particulares que também apresentaram maior percepção sobre o impacto da saúde bucal na qualidade de vida. O estudo de Mendonça, Szwarcwald e Damacena (2012) fortalece esta ideia, pois a frequência de visita odontológica foi um importante preditor da autoavaliação da saúde bucal “excelente” ou “boa”, corroborando também os resultados de outras pesquisas (AFONSO-SOUZA *et al.*, 2007; MAUPOMÉ; PETERS; WHITE, 2004).

Neste sentido, embora as condições sociais interfiram na forma como as pessoas percebem sua própria saúde, existe o fato de que é esperada uma maior probabilidade de que pessoas com piores condições clínicas também tenham percepção mais negativa acerca da própria saúde em relação àquelas com condições bucais melhores. Assim, pessoas com condições bucais visivelmente precárias podem ter uma autopercepção mais negativa, devido ao fato de perceberem o impacto na vida diária advindo dos problemas resultantes da cárie, como a dor dental; pressuposto esse que foi ratificado pelo estudo de Reichert, Lock e

Capilheira (2012), estudando a autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. Dessa forma, a validade da autopercepção, a subjetividade em relação a critérios normativos se torna uma tarefa complexa e multifatorial.

Sheiham e Tsakos (2007) apontam as limitações de medidas normativas citadas na literatura como sendo a falta de objetividade e confiabilidade dessas medidas, aliado ao fato desta ignorar direito dos usuários, de não considerar comportamentos relacionados à saúde e adesão ao tratamento, de negligenciar aspectos psicossociais e conceitos de Qualidade de Vida além de ser uma abordagem não realista. A atual pesquisa, levando em consideração o critério autorreferido, através do uso do questionário, minimizou essas limitações. A alta concordância entre os critérios objetivo e subjetivo comprovou que o questionário é uma ferramenta importante na detecção das necessidades de saúde bucal e que o seu uso pode ser uma alternativa ao exame clínico.

Estudos destacaram que fatores subjetivos como a necessidade percebida de tratamento odontológico e a própria percepção da saúde bucal possuem influências, ou no mínimo, associações com as condições objetivas de saúde e a procura por atendimento odontológico. Sugere-se que o inverso desse fenômeno, ou seja, uma percepção mais coerente com as condições bucais objetivas provavelmente motivará as pessoas a um maior cuidado com a própria saúde bucal (MOREIRA; NICO; SOUSA, 2009). Para Soares (2011), as condições de saúde bucal analisadas apenas pelo critério normativo não são suficientes para caracterizar uma situação geral de saúde bucal; é recomendável que autopercepção seja considerada simultaneamente à condição clínica na definição de ações de serviços e de grupos prioritários ao atendimento em saúde bucal. O presente estudo fortalece essas afirmativas ao constatar a alta concordância entre a necessidade subjetiva, percebida pelo paciente e a necessidade objetiva, detectada pelo profissional.

Os estudos antes citados avaliaram a necessidade subjetiva de tratamento odontológico e os fatores associados a essa percepção positiva ou negativa, porém nenhum deles buscou quantificar o grau de concordância (acurácia) entre os critérios normativo e autorreferido de necessidade de tratamento para cárie considerando-a como a variável dependente do estudo, o que dificultou a comparação por se tratar de um estudo inédito que foca no grau de concordância entre essas necessidades, entre as necessidades de tratamento e os seus fatores associados. O critério autorreferido apresentou alta concordância com o padrão ouro sendo

uma alternativa mais rápida e de baixo custo para detecção da doença e organização das demandas de serviços de saúde bucal.

Uma das limitações do nosso estudo foi sua transversalidade temporal, o que limita associações causais. Como desdobramentos do presente estudo, por se tratar de um trabalho mais amplo contemplando também os grupos etários de adolescentes e idosos, além de outros agravos como doença periodontal e uso e necessidades de próteses, com informações já disponíveis em banco de dados, possibilita a realização de novas análises que podem fortalecer nossos achados.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos que avaliaram a percepção do indivíduo acerca da sua necessidade de saúde foram facilmente encontrados. Porém, raros foram os estudos que avaliam fatores associados a concordância entre a percepção de saúde bucal dos indivíduos e a condição clínica. Sendo ainda mais raros estudos que avaliam a concordância da necessidade de tratamento.

O questionário com perguntas autorreferidas é uma ferramenta valiosa e a utilização de perguntas mais detalhadas das necessidades de tratamento para cárie aumenta significativamente o poder de compreensão do mesmo.

As condições sociais interferem na forma como as pessoas percebem sua própria saúde, de forma que aqueles com piores condições sociais apresentam autopercepção mais negativa, devido ao fato de perceberem o impacto na vida diária advindo dos problemas resultantes da cárie, como a dor dental. Dessa forma, a validade da autopercepção, a subjetividade em relação a critérios normativos se torna uma tarefa contextualizada segundo a realidade complexa de nossa sociedade.

A autopercepção da necessidade de tratamento pode ser utilizada como fonte pararástreaamento das demandas de saúde bucale como instrumento para o conhecimento dos fatores associados à concordância entre os critérios normativos e subjetivos.

As condições de saúde bucal analisadas apenas pelo critério normativo não são suficientes para caracterizar uma situação geral de saúde bucal, menos ainda da necessidade de tratamento; é recomendável que autopercepção seja considerada simultaneamente à condição clínica na definição de ações de serviços e de grupos prioritários ao atendimento em saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. R. *et al.* Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **R. Bras. Med. Fam. Comun.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 17, p. 9-15, 2010.
- AFONSO-SOUZA, G. *et al.* 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.**, Copenhagen, v.35, p.393-394, 2007.
- ANTUNES, J. L. F., NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n.2, p. 360-365, 2010.
- ASTROM, A. N. *et al.* Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) in Norwegian adults: validity, reliability and prevalence estimates. **Eur. J Oral Sci.**, Copenhagen, v.113, p.289-296, 2005.
- ASTROM, A. N. *et al.* Oral Impacts on Daily Performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and sociodemographic factors. **Eur. J. Oral Sci.**, Copenhagen v.114, p.115-121, 2006.
- BENEDETTI, T. R. B.; MELLO, A. L. S. F.; GONÇALVES, L. H. T. Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1683-1690, 2007.
- BENYAMINI, Y.; LEVENTHAL, H.; LEVENTHAL, E. A. Self rated oral health as an independent predictor of self rated general health, self esteem and life satisfaction. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 59, p. 1109-1116, 2004.
- BOYNTON, P. M.; GREENHALGH, T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. **BMJ (Clinical Research ed.)**, London, v. 328, p. 1312-1315, 2004.
- BRADSHAW, J. The conceptualisation and measurement of need: a social policy perspective. In: POPAY, J.; WILLIAMS, G. (Ed.). **Researching the People's Health**. London: Routledge, 1994. p. 45-57.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 15 fev. 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Saúde bucal: panorama internacional**. Brasília, 1990. 285p.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Manual de Calibração de Examinadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010\\_Manual\\_Calibracao.pdf](http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010_Manual_Calibracao.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção a Saúde. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2010-2011 – resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BULGARELLI, A. F.; MANÇO, A. R. X. Idosos vivendo na comunidade e a satisfação com a própria saúde bucal. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.1165-1174, 2008.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v.39, n.3. p-143-149, 1999.

COHEN, J. A coefficient of agreement for nominal scales. **Educ. Psychol. Measurement**, California, v.20, p. 37-46, 1960.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T.; CALVO, M. C. M. The prosthetic need WHO index: a comparison between self-perception and professional assessment in an elderly population. **Gerodontology**, Mount Desert ME, v.26, p. 187-192, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos**: (Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde). Brasília, DF, 2012. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2013/06\\_jun\\_14\\_publicada\\_resolucao.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html)>. Acesso em: 5 nov. 2013.

COSTA, J. F. R.; CHAGAS, L. D; SILVESTRE, R. M. (Org.). **A política nacional de saúde bucal do Brasil**: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 67p.

COSTA, S. M. *et al.* Modelos explicativos da cárie dentária: do organicista ao ecossistêmico. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v.12, n.2. p.285-91, 2012.

CRUZ, G. D. *et al.* Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.29, p.99-110, 2001.

- DIAS-DA-COSTA, R. *et al.* Prevalência de capacidade mastigatória insatisfatória e fatores associados em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.79-88, 2010.
- FREIRE, M. C. M.; SILVA, S. A. Instrumentos de coleta de dados em epidemiologia da saúde bucal. In: ANTUNES, J. L. F.; PERES, M. A. **Epidemiologia da saúde bucal**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 376-383.
- GILBERT, G. H.; BRANCH, L. G.; LONGMATE, J. Dental care use by U.S.veteranselegible for VA Care. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v.36, n.3, p.361-370, 1993.
- GILBERT, G. H. *et al.* Perceived need for dental care in dentate older adults. **Int. Dent. J.**, London, v.44, n.2, p.145-152, 1994.
- GJERMO, P. Factors influencing assessment of treatment needs. **J. Clin. Periodontol.**, Copenhagen, v. 18, n. 6, p. 358-361, 1991.
- GHERUNPONG, S.; TSAKOS, G.; SHEIHAM, A. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. **Int. J. Paediatric Dent.**, Oxford, v.16, p.81-88, 2006.
- GOMES, K. R. O.; TANAKA, A. C. A. Morbidade referida e uso dos serviços de saúde por mulheres trabalhadoras, município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, p.75-82, 2003.
- GORDIS, L. **Epidemiology**. 3rd ed. Filadelfia: Elsevier Saunders, 2004.
- GIFT, H. C.; ATCHISON, K.A. Oral health, health, and health-related quality of life. **Med. Care**, Philadelphia, v.33, supl. 11, p.57-77, 1995.
- GIFT, H. C.; ATCHISON, K. A.; DRURY, T. F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **J. Dent. Res.**, Washington, v.77, n.7, p. 1529-1538, 1998.
- HEBLING, E.; PEREIRA, A. C. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people. **Gerodontology**, Mount Desert ME, v.24, p. 151-161, 2007.
- HIRAMATSU, D. A.; FRANCO L. J.; TOMITA, N. E. Influência da aculturação na autopercepção dos idosos quanto à saúde bucal em uma população de origem japonesa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, p. 2441-2448, 2006.
- IDLER, E.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven studies. **J. Health Soc. Behav.**, Whashington, v.38, p. 21-37, 1997.
- IBGE. **Censo 2010**: análise de resultados. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

JAMIESON, L. M.; THOMSON, M. Adult oral health inequalities described using area-based and household-based socioeconomic status measures. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v. 66, p.104-109, 2006.

JOHN, M. T. *et al.* Demographic factors denture status and oral health-related quality of life. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 32, p.125-32, 2004.

LACERDA, J. T. *et al.* Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p.1846-1858, 2008.

LEÃO, A.; SHEIHAM, A. Relation between clinical dental status and subjectives impacts on daily living. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 74, p. 1408-1413, 1995.

LOCH, M. R.; POSSAMAI, C. L. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 6, supl. 2, p.377-383, 2007.

LOCKER, D.; MILLER, Y. Evaluations of subjective oral health status indicators. **J. Public Health Dent.**, Raleigh, v.54, n.3, p.167-176, 1994.

LOCKER, D. Concepts of oral health, disease and the quality of life. In: SLADE, G. D. (Ed.). **Measuring oral health and quality of life**. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology, 1997. p. 11-23.

LOCKER, D.; CLARKE, M.; PAYNE, B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. **J. Dent. Res.**, Washington, v.79, p. 970-975, 2000.

LOCKER, D. Deprivation and oral health: a review. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 28, p.161-169, 2000.

LOCKER, D.; GIBSON, B. Discrepancies between self ratings of and satisfaction with oral health in two older adult populations. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 33, p. 280-288, 2005.

MAGALHÃES A. L. D.; COSTA A. J. L. Acesso a e utilização de serviços odontológicos no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, em 1998: um estudo exploratório a partir da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.207-218, 2008.

MAPA da Região Metropolitana do Recife-RMR. Disponível em: < <http://www.baixarmapas.com.br/mapa-da-regiao-metropolitana-de-recife-rmr/>> Acesso em: 20 jan. 2015.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Características associadas ao uso de serviços odontológicos entre idosos dentados e edentados no Sudeste do Brasil: Projeto SB Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.81-92, 2008.

- MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I.A. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, p. 487-496, 2008.
- MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 421-435, 2009.
- MARTINS, A. M. E. B. L. *et al.* Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, p.912-922, 2010.
- MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p. 1699-1707, 2006.
- MATOS, D. L. *et al.* Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.661-668, 2001.
- MATOS, D. L.; LIMA-COSTA, M. F. Autoavaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, p.1699-1707, 2006.
- 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.**, Raleigh, v. 64, p. 88-95, 2004.
- MCGRATH, C.; BEDI, R. Dental services and perceived oral health: are patients better off going private? **J. Dentistry**, Guildford, v.31, p.217-221, 2003.
- MCGRATH, C.; BEDI, R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. **Community Dent Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.32, p. 67-72, 2004.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MENDONÇA, H. L. C.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1927-1938, 2012.
- MENEZES, A. N. B.; SANTOS, I. S. Curso de epidemiologia básica para pneumologistas, 4ª parte – Epidemiologia clínica. **J. Pneumol.**, Brasília, v.25, n.6, p.3321-3326, 1999.
- MESAS, A. E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M. A. S. Factors associated with negative self-perception of oral health among elderly people in a Brazilian community. **Gerodontology**, Mount Desert ME, v.25, p.49-56, 2008.

MOREIRA, R. S. **Aspectos subjetivos e normativos sobre necessidade de tratamento odontológico em idosos brasileiros**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Campinas, Campinas, 2009.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; SOUSA, M. L. R. Fatores associados à necessidade subjetiva de tratamento odontológico em idosos brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.12, p. 2661-2671, 2009.

MOREIRA, R. S. *et al.* Tooth loss in Brazilian middle-aged adults: multilevel effects. **Acta Odontologica Scandinavica**, Oslo, v. 68, p.269–277, 2010.

MOREIRA, R. S. *et al.* **A validade da necessidade auto-referida de tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos da Região Metropolitana do Recife-PE: Projeto de pesquisa**. Recife: CPqAM, FIOCRUZ, 2011. 74 p.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo** Londrina: Midiograf, 2001.

NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 19, n. 6, p.385-393, 2006.

NUNES, C. I. P.; ABEGG, C. Factors associated with oral health perceptions in older Brazilians. **Gerodontology**, Mount Desert ME, v.25, p.42-48, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Calibration of examiners for oral health epidemiological surveys**. Geneva, 1993. (Technical Report ORH/EIS/EPID, 93.1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Control de la hipertensión**. Geneva, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Oral health surveys: basic methods**. 4. th ed. Geneva, 1997.

PERES, K. G.; TRAEBERT, E. S. A.; MARCENES, W. Diferenças entre autopercepção e critérios normativos na identificação das oclusopatias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n.2, p. 230-236, 2002.

PINTO, V. G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIEGER, L, (Org.). **Promoção de saúde bucal**. São Paulo: Artes Médicas, 1988. p. 27-42.

PINTO, V. G. Saúde Bucal para Adultos. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Bucal Coletiva**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2000. cap. 4, p. 114-116.

RAMOS, R. Q.; BASTOS, J. L.; PERES, M. A. Validade diagnóstica de agravos bucais autorreferidos em inquéritos populacionais: revisão da literatura. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 716-728, 2013.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. **Relatório Anual de Gestão 2010**. Recife, 2011. 132p.

- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002, p. 227-254.
- REICHERT, F. F.; LOCK, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.12, p.3353-3362, 2012.
- REIS, S. C. G. B.; MARCELO, V. C. Saúde bucal na velhice: percepção dos idosos, Goiânia, 2005. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p.191-199, 2006.
- REISINE, S. T.; BAILLIT, H. L. Clinical oral health status and adult perceptions of oral health. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 14, n. 6, p. 597-605, 1980.
- SANDERS, A. E.; SPENCER, A. J. Why do poor adults rate their oral health poorly? **Aust. Dent. J.**, Sydney, v. 50, p. 161-167, 2005.
- SANTIAGO, L. M. **Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2009.
- SCILIAR, M. História do conceito de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 17, n.1, p.29-41, 2007.
- SHEIHAM, A., TSAKOS, G. Oral health needs assessments. In: PINE, C.; HARRIS, R. (Ed.). **Community Oral Health**. Mew Malden: Quintessence Publishing, 2007. p. 59-79.
- SLADE, G. D. *et al.* Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario, and North Carolina. **J. Dent. Res.**, Washington, v.75, p. 1439-50, 1996.
- SLADE, G. D. Derivation and validation of a shortform oral health impact profile. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.25, p.284-290, 1997.
- SILVA, D. D.; SOUSA, M. L. R.; WADA, R.S. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, p. 1251-9, 2005.
- SILVA, D. D. *et al.* Saúde bucal e autopercepção em adultos e idosos de Piracicaba, SP. **Rev. Facul. Odontol. Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 47, n.2, p.37-42, 2006.
- SILVA, D. D.; RIHS, L. B.; SOUSA, M. L. R. Fatores associados à presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.2407-2418, 2009.
- SOARES, G. B. *et al.* Associação da autopercepção de saúde bucal com parâmetros clínicos orais. **Rev. bras. odontol.**, v. 68, n. 2, p. 268-273, 2011.

SOUSA, E. H. A. S. *et al.* Impacto da saúde bucal no cotidiano de idosos institucionalizados e não institucionalizados da cidade do Recife (PE, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, p.2955-2964, 2010.

SOUZA, K. C.; VELOSO, H. P.; QUEIROGA, A. S. A perspectiva dos pacientes do serviço público de saúde de João Pessoa-PB frente ao tratamento endodôntico. **Rev. Odontol. Bras. Central**, Goiás, v.21, n. 59, p. 534-537. 2012.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 54-64, 2005. Suplemento.

TASSINARI, W. S. *et al.* Contexto socioeconômico e percepção da saúde bucal em uma população de adultos no Rio de Janeiro, Brasil: uma análise multinível. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, p.127-36, 2007.

TSAKOS, G. Combining normative and psychosocial perceptions for assessing orthodontic treatment needs. **J. Dent. Education**, Washington, v.72, n.8, p.876-885, 2008.

VICTORA, C. G. *et al.* The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Int. J. Epidemiol.**, London, v.26, p.224-227, 1997.

VIEIRA, M. C. **Hipertensão arterial e características ocupacionais em motoristas de táxi no Município do Rio de Janeiro**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). **Med. Care**, Philadelphia, v.30, p. 473-483, 1992.

## ANEXO A – Parecer do comitê de ética do CPqAM



**Título do Projeto:** “A validade da necessidade auto-referenda do tratamento odontológico em adolescentes, adultos e idosos da região metropolitana de Recife”.

**Pesquisador responsável:** Rafael da Silveira Moreira.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/Fiocruz

**Data de apresentação ao CEP:** 25/05/2012

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 11/12

**Registro no CAAE:** 03673012.3.0000.5190

### PARECER Nº 15/2012

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 13 de julho de 2015. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 13 de julho de 2012.

  
 Janaina Campos de Miranda  
 Pesquisadora em Saúde Pública  
 Coordenadora  
 Matr. SIAPE 464777  
 CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Observação:  
 Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;  
 Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 13/07/2013.

Campus da UFPE - Av. Moraes Barros  
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
 Recife - PE - Brasil  
 comiteeticos@cpqam.fiocruz.br



## APÊNDICE A – Questionário

## Questionário

ORIG./DUP

Nome \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_

Setor \_\_\_\_\_ Quadra \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_

N. Identificação \_\_\_\_\_ Examinador \_\_\_\_\_ Anotador \_\_\_\_\_

### Informações Gerais

Idade em anos

Sexo

1-Masc  
2-Fem.

Cor/Raça

1-Branca  
2-Preta  
3-Amarela  
4-Parda  
5-Indígena

Realização do Exame

1-Realizado  
2-Não realizado por não ter autorizado  
3-Não realizado por ausência do morador  
4-Não realizado por outras razões

### CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DA FAMÍLIA

- 1** Quantas pessoas, incluindo o sr(a), residem nesta casa? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 2** Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 3** Quantos bens tem em sua residência? Considerar como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone, telefone celular, máquina de lavar roupa, máquina de lavar louça, micro-computador, e número de carros. Varia de 0 a 11 bens. Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 4** No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, aposentadoria ou outros rendimentos? 1-Até 250; 2-De 251 a 500; 3-De 501 a 1.500; 4-De 1.501 a 2.500; 5-De 2.501 a 4.500; 6-De 4.501 a 9.500; 7-Mais de 9.500; 9-Não sabe/não respondeu

### ESCOLARIDADE, MORBIDADE BUCAL REFERIDA E USO DE SERVIÇOS

- 5** Até que série o sr(a) estudou? Fazer a conversão e anotar o total de anos estudados com aproveitamento (sem reprovação). Marcar 99 para "não sabe / não respondeu"
- 6** O sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 7** Nos últimos 6 meses o sr(a) teve dor de dente? 0-Não; 1-Sim; 9-Não se aplica / Não respondeu
- 8** Aponte na escala o quanto foi esta dor 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte (mostrar a escala no anexo do manual)
- 9** Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- 10** Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez? 1-Menos de um ano; 2-Um a dois anos; 3-Três anos ou mais; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 11** Onde foi a sua última consulta? 1-Serviço público; 2-Serviço particular; 3-Plano de Saúde ou Convênios; 4-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 12** Qual o motivo da sua última consulta? 1-Revisão, prevenção ou check-up; 2-Dor; 3-Extração; 4-Tratamento; 5-Outros; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu
- 13** O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta? 1-Muito Bom; 2-Bom; 3-Regular; 4-Ruim; 5-Muito Ruim; 8-Não se aplica; 9-Não sabe / Não respondeu

Eur J Oral Sci, v.114, p.115-121, 2006.Soc Sci Med, v. 59, p. 1109-1116, 2004.Int Dent J. 1994;44(2):145-52.4th ed.

### AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

- 14** Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:   
 1-Muito satisfeito; 2-Satisfeito; 3-Nem satisfeito nem insatisfeito; 4-Insatisfeito; 5-Muito insatisfeito; 9-Não sabe / Não respondeu
- 15** Questão eliminada.
- 16** Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam a(o) sr(a), nos últimos seis meses? 0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe / Não respondeu
- |   |   |
|---|---|
| <b>16.1.</b> Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? <input type="checkbox"/> | <b>16.5.</b> Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <input type="checkbox"/>                                      |
| <b>16.2.</b> Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <input type="checkbox"/>  | <b>16.6.</b> Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <input type="checkbox"/>                                      |
| <b>16.3.</b> Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)? <input type="checkbox"/>  | <b>16.7.</b> Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <input type="checkbox"/>                                |
| <b>16.4.</b> Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? <input type="checkbox"/>                                   | <b>16.8.</b> Os seus dentes atrapalharam para estudar / trabalhar ou fazer tarefas da escola / trabalho? <input type="checkbox"/> |
|   | <b>16.9.</b> Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <input type="checkbox"/>                                   |

### Necessidade de Tratamento para Cárie (todas as faixas etárias)

- 17- O Sr(a) acha que necessita de tratamento para a cárie? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 18- O Sr(a) acha que necessita de restaurar/obturar em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 19- O Sr(a) acha que necessita de coroa (grande obturação) em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 20- O Sr(a) acha que necessita de tratamento estético/aparência em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 21- O Sr(a) acha que necessita de tratamento de canal em algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 22- O Sr(a) acha que necessita de extrair algum dente? \_\_\_\_\_ (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

### Necessidade de Prótese (35 a 44; 65 a 74)

(0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)

- 23- O Sr(a) acha que necessita de prótese total (dentadura) { 23.1- Na arcada superior? \_\_\_\_\_  
 23.2- Na arcada inferior? \_\_\_\_\_
- 24- O Sr(a) acha que necessita de prótese (fixa ou removível) para substituir um dente { 24.1- Na arcada superior? \_\_\_\_\_  
 24.2- Na arcada inferior? \_\_\_\_\_
- 25- O Sr(a) acha que necessita de prótese (fixa ou removível) para subst. mais de um dente { 25.1- Na arcada superior? \_\_\_\_\_  
 25.2- Na arcada inferior? \_\_\_\_\_

**Necessidade de Tratamento Periodontal (35 a 44; 65 a 74) (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)**

- 26- O Sr(a) acha que necessita de necessita de tratamento para as gengivas?..... (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 27- O Sr(a) acha que necessita de necessita de tratamento para mau hálito?..... (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 28- O Sr(a) acha que necessita de necessita de tratamento para dentes moles?..... (0-Não; 1-Sim; 9-Não sabe)
- 29- Caso positivo em alguma das 3 questões acima, acha que será um tratamento simplificado ou difícil/complexo?..... (0-Simples; 1-Difícil)

**Exame Clínico**

**CARIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO**

Todos os grupos acima. Condição de Rec. somente de 25 a 44 e 65 a 74 anos

	18	17	16	15	14	13	12	11	61	62	63	64	65	66	67	68
Coroa																
Raiz																
Trat.																
	48	47	46	45	44	43	42	41	71	72	73	74	75	76	77	78
Coroa																
Raiz																
Trat.																

Código		Condição
Dentes Permanentes		
Coroa	Raiz	
0	0	Higido
1	1	Cariado
2	2	Restaurado mas com cárie
3	3	Restaurado e sem cárie
4	Não se aplica	Perdido devido à cárie
5	Não se aplica	Perdido por outras razões
6	Não se aplica	Apresenta selante
7	7	Apoio de ponte ou coroa
8	8	Não erupcionado - raiz não exposta
9	Não se aplica	Trauma (fratura)
9	9	Dente excluído

Código	Tratamento
0	Nenhum
1	Restauração de 1 superfície
2	Restauração de 2 ou mais superfícies
3	Coroa por qualquer razão
4	Faceta estética
5	Tratamento pulpar e restauração
6	Extração
7	Remineralização de mancha branca
8	Selante
9	Sem informação

## EDENTULISMO

15-19, 35-44 e 65-74 anos

### USO DE PRÓTESE

Sup Inf

--	--

### NECESSIDADE DE PRÓTESE

Sup Inf

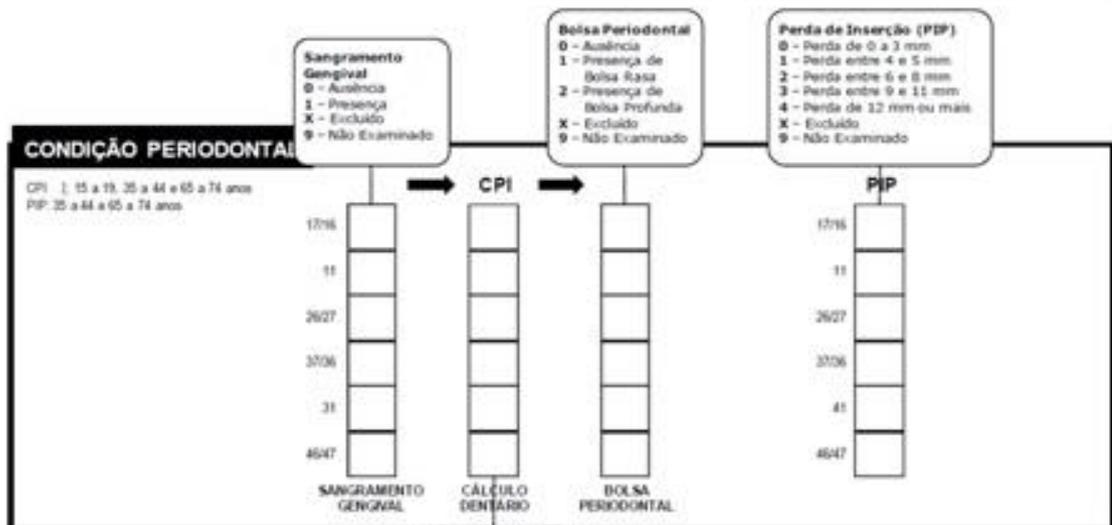
--	--

### Uso de Prótese Superior e Inferior

- 0 - Não usa
- 1 - Uma ponte fixa
- 2 - Mais de uma ponte fixa
- 3 - Prótese Parcial Removível
- 4 - Prótese Fixa + Removível
- 5 - Prótese Total
- 9 - Sem Informação

### Necessidade de Prótese Superior e Inferior

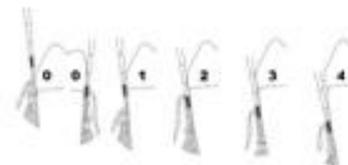
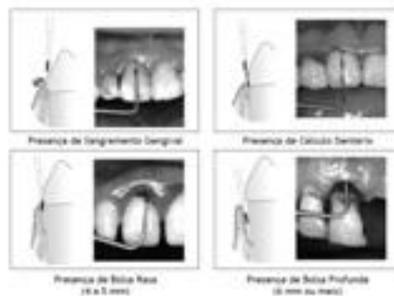
- 0 - Não necessita
- 1 - Prótese de 1 elemento
- 2 - Mais de 1 elemento
- 3 - Combinação de Próteses
- 4 - Prótese Total
- 9 - Sem Informação



CPI

**Cálculo Dentário**  
0 - Ausência  
1 - Presença  
X - Excluído  
9 - Não Examinado

PIP



## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título do Projeto:** A VALIDADE DA NECESSIDADE AUTO-REFERIDA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM ADOLESCENTES, ADULTOS E IDOSOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE RECIFE- PE.

**Instituição:** NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**Coordenador do Projeto:** Rafael da Silveira Moreira

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa que está sendo feita entre moradores de 03 (três) municípios do estado de Pernambuco pertencentes às faixas etárias de 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos.

Queremos estudar suas condições de vida, como está a saúde bucal e a necessidade de tratamento. Esse trabalho servirá para o planejamento de melhorias no atendimento à saúde básica na comunidade.

Serão feitas perguntas sobre o local onde você mora, sobre os serviços de saúde da sua região e também algumas informações pessoais que são necessárias para a pesquisa que estamos realizando, mas que não serão divulgadas para outras pessoas.

Você participa se quiser, se não quiser não será prejudicado. A qualquer momento você pode desistir de participar.

Serão realizados exames odontológicos, com um dentista, para saber como está a saúde da boca. Esse exame não utilizará nada que corte ou fure, apenas espelho próprio de dentista, um instrumento de ponta cega que não perfura. Será usado também o abaixador de língua de madeira. Os riscos de sentir dor durante o exame ou constrangimento perante alguma pergunta serão minimizados pelo correto uso dos instrumentos e pelo sigilo das informações. Esses exames normalmente não provocam dor.

Todos os exames serão feitos com o maior cuidado para evitar o risco de contaminação. Serão usados materiais descartáveis e os examinadores usarão luvas, máscaras e roupas apropriadas.



Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Todas as pessoas que forem examinadas e que apresentarem alteração nos exames, quando for preciso algum tipo de tratamento serão encaminhadas para a equipe de saúde da região, que será informada para que se providencie o tratamento.

Se você quiser saber mais informações sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com Rafael da Silveira Moreira, que é o coordenador da pesquisa, pelo endereço:

Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.  
Av. Prof.ª Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife.

Telefone: (81) 2101-2651.

Ou ainda pela Internet, pelo e-mail: [moreirars@cpoam.fiocruz.br](mailto:moreirars@cpoam.fiocruz.br).

Rafael da Silveira Moreira  
Coordenador da Pesquisa

Eu participo dessa pesquisa de forma voluntária e estou de acordo assinando este termo em duas vias. Uma via ficará comigo. A outra via será do pesquisador. Posso deixar de participar na pesquisa na hora que quiser, e não serei prejudicado por isso.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Nome do responsável (quando for menor de 18 anos):

\_\_\_\_\_

Assinatura do participante ou responsável:

\_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_/\_\_\_/2012.