

Saúde Bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013

Self-reported oral health in the Brazilian adult population: results of the 2013 National Health Survey

Lucélia Silva Nico¹
Silvânia Suely Caribé de Araújo Andrade¹
Deborah Carvalho Malta¹
Gilberto Alfredo Pucca Júnior¹
Marco Aurelio Peres²

Abstract *Abstract* Oral diseases are a relevant public health problem in Brazil, because of their prevalence and magnitude in the population. Population-based surveys are essential tools for the election of groups and demands priority attention. The aim of this paper was to describe the self-reported oral health status of the population, according to sociodemographic factors. A descriptive study was conducted using the National Health Survey data of 2013. Indicators associated with oral hygiene practices and oral health conditions were analyzed. Men, elders, blacks and browns, individuals with no education and with incomplete elementary level, residents in rural areas and in the northeast had the lowest frequencies of the indicators of oral hygiene and health self-perception oral as good or very good. Total loss has affected about 16.0 million. Both total tooth loss as the loss of 13 or more teeth was more frequent among women, individuals aged 60 and older, poorly educated, residents in rural areas. It is concluded that the data from the National Health Research -PNS 2013 reinforce the need for policies and actions that minimize the inequalities in oral health, ensuring access to the most vulnerable population sub-groups according to their health needs.

Key words Oral health, Epidemiological survey, Self-report

Resumo Os agravos relacionados à saúde bucal dos brasileiros representam importante problema de saúde pública devido à sua prevalência e magnitude na população. Inquéritos de base populacional são ferramentas essenciais para a eleição de grupos e demandas prioritárias de atenção. O objetivo deste artigo foi descrever a situação de saúde bucal autorreferida da população brasileira, segundo fatores sociodemográficos. Realizou-se um estudo descritivo, utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013. Indicadores referentes às práticas de higiene e condições de saúde bucal foram analisados. Homens, idosos, pretos e pardos, indivíduos sem instrução e com nível fundamental incompleto, residentes na área rural e na região nordeste apresentaram as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal adequada e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa. Com relação à perda dentária, a total afetou cerca de 16,0 milhões. Tanto a perda dentária total quanto a de 13 ou mais dentes foi mais frequente em mulheres, indivíduos com 60 anos e mais de idade, com baixa escolaridade, residentes na área rural. Conclui-se que os dados da Pesquisa Nacional de Saúde – PNS 2013 reforçam a necessidade de políticas e ações que minimizem as desigualdades em saúde bucal, garantindo acesso aos subgrupos populacionais mais vulneráveis de acordo com suas necessidades de saúde.

Palavras-chave Saúde bucal, Inquéritos epidemiológicos, Autorrelato

¹ Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Esplanada dos Ministérios Bloco G. 70058-900 Brasília DF Brasil.

lucelia.nico@saude.gov.br

² Australian Research Centre for Population Oral Health, The University of Adelaide. Adelaide Australia.

Introdução

Os agravos relacionados à saúde bucal dos brasileiros representam importante problema de saúde pública devido à sua prevalência e magnitude na população¹. Estudos sobre a condição de saúde bucal dos brasileiros, com abrangência nacional, ainda são pouco explorados. Destacam-se os levantamentos epidemiológicos sobre saúde bucal da população brasileira realizados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1986², 1996³ (apenas com escolares), 2003⁴ e 2010⁵.

A comparação entre esses levantamentos epidemiológicos²⁻⁴ mostra que a condição de saúde bucal dos adultos brasileiros melhorou⁶. Em 1986, o índice CPOD (soma de dentes permanentes cariados, extraídos devido à cárie e restaurados) foi de 22,5 na população adulta com idade entre 35 e 44 anos e o componente P (número de dentes extraídos) contribuiu com 66% deste total². Após duas décadas, o perfil de morbidade se manteve praticamente inalterado: a média do CPOD em adultos foi de 20,1 com contribuição de 65,7% do componente perdido³.

Os dados do último levantamento epidemiológico (2010)⁵ revelaram que o ataque de cárie à população adulta de 35-44 anos reduziu, quando comparado com o inquérito de 2003⁴. Com relação à perda dentária, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SB Brasil 2010) evidenciaram que ocorreu em 25% dos adultos, sendo que a média de dentes perdidos variou de 13,5 em 2002/2003 para 7,4 em 2010. Entretanto, mais da metade dos idosos tem edentulismo, tanto em 2010 quanto em 2002/2003⁷. Em relação às medidas coletivas, a fluoretação da água de abastecimento público consiste numa das principais medidas, representando um método de controle de cárie dentária de grande efetividade⁸.

Os inquéritos de base populacional são ferramentas essenciais para a eleição de grupos e demandas prioritários de atenção, bem como a elaboração de instrumentos para a formulação e a avaliação de políticas públicas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, em parceria com a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizou a Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 (PNS 2013)⁹.

Em relação à PNS 2013⁹, a autoavaliação de saúde da população brasileira foi abordada, consistindo num indicador utilizado tanto nacional¹⁰ quanto internacionalmente¹¹. Para a aferição do número de dentes presentes e da necessidade de prótese, a autoavaliação apresenta validade aceitável¹², além de ser um indicador utilizado em

inquéritos epidemiológicos devido às suas vantagens em relação ao exame clínico (padrão-ouro para diagnóstico da situação de saúde bucal) como menor tempo, custo mais reduzido e dispensa de profissional especializado.

O objetivo deste artigo é descrever a situação de saúde bucal autorreferida da população brasileira, segundo fatores sociodemográficos.

Métodos

Foi realizado um estudo descritivo utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013⁹, parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde (MS).

A PNS é uma pesquisa de base domiciliar, cujo processo de amostragem foi conglomerados em três estágios: os setores censitários ou conjunto de setores (unidades primárias de amostragem); os domicílios (unidades secundárias) e um morador selecionado de 18 anos ou mais (unidades terciárias). As unidades primárias de amostragem da PNS foram obtidas da Amostra Mestra, que é a estrutura amostral do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE.

A seleção da subamostra das unidades primárias foi realizada por amostragem aleatória simples. Dessa forma, no segundo estágio, foi selecionado um número fixo de domicílios particulares permanentes em cada unidade primária. A seleção foi feita do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE) em sua mais recente utilização. Dentro de cada domicílio selecionado, foi sorteado um morador de 18 anos ou mais para responder ao questionário específico.

O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse. O tamanho mínimo definido para a amostra foi de 1.800 domicílios por UF. Inicialmente, foram selecionados 81.254 domicílios e as entrevistas foram realizadas em 64.348. Todas as análises da PNS foram ponderadas para as unidades primárias de amostragem, para os domicílios e todos seus moradores e também para o selecionado. Detalhes sobre o processo de amostragem e ponderação estão disponíveis no relatório da PNS⁹.

Na coleta de dados, primeiramente entrou-se em contato com o responsável pelo domicílio selecionado ou com o morador. Identificou-se o indivíduo que respondeu ao questionário domiciliar e todas as pessoas residentes do domicílio, bem como o morador adulto que respondeu à entrevista individual. As entrevistas foram mar-

cadadas nas datas e horários melhores para os informantes, com a previsão e duas ou mais visitas por domicílio. O questionário da PNS foi dividido em módulos, que contemplam características do domicílio, de todos os moradores (escolaridade, renda, trabalho, pessoas com deficiências, cobertura de planos de saúde, utilização de serviços de saúde, saúde de crianças menores de dois anos, saúde dos idosos) e do morador adulto selecionado (estilos de vida, percepção do estado de saúde, acidentes e violências, doenças crônicas, saúde da mulher, atendimento pré-natal, saúde bucal e atendimento médico).

O presente estudo analisou os seguintes indicadores referentes à saúde bucal:

Práticas de higiene bucal

a) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia

b) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes;

c) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que trocam a escova de dente por uma nova, pelo menos, a cada três meses;

Condições de saúde bucal

a) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consideram sua saúde bucal como boa ou muito boa;

b) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que têm grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura;

c) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que perderam todos os dentes;

d) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que perderam 13 ou mais dentes;

e) Proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usam algum tipo de prótese dentária.

Foram estimadas as proporções e seus respectivos intervalos de confiança de 95% ($IC_{95\%}$) segundo sexo (masculino; feminino), faixa etária (em anos: 18-29; 30-39; 40-59 e 60 e mais), raça/cor da pele (branca; preta; parda), nível de instrução (sem instrução e ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo e médio incompleto; ensino médio completo e superior incompleto; ensino superior completo), área de residência (urbana; rural) e região geográfica (Norte; Nordeste; Sudeste; Sul; Centro-Oeste). Os dados foram analisados pelo software Stata versão 11.0 no módulo *survey* para amostras complexas. O projeto da PNS 2013 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde.

Resultados

Práticas de higiene bucal

No Brasil, 89,1% das pessoas de 18 anos ou mais de idade escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia ($n = 60.202$), sendo que este hábito foi menos frequente entre os homens (86,5%), indivíduos da faixa etária ≥ 60 anos (73,4%), pretos (88,0%) e pardos (87,9%), sem instrução e fundamental incompleto (79,7%), residentes na área rural (79,0%) e na região Nordeste (85,9%) (Figura 1).

Em relação aos indivíduos que usavam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes ($n = 58.905$), as menores proporções foram observadas no sexo masculino (48,4%), entre aqueles com 60 anos e mais (29,1%), da cor da pele preta (43,6%), parda (47,1%), sem instrução e fundamental incompleto (29,2%), residentes na área rural (30,4%) e região Nordeste (38,4%) (Figura 2).

Das pessoas de 18 anos ou mais de idade ($n = 58.905$), 46,8% trocavam a escova de dente por uma nova com menos de três meses de uso, com as menores frequências observadas entre os homens (44,8%), os idosos (36,2%), cor da pele preta (41,8%) e parda (45,2%), sem instrução e fundamental incompleto (40,9%), residentes na área rural (43,3%) e nas regiões Sudeste (43,2%) e Centro-Oeste (43,5%) (Figura 3).

Condições de saúde bucal

Os adultos que responderam ao questionamento sobre autopercepção de saúde bucal foram 60.202. Em 2013, 67,4% das pessoas de 18 anos ou mais de idade avaliaram a sua saúde bucal como boa ou muito boa. Entretanto, sexo masculino (65,8%), adultos na faixa etária de 40 a 59 anos (63,5%) e com 60 anos e mais (62,3%), de cor da pele preta (61,2%) e parda (62,5%), sem instrução ou com nível fundamental incompleto (57,5%), e residentes na área rural (56,6%) representaram os menores percentuais deste indicador. As estimativas variaram de 58,8%, na Região Nordeste, a 72,2%, nas Regiões Sul e Sudeste (Figura 4).

No Brasil, 60.202 indivíduos de 18 anos ou mais responderam sobre a dificuldade de alimentar-se por problemas nos dentes ou dentadura. Destes, 1,4% dos homens e 1,7% das mulheres tinham grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura. Essa dificuldade foi mais frequente

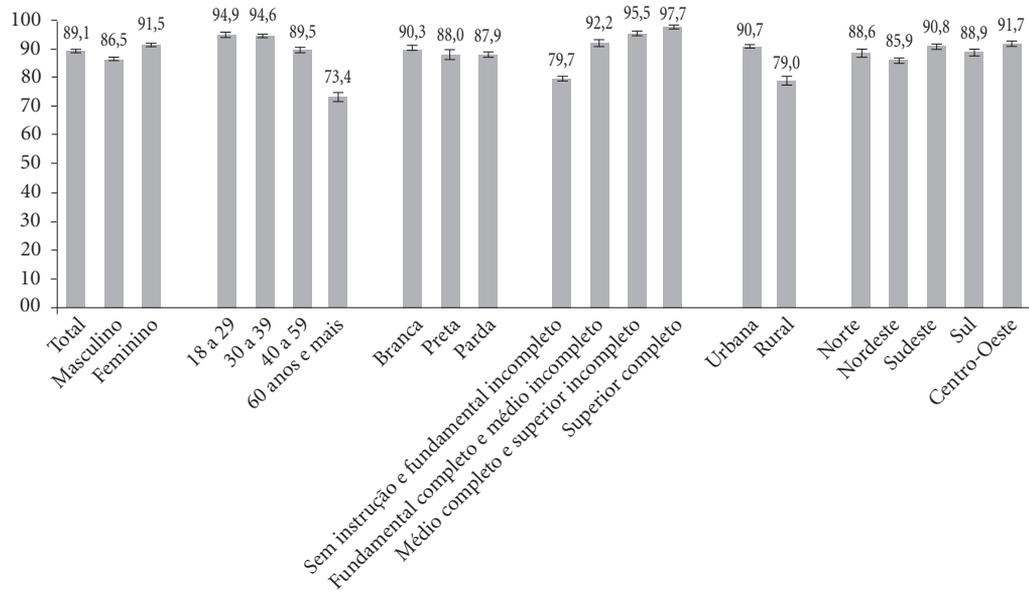


Figura 1. Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que escovam os dentes pelo menos duas vezes por dia, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

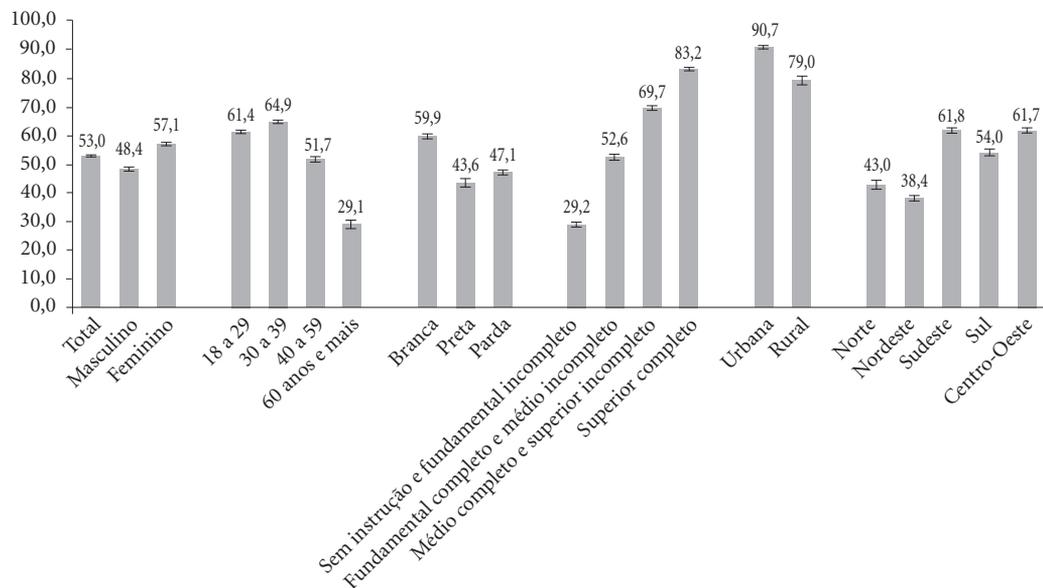


Figura 2. Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de idade que usam escova de dente, pasta de dente e fio dental para a limpeza dos dentes, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

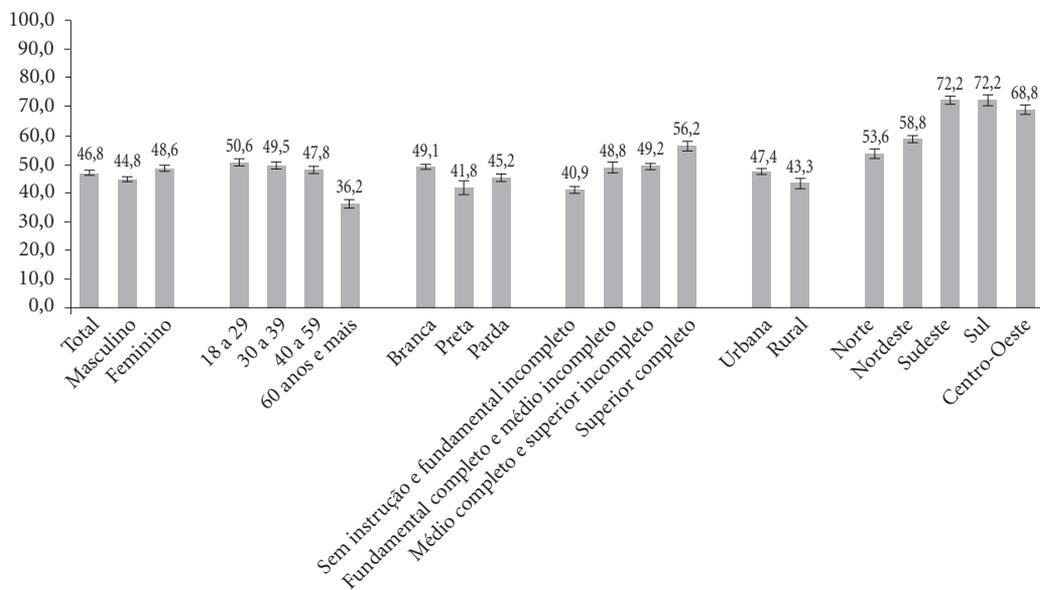


Figura 3. Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de mais de idade que trocam a escova de dente por uma nova com menos de 3 meses, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

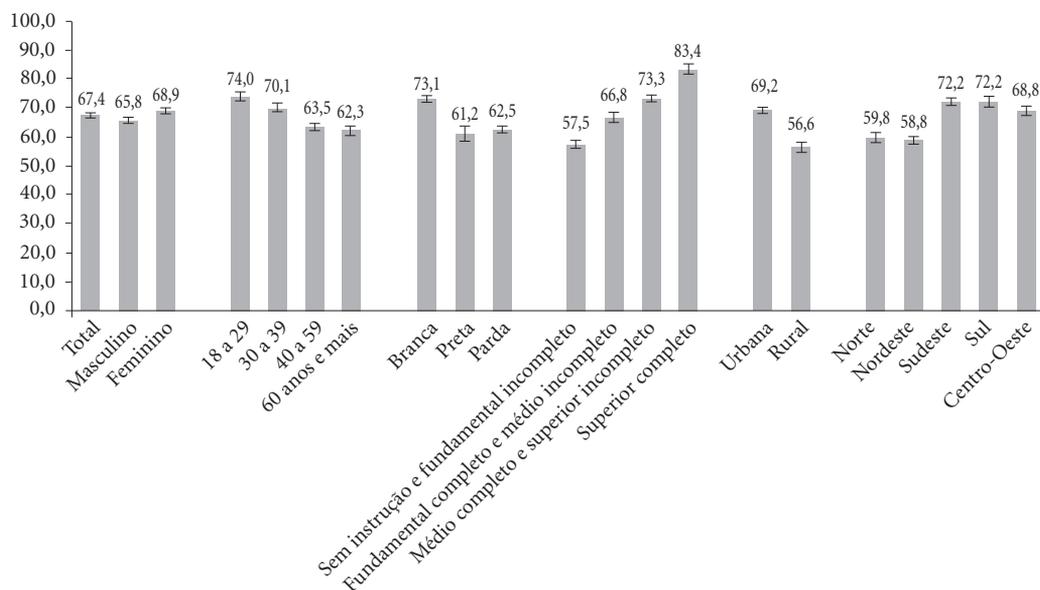


Figura 4. Distribuição de pessoas de 18 anos ou mais de mais de idade que consideram sua saúde bucal como boa ou muito boa, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

nos grupos de pessoas de 40 a 59 anos (1,9%) e de 60 anos ou mais de idade (3,3%), bem como naquelas sem instrução ou com fundamental incompleto (3,2%). Indivíduos de cor da pele preta, residentes na área rural e na região Nordeste apresentaram os maiores percentuais de relato de grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura: 2,2%, 2,3% e 2,3%, respectivamente (Tabela 1).

Responderam ao questionamento sobre perdas dentárias 60.202 adultos. A pesquisa estimou que, das pessoas de 18 anos ou mais de idade, 11,0% perderam todos os dentes, sendo

maior a proporção entre mulheres (13,3%), indivíduos com 60 anos e mais de idade (41,5%), sem instrução ou com fundamental incompleto (22,8%), residentes na área rural (15,0%) e na região Norte (7,7%). Não houve diferença estatisticamente significativa para a variável de cor da pele (Tabela 1).

A perda de 13 ou mais dentes foi referida por 23% dos adultos (≥ 18 anos) e mais frequente em mulheres (26,3%), pessoas com 60 anos e mais (67,4%), sem instrução ou com fundamental incompleto (44,2%), residentes na área rural (33,1%) e nas regiões Sul (25,3%) e Nordeste

Tabela 1. Proporção dos indicadores de condição de saúde bucal em adultos de 18 anos ou mais de idade, segundo variáveis selecionadas, com indicação do intervalo de confiança de 95%. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Variáveis	Relato de grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura % (IC95%)	Perda de todos os dentes % (IC95%)	Perda de 13 ou mais dentes % (IC95%)	Perda de 13 ou mais dentes e tem dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar % (IC95%)	Uso de algum tipo de prótese dentária % (IC95%)
Total	1.5 (1.4-1.7)	11.0 (10.6-11.4)	23.0 (22.5-23.6)	4.5 (3.9-5.1)	33.3 (32.7-34.0)
Sexo					
Masculino	1.4 (1.1-1.6)	8.4 (7.8-8.9)	19.3 (18.5-20.1)	4.5 (3.5-5.4)	28.3 (27.4-29.2)
Feminino	1.7 (1.4-1.9)	13.3 (12.8-13.9)	26.3 (25.6-27.0)	4.5 (3.7-5.4)	37.9 (37.0-38.7)
Faixas etárias (anos)					
18 a 29	0.5 (0.3-0.7)	0 (0.0-0.1)	0.2 (0.1-0.3)	1.8 (0.0-3.8)	3.2 (2.7-3.7)
30 a 39	0.8 (0.5-1.0)	0.6 (0.4-0.8)	3.9 (3.4-4.4)	5.4 (1.6-9.3)	17.0 (15.9-18.2)
40 a 59	1.9 (1.6-2.2)	9.8 (9.1-10.6)	29.0 (27.8-30.3)	4.5 (3.5-5.4)	48.0 (46.7-49.3)
60 e mais	3.3 (2.8-3.8)	41.5 (39.8-43.2)	67.4 (65.9-69.0)	4.5 (3.7-5.3)	68.6 (67.0-70.2)
Nível de instrução					
Sem instrução e fundamental incompleto	3.2 (2.8-3.6)	22.8 (21.9-23.7)	44.2 (43.2-45.3)	5.3 (4.6-6.1)	47.8 (46.6-49.1)
Fundamental completo e médio incompleto	0.8 (0.5-1.0)	6.5 (5.5-7.5)	15.3 (13.9-16.6)	2.4 (1.3-3.5)	28.4 (26.7-30.2)
Médio completo e superior incompleto	0.4 (0.3-0.6)	2.6 (2.2-2.1)	7.9 (7.3-8.6)	2.1 (1.1-3.0)	21.2 (20.3-22.2)
Superior completo	0.2 (0.1-0.3)	2.1 (1.5-2.6)	6.6 (5.7-7.5)	1.6 (0.4-2.8)	26.2 (24.2-28.3)
Raça/cor da pele					
Branca	1.3 (1.1-1.5)	11.6 (10.9-12.3)	23.1 (22.2-24.0)	4.0 (3.1-4.8)	36.4 (35.4-37.4)
Preta	2.2 (1.6-2.9)	11.0 (9.3-12.7)	23.1 (21.0-25.3)	5.7 (3.6-7.7)	30.5 (28.2-32.9)
Parda	1.7 (1.4-1.9)	10.4 (9.8-11.0)	23.1 (22.2-24.0)	4.9 (4.0-5.8)	30.5 (29.6-31.5)
Região de residência					
Norte	1.1 (0.8-1.4)	7.7 (7.0-8.5)	20.6 (19.4-21.8)	3.3 (2.1-4.5)	28.6 (27.3-29.9)
Nordeste	2.3 (1.9-2.6)	10.7 (10.1-11.3)	25.4 (24.5-26.2)	5.9 (4.8-7.1)	30.9 (29.6-32.1)
Sudeste	1.2 (1.0-1.5)	11.9 (11.1-12.7)	21.6 (20.6-22.5)	3.9 (2.8-5.0)	33.8 (32.7-35.0)
Sul	1.3 (1.0-1.7)	10.8 (9.9-11.8)	25.3 (23.7-26.8)	4.1 (2.7-5.4)	38.6 (37.1-40.1)
Centro-Oeste	1.6 (1.2-2.0)	10.6 (9.7-11.5)	21.2 (20.2-22.2)	4.4 (3.0-5.8)	33.6 (32.5-34.8)
Área de residência					
Urbano					
Rural					

(25,4%). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas para a variável de cor da pele (Tabela 1).

Dos indivíduos que perderam 13 ou mais dentes, 4,5% têm dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar, sem diferença entre os sexos, de cor da pele, de área de residência (urbano/rural) e de região. O menor percentual de relato de dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar dentre aqueles que perderam 13 ou mais dentes foi no grupo etário de 18 a 29 anos (1,8%) e a maior proporção foi entre as pessoas sem nível de instrução ou com fundamental incompleto (5,3%) (Tabela 1).

Quanto ao uso de algum tipo de prótese dentária ($n = 44.921$), 33,3% dos adultos (≥ 18 anos) apresentam este relato e a maioria é formada por mulheres (37,9%), pessoas com 60 anos e mais de idade (68,6%), sem instrução ou com fundamental incompleto (47,8%), de cor da pele branca (36,4%) e residentes nas regiões Sul (38,6%) e Sudeste (33,8%). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas para a área de residência (Tabela 1).

Discussão

Os dados da PNS 2013 mostraram que os homens, os idosos, os pretos e pardos, os indivíduos sem instrução e com nível fundamental incompleto, os residentes na área rural e na região nordeste apresentaram as mais baixas frequências dos indicadores de higiene bucal adequada e de autopercepção da saúde bucal como boa ou muito boa. O relato de grau intenso ou muito intenso de dificuldade para se alimentar por problemas nos dentes ou dentadura aumentou com a idade e também foi maior entre aqueles com baixa escolaridade, de cor da pele preta, residentes na área rural e na região Nordeste.

A literatura mostra uma associação positiva entre a frequência de escovação dentária com sexo feminino, adultos jovens e maior nível de escolaridade^{10,11}. Revisão sistemática que objetivou identificar a existência de associação entre fatores sociais, demográficos, econômicos, psicossociais e comportamentais e a autopercepção da condição de saúde bucal mostrou que as mulheres possuem maior relação com o ato do cuidado, tanto pessoal quanto familiar, buscam mais pelo serviço de saúde e expressam mais a existência de morbidades^{8,12-14}.

Em pesquisa realizada com adultos de 20 a 59 anos, residentes em um assentamento rural,

ficou evidente que a autoavaliação negativa da saúde bucal foi mais frequente em adultos de baixa escolaridade e entre os de cor preta e parda¹⁵, semelhante aos dados da PNS. Todavia, na pesquisa mencionada, que é um estudo local, a maior prevalência da autoavaliação negativa foi entre os mais jovens e mulheres, diferentemente da PNS, estudo de abrangência nacional. O avanço da idade teve influência na pior autopercepção de saúde bucal, corroborando também com outros estudos. Outra pesquisa, com os dados do SB Brasil 2010 para a região Sudeste, demonstrou que adultos e idosos com menor renda possuíam pior autoavaliação da saúde bucal¹⁶.

A dificuldade de se alimentar também reflete as desigualdades em saúde bucal no país. Segundo dados do inquérito SB Brasil, realizado nos anos de 2002 a 2003, em 250 municípios brasileiros, referentes a adultos da faixa etária de 35 a 44 anos, os fatores associados à autopercepção da mastigação como regular/ruim foram: não receber informações preventivas sobre saúde bucal, ter menos de 23 dentes presentes na boca, necessitar de prótese parcial ou total, autopercepção de saúde bucal como regular ou ruim/péssima, apresentar dor em dentes e gengivas e necessitar de tratamento odontológico. Salienta-se que os adultos residentes na região Nordeste, pardos e pretos e aqueles com menor escolaridade apresentaram pior autopercepção da mastigação¹⁵.

Com relação à perda dentária, a total afetou cerca de 16,0 milhões. Tanto a perda dentária total quanto a de 13 ou mais dentes foi mais frequente em mulheres, indivíduos com 60 anos e mais de idade, com baixa escolaridade, residentes na área rural. A prevalência de perda dentária no Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal - SB Brasil 2010, foi maior entre idosos, mulheres, indivíduos de menor renda e escolaridade e nas regiões Norte e Nordeste¹⁵.

A evolução da doença cárie consiste na principal causa de perdas dentárias, seguida da periodontal, sendo o uso do tabaco o maior fator de risco para o desenvolvimento desta em adultos¹⁷. Em relação aos determinantes sociais relacionados à perda dos dentes, as características demográficas e socioeconômicas têm alta relevância quanto a esse agravo entre os indivíduos, sendo que a quantidade de dentes perdidos em adultos é maior entre idosos, mulheres, com baixa condição socioeconômica e pouca escolaridade¹⁶. Entretanto, cabe salientar que a dificuldade de acesso ao serviço odontológico precocemente para tratamento conservador mostra-se como uma das razões pela quais a extração dentária é vista

como alternativa mais viável, principalmente entre aqueles com menor poder aquisitivo¹⁸.

A perda dentária é um reconhecido e grave problema de saúde pública, consistindo em grande medida da condição de saúde bucal populacional, possuindo enorme influência na qualidade de vida os indivíduos¹⁹. Seus impactos causam diminuição das capacidades funcionais de mastigação e fonação, bem como prejuízos de ordem nutricional, estética e psicológica, com reduções da autoestima e da integração social²⁰. A cor da pele, a necessidade autorreferida de tratamento odontológico e a baixa escolaridade são considerados preditores tanto da autoavaliação negativa da saúde bucal¹³⁻¹⁵ como para a perda dentária, e para esta a baixa escolaridade e a renda são considerados determinantes¹⁵.

Dos indivíduos que perderam 13 ou mais dentes e têm dificuldade intensa ou muito intensa para se alimentar, o menor percentual foi entre os mais jovens e a maior proporção foi entre as pessoas com baixa escolaridade. Um dos elementos que auxilia na mastigação e consequentemente na nutrição é o número de dentes presentes na cavidade bucal, sendo que uma dentição funcional tem no mínimo a presença de 21 dentes naturais²⁰. Como provável hipótese para os mais jovens apresentarem mais dificuldade de mastigação, cita-se a menor capacidade de resiliência para enfrentar os desafios relacionados à função bucal (dores, incômodo, restrição alimentar) do que os idosos. A perda dentária, marcador de desigualdades em saúde bucal, afeta mais os indivíduos com menor escolaridade e renda, pois estes têm menos acesso ao serviço odontológico e às medidas de promoção da saúde^{8,21,22}.

A maioria dos indivíduos que relatou uso de algum tipo de prótese dentária foi formada por mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade, de cor da pele branca e residentes nas regiões Sul e Sudeste. O maior uso de próteses em mulheres pode ser explicado pelo fato de elas utilizarem mais o serviço odontológico do que os homens²¹. Os idosos e aqueles com baixa escolaridade relataram mais frequentemente o uso de próteses, provavelmente devido à maior perda dentária¹⁶. Além disso, os indivíduos de cor da pele branca e residentes no Sul e Sudeste utilizam mais os serviços odontológicos de acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domícilios (PNAD) de 1998 e de 2003²³.

Outro estudo que utilizou dados provenientes dos levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde nos anos de 1986, 2003 e 2010, mostrou que a experiência de cárie,

expressa pelo índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), e a saúde dentária, expressa pelo índice OH-D (dentes hígidos + obturados) relativo ao número de dentes funcionais, foram comparadas em amostras aleatórias de residentes de 35 a 44 anos de idade em cada região brasileira. Ocorreram reduções no índice CPOD e aumento no índice OH-D em todas as regiões no período de 1986 a 2010. A região Norte, que tinha o pior padrão em 1986, apresentou o maior ganho em termos de dentição funcional. Os pesquisadores concluíram que tem ocorrido uma transição da saúde bucal para melhor nos adultos brasileiros. É plausível que a adição de flúor à água e ao creme dental, maior incorporação de serviços preventivos e a melhoria nos indicadores de desenvolvimento humano decorrentes de políticas públicas estejam relacionados a essa melhora²⁴.

Diante desses dados, é realmente possível afirmar que a condição de saúde bucal dos adultos brasileiros melhorou ao longo dos anos. Entretanto, em relação à saúde bucal dos idosos, a situação não se alterou, com alta prevalência de edentulismo (ausência total dos dentes) e de dentes cariados²⁵. O Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira, Projeto SB Brasil (2002/2003), evidenciou um quadro crítico para idosos: 54,8% de desdentados totais, CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados) médio de 27,93 e menos de 10% com mais de 20 dentes na boca⁴. Estes achados são fortemente influenciados por efeito de coorte e período. A maior parte dos idosos brasileiros viveram a infância e juventude não expostos à fluoretação de águas (iniciada no Brasil nos anos 1950). Entretanto, a fluoretação das pastas de dentes, iniciada no final dos anos 1980, se mostra como a principal razão para o declínio da cárie dentária e de boa parte das perdas detectadas neste grupo populacional.

Pesquisas epidemiológicas periódicas, de base nacional, são de alta relevância para o planejamento, a avaliação e o monitoramento das condições de saúde e dos serviços. Sabe-se que o comportamento das pessoas é condicionado, dentre outros aspectos, por suas percepções e a importância a elas atribuída. Nem sempre ofertar serviços de saúde é sinônimo de busca pelos mesmos. Dessa forma, conhecer como cada indivíduo percebe a própria saúde é um importante passo para se compreender o padrão de procura por serviços de saúde^{12-14,25}.

Segundo os dados da PNS, as dificuldades para se alimentar foram pouco relatadas na po-

pulação em geral, mas foram frequentes entre os idosos, bem como entre aqueles com baixa escolaridade. Uma revisão sistemática da literatura, no período de 1986 a 2004, sobre os problemas bucais mais prevalentes entre os idosos brasileiros, revelou que os valores médios do índice CPO-D foram de 25 a 31, verificando-se grande porcentagem de indivíduos edêntulos, refletindo a ineficácia historicamente presente nos serviços públicos de atenção odontológica, limitados a extrações em série e a atendimentos de urgência, com base no modelo curativista²⁵.

Como limitação deste estudo, destaca-se a não realização de exame clínico para verificar a situação de saúde bucal dos adultos entrevistados. Todavia, é necessário ratificar que a auto-percepção de saúde bucal é menos associada às situações clínicas e mais ligada a fatores subjetivos²⁶. A autopercepção sobre o número de dentes possui alta validade de acordo com a literatura²⁷.

Considerações Finais

No Brasil, são históricas as desigualdades em saúde bucal, evidenciando vulnerabilidades na área rural, nas regiões Nordeste e Norte e entre aqueles com menor escolaridade^{8,13,20}. As intervenções em saúde pública no campo da saúde bucal afetam principalmente grupos com melhor condição socioeconômica, que usufruem preliminar e intensamente das vantagens das políticas públicas benéficas, como a fluoretação das águas de abastecimento público⁸. Os dados da PNS 2013 reforçam a necessidade de políticas e ações que minimizem as desigualdades em saúde bucal, garantindo acesso aos subgrupos populacionais mais vulneráveis de acordo com as suas necessidades de saúde.

Colaboradores

LS Nico trabalhou na escrita, na revisão e redação final do artigo. SSCA Andrade trabalhou na escrita, na construção das figuras e tabelas, na revisão e redação final do artigo. DC Malta trabalhou na concepção e na revisão do artigo. GA Pucca Júnior trabalhou na revisão final do artigo. MA Peres participou da escrita e da revisão do artigo.

Referências

1. Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indivíduos socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica* 2005; 39(6):930-936.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana 1986*. Brasília: MS; 1988. (Série C: Estudos e Projetos, 4).
3. Pinto VG. *Saúde bucal coletiva*. São Paulo: Editora Santos; 2000.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais*. Brasília: MS; 2004.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil 2010: resultados principais*. Brasília: MS; 2011.
6. Borges MC, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF. Perfil das perdas dentárias em adultos segundo o capital social, características demográficas e socioeconômicas. *Cien Saude Colet* 2014; 19(6):1849-1858.
7. Antunes JLF, Narvai PC, Ferreira JL, Narvai PC. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. *Rev Saude Publica* 2010; 44(2):360-365.
8. Ramires I, Buzalaf MAR. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – cinquenta anos no Brasil. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):1057-1065.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
10. Maes L, Vereecken C, Vanobbergen J, Honkala S. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *Int Dent J* 2006; 56(3):159-167.
11. Garbado MCL, Moysés ST, Moysés SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto de Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(6):439-445.
12. Moura C, Gusmão ES, Santillo PMH, Soares RSC, Coelho RS, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):611-622.
13. Braga APG, Barreto SM, Martins Lima AMEB. Auto percepção da mastigação e fatores associados em adultos brasileiros. *Cad Saude Publica* 2012; 28(5):889-904.
14. Santos S, Patrícia MH, Soares RSC, Cimões R. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):611-622.
15. Matos DL, Lima-Costa MF. Auto-avaliação da saúde bucal entre adultos e idosos residentes na Região Sudeste: resultados do Projeto SB-Brasil, 2003 Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1699-1707.
16. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Perdas dentárias e fatores sociais, demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(8):1803-1814.
17. Petersen PE. Tobacco and oral health: the role of the World Health Organization. *Oral Health Prev Dent* 2003; 1(4):309-315.
18. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(6):1383-1392.
19. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica* 2011; 27(10):2041-2054.
20. Ervin RB, Dye BA. The effect of functional dentition on Healthy Eating Index scores and nutrient intakes in a nationally representative sample of older adults. *J Public Health Dent* 2009; 69(4):207-216.
21. Araújo CS, Lima RC, Peres MA, Barros AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(5):1063-1072.
22. Barros AJD, Andréa DB. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):709-717.
23. Pinheiro RS, Torres TZG. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):999-1010.
24. Nascimento S, Frazão P, Bousquat A, Antunes JLF. Condições dentárias entre adultos brasileiros de 1986 a 2010. *Rev Saude Publica* 2013; 47(Supl. 3):69-77.
25. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad Saude Publica* 2005; 21(6):1665-1675.
26. Vasconcelos LCA, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saude Publica* 2012; 28(6):1101-1110.
27. Pedro REL, Bos AJG, Padilha DMP, Silva-Filho IGD. Validação de entrevista por telefone para avaliação da saúde bucal em idosos. *Rev Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2012; 8(2):213-220.

Artigo apresentado em 26/10/2015

Aprovado em 07/12/2015

Versão final apresentada em 09/12/2015