

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA**

**Autoavaliação da saúde bucal do adolescente brasileiro residente na Região  
Sudeste: prevalências e fatores associados**

Sheyla Omonte Neves  
*Doctor Scientiae*

**VIÇOSA - MINAS GERAIS  
2025**

**SHEYLA OMONTE NEVES**

**Autoavaliação da saúde bucal do adolescente brasileiro residente na Região  
Sudeste: prevalências e fatores associados**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Política Social, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

Orientadora: Karla M. Damiano Teixeira

**VIÇOSA - MINAS GERAIS  
2025**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

N518a  
2025  
Neves, Sheyla Omonte, 1974-  
Autoavaliação da saúde bucal do adolescente brasileiro  
residente na região Sudeste: prevalências e fatores associados /  
Sheyla Omonte Neves. – Vicosa, MG, 2025.  
1 tese eletrônica (114 f.): il. (algumas color.).

Inclui anexos.

Orientador: Karla Maria Damiano Teixeira.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa,  
Departamento de Serviço Social, 2025.

Inclui bibliografia.

DOI: <https://doi.org/10.47328/ufvbbt.2025.467>

Modo de acesso: World Wide Web.

1. Saúde bucal - Aspectos sociais. 2. Saúde bucal -  
Avaliação. 3. Adolescentes - Saúde e higiene - Brasil, Sudeste.  
I. Teixeira, Karla Maria Damiano, 1972-. II. Universidade  
Federal de Viçosa. Departamento de Serviço Social. Programa  
de Pós-Graduação em Política Social. III. Título.

CDD 22. ed. 362.197601

**SHEYLA OMONTE NEVES**

**Autoavaliação da saúde bucal do adolescente brasileiro residente na Região  
Sudeste: prevalências e fatores associados**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Política Social, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

APROVADA: 30 de junho de 2025.

Assentimento:

---

Sheyla Omonte Neves  
Autora

---

Karla Maria Damiano Teixeira  
Orientadora

Essa tese foi assinada digitalmente pela autora em 17/07/2025 às 22:46:46 e pela orientadora em 18/07/2025 às 11:09:05. As assinaturas têm validade legal, conforme o disposto na Medida Provisória 2.200-2/2001 e na Resolução nº 37/2012 do CONARQ. Para conferir a autenticidade, acesse <https://siadoc.ufv.br/validar-documento>. No campo 'Código de registro', informe o código **BH1N.AJJE.LS23** e clique no botão 'Validar documento'.

Dedico esta tese ao Álvaro José Magalhães Neves, ao João Vítor Omonte Neves e à Ana Clara Omonte Neves, que me acompanharam neste processo com incentivo, compreensão e amor.

## AGRADECIMENTOS

Neste caminhar foi fundamental ter a presença de Deus em minha vida, que me amparou nos momentos difíceis e colocou em meu caminho pessoas abençoadas que me incentivaram e apoiaram durante todo o percurso.

Agradeço imensamente à minha família, base e fortaleza em todos os momentos. Ao meu marido, Álvaro, que sempre me ensinou a ser persistente, que se fez presente e ativo em cada novo desafio desta caminhada, e por estar ao meu lado de maneira incondicional. Aos meus filhos, João Vítor e Ana Clara, pelo amor, pela paciência e pelo apoio que foram tão essenciais nesse processo. Aos meus pais, Renê e Beth (*in memoriam*), que me ensinaram o valor do estudo, sempre afirmando que “o conhecimento adquirido é a única coisa que nunca conseguirão tirar de você, minha filha”. Aos meus irmãos, Simone e Ivan, que sempre tiveram palavras de carinho e sempre torceram por mim.

Minha gratidão à Professora Karla, por me receber de braços abertos, pelo aprendizado nesta caminhada, por me ensinar o que é dedicação, disciplina e amor à pesquisa, por propor mudanças reais a partir da pesquisa e, mais ainda, pela orientação assertiva, empática e sempre presente.

Agradeço à Professora Giana Zarbato, pela amizade e pelo auxílio essencial na análise de amostras complexas.

Minha gratidão às minhas amigas queridas pelas palavras sábias nos momentos de dúvida, pelo incentivo incondicional, e pelo carinho sempre presente.

Agradeço à Prefeitura Municipal de Viçosa, ao Secretário de Saúde e em especial às Coordenadoras da Odontologia entre 2022 e 2025, pelo apoio e liberação para congressos e aulas durante o doutorado.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós-graduação.

Este trabalho foi realizado com o apoio das seguintes agências de pesquisa brasileiras: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

“O correr da vida embrulha tudo,  
a vida é assim: esquenta e esfria,  
aperta e daí afrouxa,  
sossega e depois desinquieta.  
O que ela quer da gente é coragem”.  
(João Guimarães Rosa)

## RESUMO

NEVES, Sheyla Omonte, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2025. **Autoavaliação da saúde bucal do adolescente brasileiro residente na Região Sudeste: prevalências e fatores associados.** Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira.

A autoavaliação da saúde bucal por adolescentes brasileiros configura-se como uma problemática que pode afetar a qualidade de vida do indivíduo, de seu núcleo familiar e da comunidade em que está inserido. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi analisar a autoavaliação da saúde bucal entre adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos, residentes na região Sudeste do Brasil. Além disso, investigaram-se as associações dessa autoavaliação com variáveis relacionadas às condições clínicas, demográficas, de facilitação/predisposição, de percepção e de impactos na rotina. Para atingir os objetivos propostos, realizou-se um estudo epidemiológico transversal, com base na análise de dados secundários provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil. Utilizou-se o pacote estatístico Stata, versão 17.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos) com aplicação de análises descritiva, bivariada e multivariável, por meio de regressão múltipla, a fim de estimar as associações entre a autoavaliação da saúde bucal e as variáveis explicativas selecionadas para a modelagem. Os resultados indicaram que uma parcela expressiva dos adolescentes avaliou negativamente sua saúde bucal, sendo essa percepção associada a fatores como idade mais avançada dentro da faixa etária analisada, condição socioeconômica desfavorável, dor de dente nos últimos seis meses, perda dentária por lesão de cárie, presença de cálculo dentário, necessidade autorreferida de tratamento odontológico e maior intervalo desde a última consulta odontológica. Esses achados reforçam a importância da autoavaliação como indicador subjetivo sensível às desigualdades sociais, às condições clínicas e aos fatores psicossociais que envolvem o adolescente. Assim, sugere-se a inclusão da autoavaliação da saúde bucal na elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas à saúde e à qualidade de vida dos adolescentes, de suas famílias e comunidades.

Palavras-chave: saúde bucal; qualidade de vida; adolescente; odontologia; autoavaliação de saúde

## ABSTRACT

NEVES, Sheyla Omonte, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2025. **Self-assessment of oral health among brazilian adolescents resident in the Southeast Region: prevalence and associated factors.** Adviser: Karla Maria Damiano Teixeira.

Self-assessment of oral health by Brazilian adolescents is a problem that can affect the quality of life of the individual, his/her family, and the community in which he/she lives. Thus, this study aims to analyze the self-assessment of oral health in Brazilian adolescents aged 15 to 19 years living in the Southeast region of Brazil. In addition, the associations of this self-assessment with variables related to clinical, demographic, facilitating/predisposing, perception, and impacts on routine were investigated. In order to achieve the proposed objectives, a cross-sectional epidemiological study was conducted through the analysis of secondary data obtained from the National Oral Health Survey – SB Brazil Project. The statistical package used was Stata version 17.0 (Stata Corporation, College Station, United States) and descriptive, bivariate and multivariate analysis with multiple regression were performed to estimate the associations between self-assessed oral health and each of the explanatory variables selected for modeling. It was observed that a significant proportion of the adolescents evaluated their oral health negatively, and this perception was associated with factors such as older age within the analyzed age range, unfavorable socioeconomic status, toothache in the last six months, tooth loss due to caries, presence of dental calculus, self-reported need for dental treatment, and longer interval since the last dental appointment. These findings reinforce the importance of self-assessment as a subjective indicator sensitive to social inequalities and the clinical and psychosocial conditions of adolescents. Therefore, this study suggests that self-assessment of oral health should be included in the development, implementation, and analysis of public policies aimed at the health and quality of life of adolescents, their families and communities.

Keywords: oral health; quality of life; adolescent; dentistry; self-assessment of health

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANSB	Autoavaliação da saúde bucal negativa
APS	Atenção Primária em Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CPI	Índice Periodontal Comunitário
CPO-D	Índice de dentes cariados, perdidos e obturados
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSB	Conferência Nacional de Saúde Bucal
DAI	Índice de Estética Dental
DMC	Dispositivo móvel de coleta
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
FIS	Escala de Impacto Familiar
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Planejamento Econômico e Social
LRPD	Laboratório Regional de Prótese Dentária
MBRO	Movimento Brasileiro de Renovação da Odontologia
MS	Ministério da Saúde
OIDP	Índice de impacto das desordens bucais no desempenho diário
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAB	Piso da Atenção Básica
PMAQ	Programa de melhoria do acesso e da qualidade
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios
PNS	Política Nacional de Saúde
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PSF	Programa de Saúde da Família
QVRSB	Qualidade de vida relacionada à saúde bucal
SBBrazil	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Brasil
SUS	Sistema Único de Saúde

# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1	A Política Nacional de Saúde Bucal: o programa Brasil Sorridente .....	13
1.2	O problema e sua importância.....	14
1.3	Justificativa da temática proposta .....	16
1.4	Objetivos .....	16
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL</b> .....	<b>18</b>
2.1	O Direito à Saúde como uma Garantia Humana Fundamental .....	18
2.2	Políticas Públicas: O Sistema Único de Saúde .....	19
2.3	A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal .....	20
2.4	A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB) .....	23
2.5	A Autoavaliação em Saúde Bucal.....	28
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>35</b>
3.1	Contextualizando o Projeto SBBrazil.....	35
3.2	Local do Estudo.....	37
3.3	População de Estudo e Seleção da Amostra .....	39
3.4	Coleta de dados .....	39
3.5	Análise dos dados .....	41
3.6	Aspectos éticos da pesquisa .....	42
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>44</b>
4.1	ARTIGO 1- A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil rumo a uma Política de Estado: uma análise do ciclo da política.....	44
4.2	ARTIGO 2- A autoavaliação da saúde bucal de adolescentes na região Sudeste do Brasil: dados do SBBrazil 2003 .....	60
4.3	ARTIGO 3- A autoavaliação da saúde bucal de adolescentes na região Sudeste do Brasil ...	77
<b>5</b>	<b>CONCLUSÕES GERAIS</b> .....	<b>98</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>101</b>
	<b>ANEXO A – Declaração Provisória de Participação no Projeto SBBrazil 2020</b> .....	<b>106</b>
	<b>ANEXO B – Questionário de caracterização socioeconômica e escolaridade</b> .....	<b>107</b>
	<b>ANEXO C – Questionário sobre a morbidade bucal referida, acesso/uso de serviços de saúde bucal e autopercepção em saúde bucal</b> .....	<b>108</b>
	<b>ANEXO D – Questionário sobre o impacto da saúde bucal nas atividades diárias</b> .....	<b>109</b>

<b><i>ANEXO E – Formulário para coleta de dados.....</i></b>	<b><i>110</i></b>
<b><i>ANEXO F – Termo de assentimento livre e esclarecido.....</i></b>	<b><i>111</i></b>
<b><i>ANEXO G – Termo de consentimento livre e esclarecido – responsável pelo menor de idade .....</i></b>	<b><i>113</i></b>

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal, como integrante da saúde geral, apresenta relevância não apenas a partir dos seus processos biológicos e patológicos, mas também a partir das relações que os homens estabelecem entre si. As doenças bucais podem interferir negativamente na rotina dos indivíduos, nas suas atividades na escola, no trabalho, na vida doméstica, enfim, nas relações familiares e sociais do homem (Petersen, 2003). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o impacto dessas enfermidades reduz significativamente a qualidade de vida dos indivíduos (Petersen, 2003). Dessa maneira, a busca de um governo pelo bem-estar da sua população implica dar a devida atenção à qualidade de vida associada à saúde bucal (Locker; Allen, 2007).

No entanto, até a década de 1980, a saúde não era um direito de todo brasileiro e, nesse contexto, menos de 5% da população tinha acesso à assistência odontológica sistemática, havia baixíssima cobertura de água fluoretada e escassez de serviços públicos odontológicos (Narvai, 2020). A literatura corrente ensina que o primeiro passo no desenvolvimento de uma política é o reconhecimento do problema como de relevância pública (Secchi, 2013). No caso em questão, a inexistência de uma política estruturada na área de saúde bucal no Brasil, os indicadores negativos de saúde bucal da população brasileira e a baixa cobertura de atendimento odontológico não eram suficientes para que esse estado de coisas fosse compreendido como relevante do ponto de vista público (Narvai, 2020). Movimentos sociais e organizações populares pressionavam pelo acesso à saúde pública e universal, inclusive a saúde bucal. Os debates aconteciam, por exemplo, nos Movimentos da Reforma Sanitária nos anos 70 e no Movimento Brasileiro de Renovação Odontológica (MBRO), em 1985 (Narvai, 2011). Esses debates foram, então, se intensificando em Encontros Científicos e Conferências, culminando na realização da I Conferência Nacional de Saúde Bucal, que se realizou em paralelo com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986 (Brasil, 1986). Em 1988, aconteceu a conquista do Estado Democrático de Direito e, no texto constitucional, estava explicitada a saúde como direito de todos e dever do Estado (Brasil, 2002). Assim, a promulgação da Constituição Federal de 1988 foi um marco para a saúde bucal que, como parte essencial da saúde geral, passou também a ser compreendida como um direito de todos e um dever do Estado. Esse foi um importante passo para o desenvolvimento de uma verdadeira política dedicada ao tema.

Durante a I Conferência Nacional de Saúde Bucal, foi proposta a inserção da saúde bucal no Sistema Único de Saúde (SUS) que se delineava, caracterizado pelas diretrizes de universalização, hierarquização e descentralização (Brasil, 1986). Essas deliberações estavam alinhadas com os anseios descentralizadores de estados e municípios, que reivindicavam o direito de planejar ações de saúde bucal adequadas às realidades locais, como foi discutido no Encontro Nacional de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico, no ano de 1984 (Narvai; Frazão, 2008). No entanto, seguindo a tradição histórica, apenas programas de curta duração ou desalinhados com a filosofia do SUS foram estabelecidos entre os anos de 1989 e 2002 (Narvai; Frazão, 2008). As proposições democráticas em relação à saúde bucal foram sistematicamente recusadas, enquanto conjunto, pelos governos federais de José Sarney (1985-1990) a Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) (Narvai, 2011).

O ponto de inflexão positiva nos rumos das políticas públicas de saúde bucal foi a posse do Presidente Luiz Inácio da Silva (2003-2010), momento que abriu a “janela de oportunidade” para esse projeto. Segundo Paulo Narvai (2020), o governo de Luiz Inácio (Lula) da Silva acolheu e fez suas as propostas democráticas em relação à saúde bucal. Lula, enquanto candidato, demonstrava interesse na pauta e, como concorreu diversas vezes à presidência, a construção da futura política teve um longo período de maturação, consolidando-se em espaços técnico-políticos (Narvai, 2020). Como já foi dito, os debates sobre a importância da saúde bucal no sistema público se iniciaram nos anos 70, se intensificaram em Encontros Científicos, nas CNS e em Conferências nos anos de 1980 e 1990, nas Conferências Nacionais de Saúde Bucal, e amadureceram em eventos nos anos 2000 que, por sua vez, culminaram na divulgação do documento “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes” (Narvai, 2011). Segundo Narvai (2011), o texto original desse documento afirma que:

[...] o anúncio do *Programa Fome Zero* como a primeira manifestação do presidente Luiz Inácio Lula da Silva ao povo brasileiro sinalizou, clara e inequivocamente, a prioridade que o atual governo pretende dar às políticas públicas que, em nosso entendimento, incluem a saúde, e, nela, a saúde bucal, uma vez que tornar fome zero uma realidade para todos os brasileiros implica assegurar-lhes condições para mastigar bem. E ter dentes é condição para mastigar bem. Manter dentes saudáveis e, na sua falta, prover dentes aos que deles necessitam constitui, sem dúvida, enorme desafio no conjunto de desafios do Programa Fome Zero. Daí nossa consigna: *Fome zero, boca cheia de dentes!* (Narvai, 2011, p.25).

Foi sobre essa base sólida que se estruturou a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). Apesar de algumas iniciativas discretas de oferecimento de assistência odontológica básica no sistema público terem acontecido antes de 2002, essa temática só foi reconhecida como

relevante e entrou na agenda de prioridades do Governo Federal a partir da eleição do Presidente Lula.

### **1.1 A Política Nacional de Saúde Bucal: o programa Brasil Sorridente**

A Saúde Bucal brasileira começou a incorporar, em seus pressupostos operacionais, os princípios fundamentais do SUS a partir do lançamento da PNSB e do seu projeto executivo, o Brasil Sorridente. Segundo Fischer e Miller (2007), durante a formulação de políticas públicas, os problemas, as propostas e as demandas são transformadas em programas de governo. De fato, nos anos de 2003 a 2004, a discussão da PNSB envolveu diversos atores políticos e instituições formais e informais. Em um cenário efervescente em ideias e reflexões, o Programa Brasil Sorridente tomava forma. Foi apresentado o documento político balizador do programa, intitulado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (Brasil, 2004). Tal documento:

Apresenta as diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas em congressos e encontros de odontologia e de saúde coletiva, bem como em consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal. Estas diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta a produção do cuidado. Desta forma, deve ser compreendido como referência conceitual para o processo de se fazer o modelo de atenção no espaço da micropolítica, onde ocorre, diante de diversos problemas e demandas, o encontro dos saberes e fazeres entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais (Brasil, 2004, p.1).

Para constituir a política de uma maneira democrática e plural, era necessário que essas diretrizes fossem amplamente discutidas com a sociedade. Em julho de 2004, realizou-se um dos momentos mais importantes dessa construção, a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, cujas etapas municipais, regionais e estaduais envolveram mais de 80 mil brasileiros (Pereira, 2009). As diretrizes da PNSB foram apresentadas à sociedade e cada uma das suas 298 propostas foram debatidas durante a conferência, destacando-se pela defesa de ações preventivas e curativas, de acordo com as necessidades dos usuários, e pela integração das ações de saúde bucal à saúde geral, concebendo o indivíduo na sua integralidade (Lopes, 2008). As diretrizes foram, então, incorporadas como linhas de ação no Plano Nacional de Saúde, publicadas na Portaria MS-2.607, de 28/12/2004.

Em março de 2004, na cidade de Sobral, Ceará, foi oficialmente lançado o Programa Brasil Sorridente com a participação do Presidente Lula. A PNSB foi publicada em 2004 e

ainda está em vigor. Esse programa propõe reorientar a atenção ao mover o eixo central do cuidado para a promoção de saúde, e universalizar o acesso através da inserção transversal da saúde bucal nas linhas de cuidado dentro do SUS. Além disso, visa a integralidade ao investir na instalação de uma rede especializada dentro do sistema, com a construção, por exemplo, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Ademais, o cuidado em saúde bucal no serviço público deixa de ser restrito à atenção básica para grupos específicos (como escolares e gestantes) com a implementação da PNSB. Assim, ocorre a ampliação do acesso a serviços, especialmente com a inclusão da equipe odontológica na Estratégia de Saúde da Família e, dessa maneira, o Brasil torna universal o acesso à saúde bucal na atenção básica (Aquilante; Acioli, 2015). Portanto, o programa constitui-se de uma série de medidas que buscam garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos cidadãos, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida (Brasil 2004). Os principais objetivos do programa são: a reorganização da atenção básica, especialmente por meio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF); a organização da atenção especializada com a implantação dos CEO e LRPD; a promoção e a proteção da saúde, através da educação em saúde e da fluoretação das águas de abastecimento; e a vigilância em saúde bucal por meio da realização de estudos epidemiológicos periódicos (Brasil, 2004).

A efetividade da PNSB pode ser avaliada através do constante monitoramento da situação de saúde bucal da população. Com efeito, a vigilância em saúde é prevista na PNSB e permite a produção de uma série histórica de informações epidemiológicas em saúde bucal. Essa coleta e armazenamento de dados tem sido realizada através da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal e as suas fases, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2003 (SBBrasil 2003), a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010 (SBBrasil 2010) e a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2023 (SBBrasil 2023). Assim, os SBBrasil 2003, 2010 e 2023, como parte constituinte da PNSB e, por conseguinte, do Brasil Sorridente, são uma ferramenta epidemiológica de grande auxílio para a avaliação transversal da política e para a análise comparativa do programa em função do tempo.

## **1.2 O problema e sua importância**

O que se testemunha do Brasil atualmente é o recrudescimento da vulnerabilidade social, consequência das crises econômica, ambiental, política, social e sanitária que vem acometendo o país (Boschetti; Behring, 2021). Nesse cenário, é importante alicerçar as políticas públicas

em mecanismos de proteção social focados na garantia do bem-estar e da qualidade de vida da população. Isso posto, informações sobre a subjetividade do processo saúde-doença são tão necessárias quanto os dados objetivos, isto é, clínicos, quando o propósito é a construção e a avaliação de políticas públicas para enfrentar as desigualdades em saúde (Knorst *et al.*, 2021). Por conseguinte, a autoavaliação da saúde e da qualidade de vida são fatores importantes em estudos epidemiológicos em saúde bucal (Montero *et al.*, 2018).

A avaliação de um indivíduo sobre o próprio estado de saúde bucal está associada à condição objetiva da saúde bucal e à funcionalidade, mas também leva em consideração valores culturais e sociais próprios da pessoa e do grupo no qual está inserida (Chen; Hunter, 1996). Segundo Gift, Atchison e Drury (1998), a autoavaliação em saúde reflete a qualidade de vida e, dessa maneira, pode ser um elemento chave quando se busca compreender os impactos no bem-estar ocasionados pela autoavaliação negativa de saúde bucal. Esse dado se torna especialmente importante na formulação e análise de políticas públicas que tenham diretrizes voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, como aquelas que norteiam o SUS (Brasil, 1990).

Alinhada às diretrizes do SUS, a PNSB busca a reorganização e a reorientação do modelo de atenção em saúde, visando o bem-estar da população e o avanço na promoção de saúde (Brasil, 2004). Nesse contexto, é essencial compreender a prevalência e fatores associados à autoavaliação de saúde bucal dos indivíduos, da família e, como consequência, do conjunto da comunidade. Em particular, é importante analisar a prevalência e fatores associados à autoavaliação negativa de saúde bucal do adolescente, pois essa é uma fase transitória que favorece o surgimento de comportamentos nocivos à saúde (Brondani *et al.*, 2021). No presente trabalho, a questão chave que se pretende responder é se a maneira como o adolescente brasileiro percebe a própria saúde bucal é influenciada por fatores de ordem demográfica, clínica, de facilitação/predisposição, de percepção e de impactos na vida cotidiana. A hipótese nula é de que esses fatores não impactam na autoavaliação de saúde bucal do adolescente.

Além disso, o estado de saúde do jovem pode influenciar tanto a sua própria qualidade de vida quanto a do seu núcleo familiar e, por conseguinte, da comunidade no qual está inserido. Com efeito, determinadas condições que impactam negativamente o bem-estar do adolescente podem afetar a qualidade de vida das suas famílias, provocando dificuldade financeira, conflito familiar, e prejudicando as atividades diárias desse grupo dentro da sua comunidade (Barbosa; Gavião, 2009; Petersen, 2003). Coerentemente, o conceito contemporâneo de saúde da criança e do adolescente refere-se tanto ao indivíduo quanto à família (Barbosa; Gavião, 2009). De fato, em um estudo canadense, a má oclusão do filho foi considerada tanto um fenômeno financeiro

quanto emocional para a família, tendo impacto considerado generalizado no núcleo familiar (Locker *et al.*, 2002).

Já Bendo *et al.* (2014), em um estudo conduzido no Brasil, observaram que as famílias de adolescentes com traumatismo dentário tiveram maior probabilidade de relatar um impacto negativo na qualidade de vida, afetando as atividades familiares e as emoções, o que pode resultar em conflitos familiares. De modo similar, um estudo realizado na Arábia Saudita descreveu o impacto negativo da saúde bucal debilitada do filho na qualidade de vida da sua família, afetando sobremaneira o sono, o trabalho e a rotina dos pais (Quadri *et al.*, 2021).

### **1.3 Justificativa da temática proposta**

Sou odontóloga do SUS do município de Viçosa, Minas Gerais, há 28 anos e, na minha prática diária, atendo adolescentes incomodados com a aparência dos seus dentes, envergonhados pela halitose e, muito frequentemente, em quadros clínicos de urgências odontológicas. Por uma exigência do serviço de saúde, os pais/responsáveis do menor de idade precisam comparecer às consultas e, em geral, faltam ao trabalho para esse acompanhamento. São parentes que, muitas vezes, perdem a noite de sono junto aos seus adolescentes com dor de dente. São famílias que, com enorme sacrifício financeiro, proporcionam aos seus jovens a tão desejada correção ortodôntica. Esses acontecimentos relacionam-se intimamente com o bem-estar da família e, por conseguinte, da comunidade. Analisando a literatura, observou-se que a autoavaliação da saúde bucal do adolescente é um tema pouco abordado na pesquisa nacional e internacional (Santos *et al.*, 2022). No entanto, conhecer os fatores associados à autoavaliação da saúde bucal possibilita, tanto no ambiente público quanto no privado, o planejamento de ações preventivas e de tratamento que visem melhorar o bem-estar dos indivíduos, das suas famílias e da coletividade.

Os resultados obtidos neste trabalho podem ser importantes aliados para o desenvolvimento e reorganização de políticas de saúde pública e estratégias de prevenção e tratamento centrados no adolescente e na família, tanto na rede particular quanto na pública.

### **1.4 Objetivos**

Como objetivo geral, esta pesquisa objetivou conhecer a autoavaliação da saúde bucal dos adolescentes brasileiros residentes na região Sudeste, e a sua relação com condições

clínicas, demográficas, de predisposição/facilitação ao tratamento, de percepções em saúde e de impactos da saúde bucal no cotidiano.

A fim de alcançar este objetivo, tem-se como objetivos específicos:

- Identificar a condição de saúde bucal de adolescentes brasileiros residentes na região Sudeste por meio de indicadores clínicos de cárie dentária, de consequências clínicas da cárie dentária, de condições periodontais e de má oclusão.

- Caracterizar o perfil demográfico dos adolescentes brasileiros residentes na região Sudeste por meio das variáveis: sexo, idade e raça/cor da pele.

- Conhecer os fatores de predisposição/facilitação ao cuidado em saúde bucal de adolescentes brasileiros residentes na região Sudeste por meio da condição econômica familiar e da visita prévia ao dentista.

- Identificar e analisar as percepções e os impactos na rotina de adolescentes brasileiros residentes na região Sudeste por meio de variáveis de dor autorreferida, de necessidade de tratamento e indicadores de impacto da condição de saúde bucal no dia-a-dia.

- Identificar, entre as condições bucais observadas, as variáveis demográficas, de facilitação/predisposição, de impacto e percepção investigadas, aquelas associadas a uma avaliação negativa da saúde bucal dos adolescentes brasileiros residentes no Sudeste do país.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL

O referencial teórico-conceitual está fundamentado nos direitos humanos e seu caráter universal; no direito à saúde, como direito humano basilar, nas políticas públicas em saúde e nas diretrizes do SUS, bem como na sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde bucal; e nas Pesquisas Nacionais de Saúde Bucal brasileiras. Esses referenciais delimitam a escolha conceitual que embasou a pesquisa acerca da autoavaliação da saúde bucal do adolescente brasileiro morador do Sudeste do país, tendo como perspectiva verificar a autoavaliação da saúde bucal e os fatores associados.

### 2.1 O Direito à Saúde como uma Garantia Humana Fundamental

Os direitos humanos são o resultado de um processo histórico de construções e, dessa maneira, têm se transformado ao longo da caminhada civilizatória do homem (Poffo; Souza; Custodio, 2013). Um dos seus momentos mais significativos aconteceu em dezembro de 1948, na Organização das Nações Unidas (ONU), quando se promulgou a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esse fato histórico aconteceu poucos anos após a Segunda Guerra Mundial e, juntamente com a própria criação da ONU, é entendido como uma reação às atrocidades cometidas em tempos de guerra. Segundo Ventura (2011, p. 88), o caráter universal ocorre *“porque a condição pessoal deve ser o único e exclusivo requisito para titularidade desses direitos, sendo a dignidade da pessoa humana o fundamento de toda e qualquer medida”*. De fato, o principal foco da Declaração Universal dos Direitos Humanos é garantir para qualquer ser humano, em qualquer país e sob quaisquer circunstâncias, condições mínimas de sobrevivência e crescimento em um ambiente de respeito, paz, igualdade e liberdade (Jubilut; Ramina; Silva, 2016). Nesse contexto, o direito à saúde é reconhecido formalmente como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humanas (Ventura, 2011). Dessa maneira, é adequado analisar a saúde na esfera dos direitos humanos.

O significado dos direitos humanos ultrapassa a ideia de direitos legais. Com efeito, seus princípios devem garantir a satisfação das condições mínimas para uma vida digna, isto é, uma existência na qual o indivíduo possa ter suas necessidades fundamentais atendidas, respeitar a si mesmo (autoestima) e ao outro. Este é um preceito ético universal que deve ser seguido por governos, instituições, comunidades e indivíduos (Ventura, 2011). No Brasil, a Constituição Federal de 1988, denominada popularmente de Constituição Cidadã, incorporou os princípios dos direitos humanos e, dentre eles, o direito à saúde. Em seu artigo 196, lê-se na Constituição

Federal de 1988 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 2002).

Assim, espera-se que os governos utilizem essa perspectiva para pautar os avanços políticos e a melhoria das condições sociais da população.

## **2.2 Políticas Públicas: O Sistema Único de Saúde**

O SUS é a materialização da decisão política brasileira de considerar a saúde um direito de todos e um dever do Estado. Dessa maneira, o SUS começa a tomar corpo a partir da Constituição Federal de 1988 e da lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a denominada Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). Esta lei define as diretrizes para organização e funcionamento do sistema de saúde brasileiro, dispondo sobre “*as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*”. A lei no 8.080, portanto, pode ser entendida como a coluna vertebral do sistema de saúde brasileiro e contém o ideário, as diretrizes e a estruturação do SUS.

Os princípios fundamentais do SUS são divididos em dois grandes grupos: os doutrinários e os organizacionais. Os princípios doutrinários são aqueles que englobam os principais ideais a serem alcançados através dos programas e ações do SUS, são eles a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde. A universalidade diz respeito à reforma do sistema de serviços de saúde de modo a garantir a universalização do acesso. O princípio da equidade remete à necessidade de “tratar desigualmente os desiguais” de maneira a alcançar a igualdade de oportunidades. A integralidade da atenção à saúde, por sua vez, associa-se ao leque das ações para a plena promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação do doente (Brasil, 1990).

Os princípios organizacionais do SUS, por outro lado, tratam das maneiras de concretizá-lo na prática. São eles a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação popular. A descentralização da gestão implica transferência de poder decisório a respeito das políticas de saúde do nível federal (Ministério da Saúde) para as esferas estadual (Secretarias de Estado da Saúde) e municipal (Secretarias Municipais de Saúde). A regionalização e a hierarquização dos serviços, por sua vez, dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos entre si e com a população. Os serviços devem ser

organizados em níveis crescentes de complexidade (hierarquização), delimitados a uma determinada área territorial e com o conhecimento da população a ser atendida (regionalização). Já a participação popular define que a sociedade deve participar da rotina do sistema. Para isso, criaram-se os Conselhos e as Conferências de Saúde, que objetivam a formulação de programas e estratégias, além da avaliação da implementação e execução das políticas de saúde (Brasil, 1990).

De particular importância para o presente trabalho, há no capítulo II, artigo 7º na lei no 8.080, o princípio VII do SUS que dispõe sobre a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, para a alocação de recursos e para a orientação programática (Brasil, 1990). Diante dessa diretriz e consciente da possibilidade cada vez mais próxima de implementação de um programa nacional de saúde bucal, o Ministério da Saúde, em parceria com entidades e instituições de odontologia, inicia o sistema de vigilância epidemiológica da saúde bucal da população brasileira. Dessa maneira, o Governo Federal cria a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, subsídio essencial para a Política Nacional de Saúde Bucal.

### **2.3 A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal**

O primeiro estudo sobre saúde bucal, de abrangência nacional e realizado no Brasil, aconteceu no ano de 1986. Ele forneceu informações sobre os problemas epidemiológicos básicos da população brasileira residente na área urbana. Denominado “Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal”, esse estudo foi realizado pelo Ministério da Saúde, com o apoio da Secretaria de Planejamento da Presidência da República, por meio do Instituto de Planejamento Econômico e Social (IPEA). Essa iniciativa aconteceu devido ao entendimento de que apenas através de dados fidedignos seria possível desenvolver ações em saúde com a amplitude e abrangência adequadas para o país (Brasil, 1988). Com efeito, para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes, é estratégica a construção de um modelo de vigilância em saúde bucal. Assim, a partir de sua criação em 2004, a PNSB foi desenhada de maneira a se pautar em modelos de atenção de base epidemiológica.

Dessa maneira, a partir da tomada de decisão e implementação da PSNB, foi pactuada a execução de levantamentos epidemiológicos periódicos para subsidiar o planejamento e a avaliação das ações e dos serviços junto ao SUS, bem como manter uma base de dados eletrônica para o componente de vigilância à saúde da PNSB (Brasil, 2004a). Estabeleceu-se, portanto, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal do Brasil.

O projeto SBBrasil é um levantamento epidemiológico nacional, com representatividade para as capitais de estado, o Distrito Federal e as cinco regiões geográficas do país (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), concebido para ter recorrência decenal. Até o momento, foram realizados três levantamentos nacionais em saúde bucal, com amostras representativas da população brasileira nas idades-índices de 5 anos, 12 anos e nos grupos etários 15 a 19 anos, 35 a 44 anos, 65 a 74 anos, utilizando metodologias semelhantes: o Projeto SBBrasil 2003, o Projeto SBBrasil 2010 e o Projeto SBBrasil 2023 (Brasil, 2004a, 2012, 2025). Em 2003, também foram avaliadas crianças de 18 a 36 meses.

O primeiro levantamento desse projeto foi, portanto, o SBBrasil 2003. Ele reuniu dados sobre as condições de saúde bucal da população urbana brasileira e a coleta desses dados ocorreu entre maio de 2002 e outubro de 2003. No que diz respeito à faixa etária entre 15 e 19 anos de idade, um total de 16.833 indivíduos foram entrevistados e examinados pelos pesquisadores do SBBrasil 2003. Na região Sudeste, a amostra nessa faixa etária foi de 2.981 indivíduos (Brasil, 2004a). O tamanho da amostra foi calculado para cada macrorregião a partir das estimativas de ataque de cárie produzidas em um levantamento epidemiológico realizado anteriormente (Brasil, 1988). O planejamento do SBBrasil 2003 considerou a seleção de uma amostra probabilística por conglomerados em três estágios, sendo sorteados 250 municípios de diferentes portes populacionais, com o objetivo de obter amostras representativas das faixas etárias analisadas nas cinco macrorregiões do país. O projeto incluiu dados relativos à situação socioeconômica, autoavaliação da condição bucal e acesso aos serviços odontológicos, além de exames clínicos (Brasil, 2004a). Foi realizado o treinamento e a calibração de 900 odontólogos e 1.200 anotadores, adotando-se os critérios de diagnóstico definidos pela OMS (WHO, 1997). Calculou-se a concordância intra e entre examinadores por meio da estatística kappa ponderada, considerando-se como valor mínimo aceitável 0,65 (WHO, 1997). Os exames bucais foram executados nos domicílios, sob iluminação natural, usando sonda periodontal e espelho bucal. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, foram observadas as características de cárie dentária de coroa, condições periodontais, oclusopatias, fluorose e necessidade de tratamento odontológico. Cada condição foi registrada em formulário padronizado para o levantamento. Através da aplicação de questionário foram obtidos dados relativos à condição socioeconômica, à utilização de serviços odontológicos e à autoavaliação da condição bucal (Brasil, 2004a). O Projeto SBBrasil 2003 foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e aprovado em 21 de julho de 2000, de acordo com o parecer no. 581/2000.

O Projeto SBBrasil 2010 buscou a produção de dados primários de morbidade bucal, norteando a PNSB com relação aos principais agravos de saúde bucal (cárie dentária, doença

periodontal, oclusopatias, fluorose e edentulismo). O SBBrasil 2010 manteve boa parte da metodologia utilizada no SBBrasil 2003. Essa foi uma pesquisa de base amostral, realizada em indivíduos residentes em 177 municípios de diferentes portes populacionais. Foram entrevistados e examinados em domicílio cerca de 37.519 indivíduos de cinco grupos etários (5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos). No que diz respeito à faixa etária entre 15 a 19 anos de idade, um total de 5.367 indivíduos foram entrevistados e examinados pelos pesquisadores do SBBrasil 2010. Na região Sudeste, a amostra nessa faixa etária foi de 910 indivíduos (Brasil, 2012).

Em torno de 2000 servidores do SUS das três esferas governamentais trabalharam na execução do SBBrasil 2010 (Brasil, 2012). Segundo o relatório de Resultados Principais do SBBrasil 2010:

O Brasil aprendeu, ao longo destes últimos oito anos, a investir na redução da pobreza e das desigualdades regionais, e na saúde bucal não foi diferente. O significativo crescimento de 390% das equipes de saúde bucal, a criação de 865 centros de especialidades odontológicas, a habilitação de 674 municípios com laboratórios de próteses dentárias, a distribuição de 72 milhões de *kits* de escova e pasta dentária, a ampliação do acesso à água tratada e fluoretada para cerca de sete milhões de brasileiros proporcionaram a redução do número de dentes extraídos. Houve ainda a ampliação do acesso aos serviços públicos odontológicos, principalmente para os mais pobres, elevando o Brasil ao grupo de países com baixa prevalência de cárie (Brasil, 2012, p. 14).

Nesse levantamento, a coleta de dados aconteceu com o auxílio de um dispositivo móvel de coleta (DMC) cedido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o trabalho de campo. Essa ferramenta permitiu a formação do banco de dados durante a própria coleta. Cada equipe de campo tinha um DMC disponível e um *software* específico para a entrada de dados foi instalado em todos os aparelhos (Brasil, 2012). O Projeto SBBrasil 2010 foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, aprovado e tendo recebido registro na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, do CNS, sob o número 15.498, em 7 de janeiro de 2010.

O Projeto SBBrasil 2023 manteve parte da metodologia utilizada nas edições anteriores e foi uma pesquisa de base amostral, realizada com indivíduos residentes em 395 municípios do interior e em todas as capitais do país (Brasil, 2025). Foram entrevistados e examinados, em domicílio, cerca de 49.400 participantes nas 26 unidades federativas e 1.400 indivíduos no Distrito Federal, totalizando aproximadamente 50.800 indivíduos pertencentes a cinco grupos etários (5 anos, 12 anos, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos) (Brasil, 2025).

No grupo de 15 a 19 anos, 8.053 indivíduos foram entrevistados e examinados pelos pesquisadores do SBBrasil 2023, sendo que, na região Sudeste, a amostra correspondente foi de 919 participantes.

O Projeto SBBrasil 2023, como componente de vigilância em saúde da PNSB, representou a continuidade e a consolidação de uma série histórica de informações epidemiológicas sobre saúde bucal no país. Seu objetivo principal foi avaliar o perfil epidemiológico da população brasileira no que diz respeito às condições de saúde bucal mais prevalentes, a fim de subsidiar o planejamento de políticas de promoção, prevenção e atenção à saúde bucal.

Os resultados do levantamento permitem observar o estado da saúde bucal da população brasileira vinte anos após a implantação da PNSB e em um contexto pós pandemia de covid-19, período em que o acesso aos serviços de saúde bucal foi significativamente comprometido (Brasil, 2025). Assim, o SBBrasil 2023 representa a continuidade de um processo essencial para o aprimoramento do planejamento e da qualidade dos serviços de saúde bucal no Brasil.

#### **2.4 A Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal (QVRSB)**

De acordo com a OMS, qualidade de vida é a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida no âmbito dos seus valores culturais, objetivos, padrões, interesses e das suas expectativas e preocupações. A definição de qualidade de vida da OMS incorpora os seguintes domínios: saúde física, estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, características ambientais e espiritualidade (WHOQOL, 1995). Por sua vez, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é um construto multifatorial determinado por uma gama de condições que afetam a percepção do indivíduo, os seus sentidos e comportamentos na sua atividade diária (Locker; Allen, 2007). Assim, o conceito de QVRSB envolve a mensuração do impacto das condições bucais no funcionamento diário e no bem-estar geral dos indivíduos (Sischo; Broder, 2011). Nesse contexto, o pensamento científico propõe que fatores ambientais, individuais e biológicos são os que predominantemente influenciam a QVRSB (Wilson; Cleary, 1995).

Um dos fatores ambientais mais relevantes para a QVRSB é a condição social e econômica, indicador que engloba elementos como renda, educação, ocupação, poder e prestígio (Braveman *et al.*, 2005). Uma recente revisão sistemática da literatura sugeriu que indivíduos de condição socioeconômica desfavorável apresentaram pior QVRSB,

independentemente da classificação econômica do país, do indicador socioeconômico utilizado e da faixa etária (Knorst *et al.*, 2021).

Além disso, um estudo português analisou a associação entre fatores individuais, como as escolhas alimentares, a higiene bucal, a experiência de cárie e a QVRSB de adolescentes daquele país (Montero *et al.*, 2018). Foram avaliados 782 adolescentes entre 11 e 17 anos. Observou-se menores níveis de QVRSB e maiores índices de cáries entre aqueles que consumiam regularmente alimentos açucarados e/ou “*fast foods*”, assim como entre os que escovavam os dentes no máximo uma vez ao dia. Dessa maneira, os autores sugeriram que há uma relação entre dieta rica em alimentos ultraprocessados e/ou açucarados, alta atividade de cárie, baixa higiene oral e baixa qualidade de vida (Montero *et al.*, 2018).

Ainda no escopo dos fatores individuais, a literatura tem sugerido uma relação negativa entre a qualidade de vida na adolescência e o risco associado ao uso de tabaco, álcool, drogas ilícitas e comportamento sexual de risco (Topolski *et al.*, 2001). Um estudo longitudinal recente analisou a relação entre a QVRSB de jovens e a sua propensão ao consumo de drogas lícitas (Brondani *et al.*, 2022). Foram acompanhados 1134 adolescentes brasileiros de 12 anos de idade durante 06 anos. Questionários e avaliações clínicas foram feitos aos 12, 14 e 18 anos de idade desses indivíduos. Os autores observaram que uma pior QVRSB estava associada ao uso regular de cigarro e álcool no grupo estudado. Ademais, adolescentes não-brancos, de baixa renda, portadores de cáries ativas e sem contato com a equipe odontológica há pelo menos 06 meses apresentaram maior consumo de álcool e cigarros nesse estudo. É possível que a relação entre qualidade de vida e uso abusivo de substâncias (lícitas ou ilícitas) seja retroalimentado, assim, a satisfação com a qualidade de vida afeta o uso dessas substâncias e, de maneira reversa, pode também ser afetada por ela (Laudet; Becker; White, 2009).

O impacto da saúde bucal ruim pode não se limitar apenas ao próprio indivíduo, mas pode impactar suas famílias. Um grupo de pesquisadores investigou, por meio da análise dos dados obtidos pela ferramenta Family Impact Scale (FIS), a associação da qualidade de vida da família com o estado de saúde bucal dos filhos de uma amostra de 500 famílias de Jazan, Arábia Saudita (Quadri *et al.*, 2021). As variáveis explicativas foram o estado de saúde bucal, a renda e a escolaridade dos pais, idade e sexo do filho. Nesse grupo, 24,2% das crianças apresentaram saúde bucal regular, ruim e muito ruim. Observou-se que a probabilidade de os pais tirarem folga do trabalho e terem problemas financeiros foi quase duas vezes maior se seus filhos apresentassem problemas de saúde bucal. Da mesma forma, observou-se que a interrupção no sono e de outras atividades normais dos pais foi quatro e cinco vezes maior, respectivamente, se o filho apresentava problemas de saúde bucal. Assim, os autores concluíram que a má saúde

bucal de crianças em idade escolar está associada a impactos familiares, afetando particularmente o trabalho, o sono e outras atividades familiares normais dos pais (Quadri *et al.*, 2021).

Em relação aos fatores biológicos, vale ressaltar a conexão entre QVRSB e alterações locais e sistêmicas. Ao analisar 300 jovens de 18 anos em Hong Kong, observou-se uma associação negativa entre maloclusão e QVRSB desses indivíduos (Sun; Wong; Mcgrath, 2018). Em Passo Fundo, no Brasil, observou-se correlação parecida entre a QVRSB e halitose de um grupo de escolares composto por 736 jovens entre 15 e 19 anos (Colussi *et al.*, 2017). De maneira similar, um recente estudo brasileiro, que observou 1197 estudantes entre 15 e 19 anos, descreveu o alto impacto negativo que o traumatismo dentário causou na QVRSB do grupo avaliado (Comim *et al.*, 2021).

Um estudo realizado em Minas Gerais, Brasil, avaliou o impacto do traumatismo dentário em adolescentes brasileiros na qualidade de vida de suas famílias. Foi realizado um estudo transversal com uma amostra de base populacional de 1.122 escolares de 11 a 14 anos. Os pais/cuidadores responderam à versão brasileira do FIS, com 14 itens, para avaliar o impacto na qualidade de vida da família. A principal variável independente foi o traumatismo, diagnosticado pela classificação de Andreasen. Má oclusão, cárie dentária, gênero e classificação socioeconômica foram as outras variáveis independentes. Observou-se que a prevalência de traumatismo foi de 14,8%. As famílias de adolescentes diagnosticados com fratura envolvendo a dentina ou dentina/polpa eram mais propensas a relatar um impacto negativo na atividade parental/familiar, nas emoções parentais e em conflitos familiares, em comparação com aqueles que não apresentavam sinais de traumatismo dentário. Os autores concluíram que as famílias de adolescentes com traumatismo dentário mais grave tiveram maior probabilidade de relatar um impacto negativo na qualidade de vida, afetando as atividades familiares e as emoções (Bendo *et al.*, 2014).

O Quadro 1 faz uma síntese dos trabalhos sobre QVRSB, nacionais e internacionais. Prevaleram os estudos transversais, o tratamento estatístico através de modelagem e o uso de questionários, em particular o instrumento OHIP-14 para o desfecho QVRSB (quanto maior o score, menor a QVRSB). Em relação aos objetivos, houve uma grande diversidade de enfoques, mas questões de ordem clínica, como fratura dental, cárie e maloclusão foram as variáveis mais analisadas. Ademais, a maior parte dos estudos analisou, de maneira complementar, variáveis de ordem socioeconômica e demográfica. Os estudos internacionais observaram que a QVRSB é proporcional à renda familiar, à educação dos pais e à saúde bucal; e é inversamente proporcional à halitose, à maloclusão, ao consumo de alimentos açucarados

ou ultraprocessados e à baixa escovação. De maneira similar, os estudos brasileiros reportaram que a QVRSB é proporcional às condições socioeconômicas; e é inversamente proporcional à fratura dentária (TDI), à halitose e aos maus hábitos, como o consumo de drogas lícitas.

Quadro 1 - Artigos sobre QVRSB presentes no tópico 2.4 deste trabalho

Artigo	Revista	Local	Popul	Objetivos	Método	Instrum.	Resultados
Sun; Wong; Mcgrath, 2018	Health and quality of life outcomes	Hong Kong	18 n=300	Analisar fatores clínicos e socioecon. que influenciam QVRSB	Transversal Regressão Logística	OHIP-14	QVRSB foi proporcional à renda e à educação dos pais e inversamente proporcional à maloclusão. Gênero, presença de cárie e doença periodontal não alteraram a QVRSB
Quadri <i>et al.</i> , 2021	Children	Arab. Saudit	alunos e. médio n=500	relacionar a saúde bucal do filho à QVRSB dos pais	Transversal Regressão Logística	FIS	A saúde bucal ruim referida pelos pais impacta o trabalho, sono e a rotina dos pais e da família, resultando em stress e sentimento de culpa.
Montero <i>et al.</i> , 2018	J Clin Exp Dent	Portugal	11-17 n=782	Associar dieta, fator de risco comportamental e QVRSB	Transversal Regressão Linear	OHIP-14	OHIP maior: consumo de alimentos com açúcar e fast food (>1x/sem), escovação infrequente (<2x/dia)
Bendo <i>et al.</i> , 2014	Int J Paediat Dent	Brasil	11-14 n=1122	Avaliar o impacto do TDI do adolesc. na QVRSB da família	Transversal Poisson	FIS Esc.Andr easen	TDI dentina e ou polpa no filho resultaram no pior QVRSB da família. FIS RR=1.44 (1.10-1.88), afetando as atividades e emoções (RR 1.45), e os conflitos familiares (RR 1.46)
Brondani <i>et al.</i> , 2022	Braz Oral Res	Brasil	12-18 n=575	analisar a influência da QVRSB no consumo de álcool/cigarro	Longitudinal Poisson	CPQ11-14 PeNSE	Maior score CPQ11-14 associou-se a maior risco de consumo de álcool e cigarro Ser não-branco, vulnerável socioeconômica/, ter cárie e não ter ido ao dentista (> 6 m) associou-se a consumo de álcool/tabaco
Colussi <i>et al.</i> , 2017	Braz Dent J	Brasil	15-19 n=736	analisar o impacto da saúde bucal na QVRSB	Transversal Análise multi variada	OHIP-14	OHIP médio = 7.25 (6.78) OHIP maior associado a: halitose referida e condições sociais e econômicas (fator “estudar em escola pública”)
Comim <i>et al.</i> , 2021	Dental Traumatol	Brasil	15-19 n=1197	Associar TDI (fratura dental) e QVRSB	Transversal Poisson	OHIP-14	OHIP médio = 8.25 (0.25) OHIP maior está associado a TDI

Fonte: elaboração própria.

## 2.5 A Autoavaliação em Saúde Bucal

A saúde bucal autorreferida é a capacidade de um indivíduo perceber e avaliar subjetivamente sua saúde bucal. É um construto que engloba a condição objetiva da saúde bucal, a funcionalidade das estruturas bucais e os valores culturais e sociais relacionados a ela (Chen; Hunter, 1996). De acordo com Gift, Atchison e Drury (1998), essa variável reflete a qualidade de vida e, portanto, pode ser um importante auxiliar na compreensão dos impactos da saúde bucal em uma comunidade. Com efeito, a autoavaliação da saúde, por ser um indicador subjetivo que combina componentes físicos, emocionais e do bem-estar individual, vem adquirindo importância na área da Saúde Pública na avaliação do estado de saúde geral (Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012).

Em relação à saúde bucal, Gift, Atchison e Drury (1998) afirmam que a autoavaliação está relacionada a um conjunto muitas vezes complexo de fatores, englobando uma variedade de indicadores clínicos e autorrelatados de saúde bucal, assim como comportamentos e hábitos. Desse modo, a condição percebida da saúde bucal pode ser prevista por fatores que incluem características demográficas e de entendimento individuais, orientações em saúde, o nível atual das doenças bucais e a necessidade autodefinida de tratamento. A partir dessas considerações, os autores propuseram um modelo comportamental explicativo para a autoavaliação em saúde bucal. Nele, incluíram-se quatro conjuntos de agentes relacionados à condição percebida de saúde bucal. O primeiro é a predisposição ou facilitação, que engloba recursos que facilitem ou forneçam meios de acesso a serviços de saúde. O segundo é a situação atual de saúde bucal do indivíduo, que inclui as enfermidades bucais e o processo saúde/doença que acomete o indivíduo durante o recorte temporal da pesquisa. O terceiro é a capacidade de percepção individual da necessidade de tratamento para melhora da condição de saúde. O quarto envolve os comportamentos em relação à saúde bucal, como os hábitos de alimentação e higiene (Gift; Atchison; Drury, 1998).

Um estudo brasileiro utilizou a metodologia proposta por Gift, Atchison e Drury (1998). Os pesquisadores verificaram quais fatores de predisposição e facilitação, da condição de saúde bucal, de necessidade de tratamento e de comportamento estão associados à autoavaliação da saúde bucal entre adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos) residentes na Região Sudeste do Brasil (Matos; Lima-Costa, 2006). Foram analisados os dados de 3.240 indivíduos participantes do Projeto SBBrazil 2003. Observou-se que 44% dos adultos e 59% dos idosos consideravam sua saúde bucal como boa ou ótima, ou seja, a percepção positiva aumentou com a idade.

Comparou-se, então, as características dos indivíduos que avaliaram a sua saúde bucal como ótima/boa àqueles que avaliaram como regular/ruim/péssima. Os aspectos associados à melhor autoavaliação da saúde bucal entre os adultos foram: ter uma renda domiciliar per capita  $\geq$  US\$60.0, não perceber a necessidade atual de tratamento odontológico, residir em município com mais de 50 mil habitantes e ter visitado o dentista há mais de 3 anos. Entre os idosos, os aspectos associados à melhor autoavaliação da saúde bucal foram: ter uma renda domiciliar per capita  $\geq$  US\$ 60.0, não perceber a necessidade atual de tratamento odontológico e possuir entre 1 a 19 dentes. Dessa forma, observou-se a existência de associações entre autoavaliação e fatores de predisposição e facilitação, condição de saúde bucal, necessidade de tratamento e comportamento (Matos; Lima-Costa, 2006).

Uma recente pesquisa analisou a autoavaliação da saúde bucal da população adulta brasileira segundo a região de residência, a escolaridade, a renda e a classe social (Sousa *et al.*, 2019). Foram utilizados os microdados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2013, um inquérito domiciliar de base populacional, realizado a cada 5 anos pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde. Foram analisados 59.758 indivíduos acima de 18 anos de idade. A prevalência da autoavaliação da saúde bucal positiva foi 67,4% e a chance de autoavaliar a saúde bucal como negativa foi significativamente mais elevada entre os indivíduos com menor renda domiciliar per capita, com menor nível de escolaridade, de classe social menos favorecida e residentes na região Nordeste do país (Sousa *et al.*, 2019).

Mendonça, Szwarcwald e Damacena (2012), estudaram os cuidados assistenciais e a autoavaliação de saúde bucal de 1.871 indivíduos, com 18 anos ou mais de idade, entrevistados na Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica, realizada no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, no ano de 2005. Dentre os entrevistados, 9,8% avaliaram a própria saúde bucal como “ruim” ou “péssima”, 29,3% como “moderada” e 60,9% como “excelente” ou “boa”. Os pesquisadores observaram que a renda domiciliar per capita, a frequência de visita odontológica, a perda de dentes e o uso de prótese eram os fatores significativamente associados à autoavaliação negativa da saúde bucal. Os resultados do estudo evidenciam um gradiente socioeconômico na percepção subjetiva, uma precária saúde bucal entre os idosos e a importância da visita odontológica regular para manutenção da saúde bucal.

Outra pesquisa nacional, conduzida na cidade de Araraquara, SP, Brasil, avaliou a autoavaliação das condições de saúde bucal por idosos e analisou os fatores clínicos, subjetivos e sociodemográficos que interferem nessa percepção (Silva; Fernandes, 2001). Participaram do estudo 201 pessoas com 60 anos ou mais, que frequentavam um centro de saúde da cidade. O exame clínico revelou grande prevalência das principais doenças bucais, sendo a condição bucal

dos indivíduos considerada ruim devido à grande quantidade de dentes extraídos (77,2%), à presença de apenas 11,4 dentes em média por pessoa e de bolsas periodontais profundas (34,7%), além da necessidade de nova prótese (44,8%). No entanto, 60,8% dos examinados declararam não ter nenhum problema em seus dentes. Segundo os autores, esses resultados sugerem que o grupo estudado apresentou precária percepção dos seus problemas bucais, visto que, apesar da boa autoavaliação, os indivíduos apresentavam condições bucais preocupantes. De acordo com os pesquisadores, há uma certa resignação em relação à saúde bucal que vem com o avanço da idade, pois as principais doenças bucais são crônicas e não são letais, realidade que leva ao entendimento das mesmas como inevitáveis. Dessa forma, impera o conformismo com a situação de saúde bucal vivida. Além disso, o grupo estudado é de uma época na qual os tratamentos eram baseados na extração e na colocação de próteses, independente da classe social, fato que normaliza a falta de dentes e suas consequências (Silva; Fernandes, 2001).

Até a presente data, estudos populacionais analisando a autoavaliação da saúde bucal do adolescente são esparsos na literatura científica indexada (Santos *et al.*, 2022). Em 2010, autores brasileiros investigaram a associação entre oclusopatias definidas por critérios clínicos e a autoavaliação da aparência dentária e das gengivas em adolescentes (Borges; Peres; Peres, 2010). Foram utilizados dados do SBBrazil 2003 referentes a todos os indivíduos na faixa etária de 15 a 19 anos de idade (n = 16.126). A associação entre a insatisfação com a aparência dentária e gengival e as oclusopatias, medidas através do Índice de Estética Dental (DAI), foi analisada. Nesse estudo, a autoavaliação da aparência dos dentes e gengivas foi dicotomizada em negativa, designada como insatisfação (ruim/péssima), e positiva, designada como satisfação (regular/boa/ótima). Os autores observaram que a prevalência de insatisfação (ruim/péssima) com a aparência dos dentes e gengivas, para a faixa etária de 15 a 19 anos, foi de 11,4%. É importante descrever que a autoavaliação negativa da aparência em adolescentes com oclusopatias graves ou muito graves foi, respectivamente, 40% e 80% maior quando comparadas àqueles com oclusão normal. Na realidade, em adolescentes, todos os graus de oclusopatias foram associados à insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas. Os autores concluem que os resultados obtidos na pesquisa apontam para a necessidade de inclusão do critério de autoavaliação da aparência dental durante as decisões de tratamento ortodôntico, principalmente no âmbito do SUS (Borges; Peres; Peres, 2010).

Um estudo transversal recente analisou 420 alunos de graduação da Universidade de Lagos, Nigéria, com idades entre 18 e 30 anos (Isiekwe; Aikins, 2019). Os pesquisadores associaram a autoavaliação da aparência e a estética dental. A avaliação objetiva da estética dental utilizou o componente estético do Índice de Necessidade de Tratamento Ortodôntico,

enquanto questionários autoadministrados foram usados para avaliar a autoavaliação da aparência dental. Houve uma associação estatisticamente significativa entre a satisfação com a estética dental e a necessidade de tratamento ortodôntico. Além disso, mais de 90% dos indivíduos consideraram dentes saudáveis e bem arranjados importantes para sua aparência. No entanto, apenas 36% deles estavam satisfeitos com a sua aparência dental. Além disso, 75% dos alunos relataram que desejavam mudar a aparência dos dentes. Destes, 56,5% queriam mudar a cor, enquanto 31,2% queriam mudar o posicionamento dos dentes. Assim, segundo os autores, as duas características mais importantes na autoavaliação da aparência dentária, para a população estudada, foram a cor e a disposição dos seus dentes.

Um estudo observacional transversal envolveu 1015 escolares de 12 a 15 anos em São Luís, Maranhão, Brasil (Thomaz *et al.*, 2016). Foram analisados 503 adolescentes do sexo masculino e 512 do sexo feminino, oriundos de 19 escolas públicas e 11 privadas. Esse estudo comparou a autoavaliação da necessidade de tratamento ortodôntico de adolescentes à análise profissional. Além disso, investigou associações entre variáveis socioeconômicas, demográficas e a autoavaliação da má oclusão dentária. Foram realizados questionários com os indivíduos e a condição oclusal foi examinada por meio da classificação de Angle e do índice DAI. A taxa de necessidade de tratamento ortodôntico, diagnosticada pela equipe profissional, foi de 44,8%. No entanto, 60,5% dos participantes avaliaram ser necessária a correção ortodôntica para melhora da sua condição bucal. Dentre as variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde bucal, apenas o sexo e a necessidade diagnosticada de tratamento ortodôntico estiveram associados à percepção de má oclusão, sendo que as estudantes do sexo feminino relataram maior necessidade de tratamento ortodôntico. Assim, os autores sugerem que as adolescentes do sexo feminino parecem ser mais sensíveis aos problemas de saúde bucal, quando comparadas aos adolescentes do sexo masculino.

Uma coorte prospectiva acompanhou, durante 6 anos, estudantes de escolas públicas da cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil (Santos *et al.*, 2022). A pesquisa aconteceu entre 2012 e 2018 e se iniciou com 1.134 adolescentes de 12 anos de idade. Após três fases de coleta de dados, que ocorreram em 2012, 2014 e 2018, 68% da amostra foi acompanhada. O estudo avaliou a associação entre saúde bucal autorreferida e cárie dentária. A presença de cárie foi definida pela avaliação clínica realizada por dentistas treinados e calibrados, e utilizou-se o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D). A autoavaliação da saúde bucal foi avaliada por meio da pergunta: “Você diria que a saúde de seus dentes, lábios, maxilares e boca é...?”, e as respostas foram dicotomizadas como “boa” (excelente/boa) ou “ruim” (regular/ruim/péssima). A prevalência de uma autoavaliação de saúde bucal ruim foi de 44,5%

aos 12 anos, 46,1% aos 16 anos e 51,7% aos 18 anos. Além disso, os adolescentes que avaliaram sua saúde bucal como ruim apresentaram maior média de CPO-D. Dessa maneira, os autores concluíram que a autoavaliação negativa da saúde bucal dos adolescentes estava associada à presença de cárie dentária, e essa associação se manteve ao longo da adolescência.

Um estudo escandinavo, sobre saúde bucal autorreferida de adolescentes, teve por objetivo investigar as correlações entre essa variável e a atividade de cárie em adolescentes escolares e, além disso, estudar as diferenças de gênero nesse tema (Östberg *et al.*, 2003). O estudo compreendeu dois conjuntos de dados do Condado de Skaraborg, na Suécia. No primeiro conjunto, utilizou-se questionários de autorrelato respondidos por adolescentes, entre 13 e 15 anos de idade, em todas as escolas da região (n = 9.559). Nos questionários, a autoavaliação da saúde bucal foi avaliada por meio da afirmação: “Minha saúde bucal é boa.”, e as opções foram dicotomizadas como “corresponde com precisão” e “corresponde aproximadamente”. Além disso, foram feitas perguntas sobre autoavaliação de sangramento gengival e satisfação com a aparência dos dentes. Já no segundo conjunto, foram analisados os índices epidemiológicos baseados em registros clínicos de saúde bucal em adolescentes dessa idade. Nos registros de índices epidemiológicos, a saúde bucal foi expressa pelos seguintes índices: o índice de dentes obturados e/ou cariados, o índice de superfícies cariadas, o índice de superfícies proximais cariadas e o índice de superfícies proximais obturadas e cariadas. Os dados epidemiológicos foram coletados em todos os 17 municípios do Condado (n = 7.899). Como resultado, os pesquisadores observaram que as correlações entre registros de índices epidemiológicos e autoavaliação de saúde bucal foram fracas. Ademais, os dados desse trabalho indicaram que as adolescentes do sexo feminino eram menos propensas a estarem satisfeitas com a aparência de seus dentes do que os adolescentes do sexo masculino. No entanto, não foram encontradas diferenças de gênero nos registros de índices epidemiológicos. Assim, o estudo sugere que os índices epidemiológicos utilizados naquele país não refletem as percepções dos próprios adolescentes sobre sua saúde bucal. Dessa forma, os autores concluem que é importante que a vigilância em saúde bucal inclua informações sobre a saúde bucal autorreferida desse grupo etário para planejar e analisar as políticas públicas que visem a qualidade de vida do adolescente.

O Quadro 2 apresenta uma síntese dos artigos científicos sobre autoavaliação em saúde bucal, nacionais e internacionais, incluídos nesta revisão. Foram analisados trabalhos com enfoque em diversas faixas etárias, pois há poucos estudos centrados no adolescente. Observou-se o predomínio de estudos transversais, com análise estatística via modelagem, e que se utilizaram de dados secundários ou avaliações clínicas associadas a questionários. Em relação

aos objetivos, o desfecho autoavaliação de saúde/aparência bucal foi analisado de acordo com a sua associação a variáveis clínicas, demográficas e socioeconômicas. Os estudos internacionais observaram que a autoavaliação negativa está associada ao sexo feminino, às oclusopatias e à cor dos dentes. Os estudos nacionais também observaram uma autoavaliação negativa relacionada ao sexo feminino e às maloclusões, mas também à presença de cáries, dentes perdidos ou com indicação de exodontia e uso de prótese. Além disso, aspectos socioeconômicos, como renda, escolaridade e local/porte do município de moradia foram associadas de maneira significativa à autoavaliação de saúde bucal.

Quadro 2 - Artigos sobre autoavaliação presentes no tópico 2.5 deste trabalho

Artigo	Revista	Local	Popul	Objetivos	Método	Instrum.	Resultados
Matos; Lima-Costa, 2006	Cad Saúde Pública	Brasil (SE)	35-44 65-74 n=3240	verif. fatores de predispo. e facilitação, da saúde bucal, da neces. tto e de comport. associam-se à autoav. SB	Transv. Regr. Log.	Dados sec: SB Brasil 2003 Sudeste	<b>35-44:</b> melhor autoavaliação da SB associou-se a renda $\geq$ U\$ 60, não necessid. atual de tto, cidade $\geq$ 50 mil hab e ir ao dentista há $\geq$ 3 anos. <b>65-74:</b> renda $\geq$ U\$ 60, não necessid. atual de tto e ter 1-19 dentes
Sousa <i>et al.</i> , 2019	Cad Saúde Pública	Brasil	18 + n=59758	Analisar a autoaval. da SB segundo posição socioecon.	Transv. Regr. Log.	Dados sec.: Pesq Nac Saúde 2013	Preval. de Autoav: (+) 67.4% e (-)5,9% > chance de (-) entre: renda de até 1SM, escolaridade incompleta, classe social baixa, moradores NE país.
Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012	Cad Saúde Pública	Brasil (RJ)	18 + n=1871	Identificar os determ da autoaval SB “excelente” ou “boa”	Transv. Regr. Log.	Dados sec.: Pesq Mund Saúde 2005	As variáveis signif. associadas à autoaval SB foram: renda domiciliar, frequência de consulta, perda de dentes e uso de prótese.
Silva; Fernandes, 2001	Rev Saúde Pública	Brasil (SP)	60 + n=201	Avaliar a autoper SB e analisar os fat. clínicos, subjet e sociodem	Transv. Regr. multi.	GOHAI exame clínico	Grande prevalência de doenças bucais, mas 42,7% avaliaram a própria SB como regular. As variáveis associadas: classe social, índice de GOHAI, dentes cariados e indic. para exod.
Santos <i>et al.</i> , 2022	Braz. Oral Res.	Brasil (RS)	12-18 n=1134	Analisar a associação entre cárie de autoav. SB	Long. Regr. Log.	exam. clín. SB, boa ou ruim?	Pior Autoaval. SB associou-se a maior CPOD, e essa relação foi observada durante os 6 anos de acompanhamento
Borges; Peres; Peres, 2010	Res Bras Epidem	Brasil	15-19 n=16126	Associar autoaval. aparência dentária e oclusopatias	Transv. Poisson	Dados sec.: SBBrasil 2003	Prevalência da insatisfação com a aparência: 11,4% Aval. (-) em oclusopatias graves/muito graves foi 40% e 80% em relação à oclusão normal
Thomaz <i>et al.</i> , 2016	Braz Oral Res	Brasil (MA)	12-15 n=1015	Comparar autoaval. necess de orto com a indicação profissional	Transv. Poisson	Questionário DAI Angle	Autoaval negativa associou-se ao sexo fem., Angle e DAI. DAI reflete a autoaval e Angle superestima a necess tto percebida pelo adolescente
Isiekwe; Aikins, 2019	Intern Orthod	Nigéria	18-30 n=420	Comparar autoav. estética com aval orto profissional	Transv. Exato Fischer	Questionário Necessid. tto	Autoaval (+) 36% e 75% desejam alguma mudança na cor ou arranjo dos dentes. Não houve correlação entre a autoavali (-) e a aval profissional de necess correção
Östberg <i>et al.</i> , 2003	Acta Odont Scand	Suécia	13-15 n=9559	Comparar dados epidemiológicos e a autoavaliação de SB	Transv. Regr. Log.	Questionár. Dados sec.: prontuários	Sexo feminino associou-se a pior autoavaliação, mas não houve dif. entre sexos nos index epidemiológ. dos prontuários

Fonte: elaboração própria.

### **3 METODOLOGIA**

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo transversal por meio da investigação dos dados de adolescentes entre 15 e 19 anos, residentes da área urbana na região Sudeste do país, obtidos na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SBBrasil. Assim, para o presente trabalho, foi utilizada a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Trata-se de um inquérito realizado pelo Ministério da Saúde e da Coordenação Nacional de Saúde Bucal, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

#### **3.1 Contextualizando o Projeto SBBrasil**

O SBBrasil é um levantamento epidemiológico nacional com representatividade para as capitais dos estados, o Distrito Federal e as cinco regiões geográficas do país, e que é delineado para ocorrer com periodicidade decenal. No SBBrasil 2003, foram coletados dados referentes às idades índice de 5 e 12 anos, além das faixas etárias de 18 a 36 meses, 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Para a faixa etária de 15 a 19 anos, foram observadas as características de cárie dentária de coroa, condições periodontais, oclusopatias, fluorose e necessidade de tratamento odontológico. Cada condição foi registrada em formulário padronizado para o levantamento. Além disso, por meio da aplicação de questionário foram obtidos dados relativos à condição socioeconômica, à utilização de serviços odontológicos e à autopercepção da condição bucal (Brasil, 2004a).

O Levantamento Epidemiológico SBBrasil 2023, parte essencial da vigilância em saúde da PNSB, representou a continuidade da série histórica de informações epidemiológicas em saúde bucal do país. Os relatórios dos levantamentos SBBrasil 2003, 2010 e 2023 contribuíram para a elaboração de uma consistente base de dados em saúde bucal. Segundo o Projeto Técnico do SBBrasil 2020, essa continuidade de estudos de base nacional estabelece a estratégia de vigilância em saúde da PNSB e auxilia no fortalecimento da institucionalidade dos inquéritos em saúde bucal no Brasil (Brasil, 2022). A pesquisa aconteceu nos moldes semelhantes àqueles conduzidos em 2003 e 2010, realidade que consolida o modelo metodológico do Projeto SBBrasil. A coleta de dados finalizou em março de 2024, o relatório final foi apresentado em 22 de novembro de 2024 e o banco de dados ficou disponível para pesquisadores a partir do primeiro semestre de 2025.

Assim como ocorreu no SBBrasil 2003, esse foi um levantamento epidemiológico de abrangência nacional e, por isso, foi realizado em amostragem com representatividade para o

país, para os estados e para as regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. De fato, esse foi um inquérito de base populacional com uma amostra representativa e constituída por brasileiros residentes em domicílios particulares permanentes, na região urbana de todo o território nacional, em 2021. Foram realizadas visitas domiciliares que consistiram de exames bucais, visando a análise da prevalência dos principais agravos bucais, e da aplicação de questionários para avaliar a condição socioeconômica, a dor dentária e orofacial, o acesso e utilização de serviços odontológicos, a autoavaliação e o impacto em saúde bucal (Brasil, 2022).

Segundo o Projeto Técnico do SBBrasil 2020 (Brasil, 2022), a pesquisa foi coordenada e financiada pelo Ministério da Saúde, com a participação das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, e articulada pela Coordenação-Geral de Saúde Bucal do Ministério da Saúde. A Universidade Federal de Minas Gerais conduziu este levantamento epidemiológico em parceria com o Ministério da Saúde. Foram selecionados profissionais da rede de atenção básica do SUS para compor a equipe de campo, executora da coleta de dados. Cada equipe foi composta por um odontólogo (examinador), um técnico em higiene bucal (anotador) e um agente comunitário (arrolador). Essas equipes foram treinadas durante o ano de 2022 por 10 referências técnicas e científicas em todo o país, capacitando os profissionais e dando apoio durante todas as etapas do processo. Todas as equipes passaram por treinamento e calibração (intra e interexaminador) objetivando a uniformização dos padrões da entrevista e do exame clínico.

Para o planejamento da amostra, as 27 unidades da Federação (26 estados e o Distrito Federal) foram consideradas domínios de estudo, bem como as capitais dos estados, perfazendo 53 domínios geográficos, constituídos, portanto, pelas capitais e pelos estados como um todo (capital e interior). Dessa forma, os dados do interior dos estados não poderão ser analisados em separado, devendo compor as estimativas dos estados. Nos estratos, foram sorteados conglomerados (setores censitários) e domicílios.

Além disso, mantiveram-se os 5 domínios demográficos do SBBrasil 2010 e SBBrasil 2003: 5 anos e 12 anos (idades índice); 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos (grupos etários) (Brasil, 2022). Ao contrário do SBBrasil 2003, não foram analisadas as crianças entre 18 e 36 meses. Foram sorteados conglomerados (setores censitários) e domicílios a partir de dados de 2019, elaborados pelo IBGE (IBGE, 2021). No interior do país, foram sorteados 458 setores censitários, localizados em 395 municípios distintos. Nas capitais, foram sorteados 1.365 setores censitários (Brasil, 2022).

A seleção de participantes foi feita por meio de amostra probabilística por conglomerados, obtida em um ou dois estágios de seleção: a população foi dividida em 53

estratos (Distrito Federal, capitais e municípios do interior de cada unidade da Federação). Nos estratos, foram sorteados conglomerados (setores censitários) e domicílios (Brasil, 2022). Para cada domínio demográfico foi calculado o número de domicílios a ser sorteado por setor para que o número necessário de moradores a serem entrevistados fosse atingido. Dessa forma, o número de setores da amostra foi definido. Todos os moradores dos domicílios selecionados, pertencentes aos grupos etários definidos e que concordaram em participar, foram entrevistados e examinados clinicamente. Os tamanhos de amostra para as capitais foram definidos como sendo de 250, para as idades-índices de 5 e 12 anos, e de 300 para os outros grupos etários (15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos). No interior de cada estado, foram pesquisadas mais 100 pessoas de cada grupo.

Vale ressaltar que o Projeto Técnico SBBrasil 2020 deu origem ao SBBrasil 2023. No entanto, o levantamento epidemiológico sofreu atrasos em virtude da pandemia de covid-19, que teve início justamente no ano programado para a operacionalização do projeto. Em 20 de abril de 2020, a execução do SBBrasil foi oficialmente paralisada devido ao cenário sanitário emergencial (Brasil, 2025). O trabalho de campo só foi iniciado em março de 2022, estendendo-se até março de 2024, devido às dificuldades enfrentadas pelas equipes envolvidas (Brasil, 2025).

O contexto social vivido no país durante a realização do SBBrasil 2023 contribuiu significativamente para as dificuldades enfrentadas no trabalho de campo, especialmente no que se refere à adesão da população à pesquisa. A coleta foi realizada em um período pós-pandemia, em que muitas pessoas ainda lidavam com os efeitos do isolamento social e o medo de contaminação. Além disso, as experiências traumáticas relacionadas aos surtos da doença geraram desconfiança quanto à presença de estranhos nos domicílios. O país também enfrentava instabilidades políticas e sociais, com tensões nas relações interpessoais e um clima de incerteza, dificultando a comunicação e a cooperação (Brasil, 2025).

### **3.2 Local do Estudo**

A região Sudeste do Brasil possui uma área territorial de 924.511 km<sup>2</sup> e uma população estimada de pouco mais do que 89 milhões de habitantes (IBGE, 2010). Em território, é a segunda maior região do país e engloba os estados de Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro e São Paulo. Além disso, é nessa região do país que estão os municípios com maior densidade populacional (IBGE, 2010).

Embora os dados do Projeto SBBrasil contemplem todas as regiões do Brasil, a decisão de analisar separadamente a região Sudeste apoia-se no entendimento de que o país é continental, diverso e que cada região pode apresentar diferentes realidades, necessidades e subjetividades. Assim, a regionalização buscou compreender como as variáveis analisadas neste estudo se associam à autoavaliação da saúde bucal dos adolescentes da região Sudeste.

É também necessário refletir sobre a implicação, conceito que interroga as relações entre o pesquisador e o objeto de pesquisa (Lourau, 1993). Tal reflexão se justifica, uma vez que a pesquisadora se reconhece constantemente atravessada por diferentes instituições - como a profissão, a família e o local de trabalho - e implicada com o objeto de estudo e com o contexto de produção do conhecimento (Melo, 2017). Sou mãe de um adolescente e atuo como odontóloga da Prefeitura Municipal de Viçosa (MG) desde 1998. Assim, tenho um interesse particular nas questões direcionadas à saúde bucal durante a adolescência - fase da vida importante e singular marcada por transições. Em especial, interessam-me os dados referentes aos adolescentes de Minas Gerais e da região Sudeste, por se tratar do meu espaço pessoal e profissional. Isso torna fundamental a “análise do saber inconsciente próprio de nossas relações com a instituição” (Lourau, 2004, p.133), permitindo o reconhecimento do lugar ocupado pelo pesquisador na construção do conhecimento (Fortuna, 2016).

O ponto de partida desta pesquisa, portanto, foi a presença constante da pesquisadora nos espaços de família e de trabalho relacionados ao tema, especialmente sua participação na força operacional do levantamento epidemiológico SBBrasil 2023. Fui treinada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a equipe técnica da Universidade Federal de Minas Gerais, e atuei na coleta de dados na região Sudeste, especificamente no Município de Viçosa, nos anos de 2022 e 2023 (Anexo A). Essa participação direta permitiu acompanhar todas as etapas do processo, incluindo o treinamento e a calibração das equipes de campo, o que proporcionou um alto grau de confiança na qualidade dos dados e na uniformidade dos procedimentos, mesmo diante da extensão e diversidade do território brasileiro.

Os profissionais das cinco macrorregiões do país foram igualmente capacitados para a coleta domiciliar e autorizados a atuar em campo após atingirem coeficientes de concordância considerados “quase perfeitos”, ou seja, um coeficiente Kappa acima de 0,61 para os agravos bucais (Brasil, 2022). A atuação da pesquisadora no trabalho de campo do SBBrasil 2023 também possibilitou vivenciar os desafios da coleta domiciliar em um cenário de crise sanitária, socioeconômica e política. Nos setores censitários visitados, houve recusas por parte de indivíduos temerosos de contaminação, desconfiados da presença de estranhos, ou resistentes à

visita de servidores públicos a serviço de um programa governamental. Por outro lado, na maioria dos domicílios, a equipe foi bem recebida e o trabalho pôde ser concluído com êxito.

### 3.3 População de Estudo e Seleção da Amostra

A adolescência foi a faixa etária escolhida para este estudo por se tratar de um período de transição em que, frequentemente, são iniciados hábitos e vícios, além de se definirem escolhas e trajetórias de vida (Brondani *et al.*, 2022). Essa fase também está associada a diversos fatores que impactam a saúde bucal, como a troca de dentes, a definição de arcada, o uso de aparelhos corretivos e a vivência de situações de *bullying* relacionadas a maloclusões ou halitose. Ademais, aspectos sociais, econômicos e culturais, bem como a história de vida do adolescente, podem influenciar a qualidade de vida do indivíduo, de sua família e da comunidade (Barbosa; Gavião, 2009; Chimbinha *et al.*, 2023; Petersen, 2003; Quadri *et al.*, 2021)

Diante disso, este estudo analisou dados secundários da faixa etária de 15 a 19 anos, provenientes dos levantamentos epidemiológicos SBBrasil 2003 e 2023. Os critérios de elegibilidade adotados foram: indivíduos com idade entre 15 e 19 anos, residentes na região Sudeste do país e que participaram dos projetos mencionados. Foram excluídos os dados dos indivíduos que:

- a) não aceitaram a avaliação clínica;
- b) não responderam ao questionário; ou,
- c) apresentaram dados incompletos relacionados à autoavaliação de saúde bucal nos bancos de dados do SBBrasil 2003 e 2023.

### 3.4 Coleta de dados

Foram analisados os dados secundários obtidos para a faixa etária de 15 a 19 anos, região Sudeste, dos Levantamentos Epidemiológicos SBBrasil 2003 e 2023.

No SBBrasil 2003, foram realizados exames clínicos para avaliação dos agravos bucais descritos a seguir. A cárie dentária foi avaliada, neste trabalho, por meio do índice CPO-D, que registra a presença de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O). A condição periodontal foi estimada pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), que avalia sangramento, cálculo dentário e a presença de bolsas periodontais rasas e profundas. Com relação à condição oclusal, a má oclusão foi avaliada pelo Índice DAI, que fornece quatro possibilidades de desfecho, de

acordo com a severidade da má oclusão e a respectiva necessidade de tratamento ortodôntico: má oclusão ausente ou leve ( $DAI \leq 25$ ), má oclusão definida ( $DAI$  de 26 a 30), má oclusão severa ( $DAI$  de 31 a 35) e má oclusão muito severa ( $DAI \geq 36$ ) (Jenny; Cons, 1996).

Além disso, foram observadas a necessidade de tratamento de cárie, o uso e necessidade de prótese, bem como a presença de fluorose. Cada condição foi registrada em formulário padronizado para o levantamento. Por meio da aplicação de um questionário, foram obtidos dados relativos à condição socioeconômica: sexo, idade, raça, escolaridade do adolescente, renda familiar, moradia e posse de automóvel pela família. As informações de saúde dos adolescentes também foram coletadas por meio de questionário, contendo perguntas sobre o acesso e uso de serviços de saúde bucal, além de percepções relacionadas à saúde bucal (Brasil, 2004a).

Para a autoavaliação da saúde bucal, foi realizada a seguinte pergunta, com seis opções de resposta:

- Como classificaria a sua saúde bucal? 1) péssima; 2) ruim; 3) regular; 4) boa; 5) ótima; 0) não sabe/não informou.

No SBBrasil 2010, a autoavaliação da saúde bucal foi abordada por meio de uma frase no questionário do levantamento, sendo oferecidas seis opções para completá-la:

- 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.

No Projeto SBBrasil 2010, um total de 915 indivíduos comporiam a amostra dos moradores da região Sudeste com idades entre 15 e 19 anos. No entanto, percebeu-se uma diferença acentuada na pergunta sobre autoavaliação da saúde bucal no questionário desse levantamento, em comparação com os demais SBBrasil. Assim, para os fins deste trabalho, optou-se por não comparar os dados do SBBrasil 2010 com os dados dos levantamentos de 2003 e 2023.

Para os dados do SBBrasil 2023, as informações sociodemográficas das famílias e os dados dos adolescentes foram coletados por meio de um questionário contendo: sexo, idade, raça, grau de escolaridade do adolescente, número de indivíduos residentes no domicílio, número de cômodos por domicílio, acesso a bens e serviços, acesso a auxílios governamentais e renda mensal da família (Anexo B).

Primeiramente, foi feita a análise sobre morbidade bucal referida e acesso/uso de serviços de saúde bucal. Utilizou-se um questionário que continha perguntas sobre: dor de dente, plano odontológico e detalhes sobre a visita prévia ao dentista (Anexo C). Para a

autoavaliação em saúde bucal, foram realizadas as seguintes perguntas e oferecidas seis opções de resposta (Anexo C):

- Em geral, como o(a) sr(a). avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)? 1) muito boa; 2) boa; 3) regular; 4) ruim; 5) muito ruim; 9) não sei/não respondeu

- O sr(a). acha que necessita de tratamento dentário atualmente? 0) não; 1) sim; 9) não sei/não respondeu

- Qual o motivo principal pelo qual o(a) sr(a). considera que necessita de tratamento dentário atualmente? 0) não necessito de tratamento dentário; 1) revisão/ prevenção/ rotina/ limpeza; 2) sangramento na gengiva, 3) dor de dente; 4) dor na gengiva; 5) colocar aparelho ortodôntico; 6) necessidade de prótese (dentadura, coroa, ponte, implante); 7) dor muscular ou próxima ao ouvido; 8) fazer canal; 9) necessidade de fazer restaurações (obturações); 10) mau hálito; 11) extrair dente (arrancar); 12) clarear os dentes; 13) outros (especifique); 14) não sei/não respondeu

- O sr(a). considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente? 0) não; 1) sim; 9) não sei/não respondeu

Para analisar o impacto da saúde bucal nas atividades diárias, utilizou-se um questionário perguntando se, por causa dos dentes, já aconteceu: vergonha, irritação, dificuldades para comer, falar, escovar os dentes, praticar esportes, passear, estudar/trabalhar ou dormir (Anexo D). Esse questionário é uma adaptação do *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP), um indicador de QVRSB utilizado internacionalmente (Brasil, 2022).

Foram também realizados os exames clínicos dos adolescentes para avaliação das condições bucais: cárie dentária, sangramento à sondagem periodontal, presença de cálculo e bolsa periodontal (rasa e profunda), consequências clínicas da cárie dentária não tratada e má oclusão (Anexo E). A cárie dentária foi avaliada neste trabalho através do índice CPO-D, a condição periodontal foi estimada pelo Índice CPI, que avalia sangramento, cálculo e presença de bolsas periodontais rasas e profundas. Em relação à condição oclusal, a má oclusão foi avaliada pelo Índice DAI, de maneira similar ao que foi realizado com a amostra do SBBrasil 2003.

### 3.5 Análise dos dados

Em primeiro lugar, foi feita a descrição da população estudada com a apresentação das proporções, médias e intervalos de confiança de 95% (IC95%) de todas as variáveis selecionadas para a análise. A variável dependente foi a autoavaliação da saúde bucal. Em 2003,

essa variável originou-se da seguinte pergunta: “*Como classificaria a sua saúde bucal?*”, com cinco opções válidas de resposta: “péssima”, “ruim”, “regular”, “boa” e “ótima”. Em 2023, a pergunta utilizada foi: “*Em geral, como avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)?*”, com as seguintes respostas válidas: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim”, “muito ruim”. Para fins analíticos, as respostas foram agrupadas em duas categorias: positiva/boa (ótima, muito boa ou boa) e negativa/ruim (regular, ruim, muito ruim ou péssima), conforme já utilizado em diversos estudos anteriores sobre autoavaliação em saúde bucal (Bordin *et al.*, 2020; Matos; Lima-Costa, 2006; Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012; Santos *et al.*, 2022).

Em seguida, a autoavaliação de saúde bucal foi comparada segundo as categorias de cada uma das variáveis independentes com análises bivariadas da prevalência de autoavaliação bucal negativa, com cálculo das razões de prevalência e respectivos IC95%. Nessa etapa, as variáveis independentes que apresentaram valor  $p < 0.25$  foram selecionadas para a modelagem, com o objetivo de incluir o máximo de variáveis que podem tornar-se significativas quando analisadas nos modelos múltiplos.

Posteriormente, foi realizada a regressão simples e múltipla com todas as variáveis selecionadas para estimar as razões de prevalência brutas e ajustadas com IC95%. Foram criados modelos hierárquicos de regressão de Poisson em 3 etapas. Na primeira etapa do modelo, foram introduzidas as variáveis demográficas e de facilitação e predisposição. Aquelas que apresentaram  $p < 0.05$  na associação com o desfecho foram mantidas no modelo. Na segunda etapa, foram acrescentadas as variáveis clínicas e, na terceira etapa, acrescentaram-se as variáveis de necessidade, percepção e impacto. As variáveis que mantiveram valores  $p < 0.05$  foram mantidas no modelo final de trabalho. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata versão 17.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

O SBBrasil 2003 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, conforme parecer no. 581/2000 (Brasil, 2004a). O SBBrasil 2023 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução no. 466/2012 (Brasil, 2022). O projeto foi revisado e submetido à apreciação da Comissão Nacional de Ética na Pesquisa, sendo aprovado em 3 de julho de 2021 sob CAAE 34497120.6.3001.0008, parecer número 4.823.054 (Brasil, 2025).

Todos os participantes do estudo SBBrasil 2023 receberam a visita prévia da equipe de campo explicando os objetivos e procedimentos a serem realizados. Além disso, os adolescentes

assinaram um *Termo de Assentimento Livre e Esclarecido* (Anexo F). Adicionalmente, os pais dos adolescentes menores de idade assinaram um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Anexo G).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão foram estruturados no formato de artigos. No total, foram produzidos três artigos envolvendo a temática e fatores associados.

### 4.1 ARTIGO 1- A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil rumo a uma Política de Estado: uma análise do ciclo da política<sup>1</sup>

**Resumo:** Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a inserção da saúde bucal na agenda política tem sido atravessada por contradições e conflitos, realidade que impacta o sucesso dos programas focados no tema. O objetivo deste artigo foi analisar a Política Nacional de Saúde Bucal a partir do instrumental teórico-metodológico do ciclo das políticas públicas, por meio de um estudo retrospectivo com abordagem qualitativa, realizado através de análise documental, bibliográfica e de dados secundários. Observou-se que um primeiro ciclo foi iniciado em 1990, com a publicação da Lei Orgânica do SUS. A partir de 2004, o Brasil Sorridente foi implementado como uma Política de Governo. Ocorreu a ampliação da cobertura de serviços básicos e especializados no território nacional, além da melhora dos indicadores de saúde bucal na população brasileira. No entanto, ainda há problemas que precisam ser abordados no novo ciclo da política, iniciado com a promulgação da Lei da Saúde Bucal, em 2023. Assim, os resultados positivos do Brasil Sorridente explicitam o valor dessa política para a saúde pública brasileira, e reafirmam a importância da sua adequada condução, para que se torne uma Política de Estado de fato e de direito.

**Palavras-chave:** Odontologia em Saúde Pública; Política de Saúde; Serviços de Saúde Bucal; Política Pública.

#### The National Oral Health Policy in Brazil heading towards a State policy: a policy cycle study

**Abstract:** The incorporation of oral health in the political agenda of the Brazilian Public Health System has been crossed by conflicts that impact the success of programs focused on the topic. The aim of this study was to analyze the National Oral Health Policy based on the theoretical and methodological tools of the policy cycle model. This was a retrospective, descriptive and qualitative study carried out through documentary, bibliographic and data analysis. A first cycle began with the publication of the Public Health Law in 1990, and the topic of oral health was treated as a Government Policy from 2004 onwards. The *Brasil Sorridente* program was thus established and a significant increase in the coverage of basic and specialized services was observed, followed by an improvement in oral health indicators. However, there are still issues that need to be addressed in the new policy cycle, which began with the announcement of the Oral Health Law in 2023. The positive results of *Brasil Sorridente* demonstrate its value for the Brazilian Public Health and endorse the importance of its proper execution in order to become a solid State Policy.

---

<sup>1</sup> Artigo publicado em 21/06/2024 na revista Caderno Pedagógico, ISSN: 1983-0882, v. 21, n. 7, p. e5387, 2024. DOI: 10.54033/cadpedv21n7-021

**Keywords:** Public Health Dentistry; Health Policy; Dental Health Services; Public Policy.

## **La Política Nacional de Salud Bucal en Brasil hacia una Política de Estado: un análisis del ciclo de políticas**

**Resumen:** La incorporación de la salud bucal en la agenda política del Sistema Público de Salud Brasileño ha estado atravesada por conflictos que impactan el éxito de los programas enfocados en el tema. El objetivo de este estudio fue analizar la Política Nacional de Salud Bucodental a partir de las herramientas teóricas y metodológicas del modelo de ciclo de políticas. Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo y cualitativo realizado mediante análisis documental, bibliográfico y de datos. Se inició un primer ciclo con la publicación de la Ley de Salud Pública en 1990, y el tema de la salud bucal fue tratado como Política de Gobierno a partir de 2004. Así se estableció el programa Brasil Sorriente y se observó un aumento significativo en la cobertura de servicios básicos y especializados, seguido de una mejora en los indicadores de salud bucal. Sin embargo, aún quedan cuestiones por abordar en el nuevo ciclo de políticas, que comenzó con el anuncio de la Ley de Salud Bucodental en 2023. Así, los resultados positivos de Brasil Sorriente demuestran el valor de esta política para la salud pública brasileña y avalan la importancia de convertirse en una Política de Estado sólida.

**Palabras clave:** Odontología en Salud Pública; Política de Salud; Servicios de Salud Dental; Política Pública.

## **INTRODUÇÃO**

A saúde bucal, dimensão inseparável da saúde geral, apresenta relevância a partir dos seus processos biológicos, patológicos e do seu papel nas interações humanas (Tavares *et al.*, 2020). Sendo assim, ela interfere nos aspectos físico, psicológico e relacional da vida humana, tornando-se indispensável para garantir qualidade de vida (Tavares *et al.*, 2020). Apesar disso, até a década de 1980, menos de 5% da população brasileira tinha acesso aos benefícios de uma assistência odontológica sistemática (Narvai, 2020). Uma política dedicada ao tema só começou a tomar forma após a promulgação de leis de amparo à saúde pública e da luta de atores formais e informais a favor da estruturação de uma Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB).

O estudo de uma política a partir do arcabouço analítico da teoria do ciclo das políticas públicas envolve a observação de cinco estágios principais: formação da agenda, formulação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação da política (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). Essa maneira de organizar o ciclo das políticas tem uma função acadêmica e analítica, mas, na prática, os limites entre as fases não são rígidos ou perfeitamente delimitados (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). No presente trabalho, definiu-se o início de cada ciclo a partir da sua premissa legal. Assim, assume-se a entrada na agenda a partir da promulgação de lei inovadora

e capaz de mudar a trajetória da saúde bucal no país. A partir desse pressuposto, identificam-se dois ciclos. O primeiro tem início em 1990 com a assinatura da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). Já o segundo é estabelecido em 2023 com a promulgação da Lei da Saúde Bucal, que inclui a PNSB na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 2023).

Considerando a escassez de análises em nível nacional sobre a PNSB, o presente trabalho tem como objetivo estudar a sua trajetória rumo a uma Política de Estado, investigando o primeiro ciclo e o início da transição para o segundo ciclo. Foram examinados os fatos, o cenário e as fases do ciclo da política. O pressuposto inicial é de que a PNSB, enquanto Política de Governo, não teve sucesso durante o primeiro ciclo e, portanto, precisa ser completamente reformulada para que o ciclo que se inicia, agora como Política de Estado, seja exitoso.

## **METODOLOGIA**

Este é um estudo com abordagem qualitativa, baseado no ciclo da política e com o objetivo de fazer o estudo de caso da PNSB rumo a uma Política de Estado, por meio de pesquisa documental, bibliográfica e de base de dados secundários. Essa análise multifacetada é importante porque entende-se que a trajetória de uma política envolve tanto a sua formalização normativa quanto a sua estruturação, financiamento e contexto.

A pesquisa documental permitiu resgatar, além dos documentos normativos, aspectos relacionados à conjuntura social, política, histórica e ideológica durante o ciclo, facilitando a construção do panorama à época. Já a revisão bibliográfica foi realizada com o objetivo de identificar os livros e as publicações científicas existentes sobre o referencial teórico-conceitual, a PNSB e o Brasil Sorridente. A interface de áreas de concentração escolhida foi a da saúde e da ciência política. Como critério de inclusão, selecionaram-se artigos científicos indexados e livros publicados. A pesquisa ocorreu em fevereiro de 2024, na base de dados de periódicos científicos Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os termos de pesquisa, em português, foram: *Política Nacional de Saúde Bucal; Brasil Sorridente; Saúde Bucal; Saúde Pública*. Foi também realizada uma pesquisa livre recorrendo à plataforma *Google Scholar*, bem como pesquisas manuais da literatura pertinente à fundamentação teórica. No total, a partir das pesquisas documental e bibliográfica, foram incluídos 26 documentos oficiais, 16 artigos e livros; e foram excluídos 09 artigos por duplicidade, 18 pelo tipo de publicação e 36 por não se enquadrarem na temática da pesquisa.

A pesquisa da base de dados, por sua vez, analisou a evolução da oferta de serviços,

assim como o custeio da política. Para tanto, foi realizado acesso ao DATASUS – *Tecnologia da Informação a Serviço do Sistema Único da Saúde (SUS)* com o registro do financiamento da política e do quantitativo de Equipes de Saúde Bucal (ESB), odontólogos na Atenção Primária à Saúde (APS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD). Os dados secundários foram extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), do Fundo Nacional de Saúde (FNS), e por meio das ferramentas de tabulação TabNet e Tabwin DATASUS.

Os documentos oficiais, a literatura selecionada e os dados secundários foram categorizados nas seguintes variáveis: referencial teórico, formação, normatização, custeio, estruturação e resultado da política. Em seguida, fez-se uma leitura crítica e aprofundada dos documentos e literatura selecionados, assim como a tabulação dos dados secundários, visando a mapear a simbologia e o propósito dos documentos, o objetivo e a importância dos instrumentos normativos e a sistematização das informações coletadas.

Este é um estudo qualitativo que envolve apenas dados de domínio público de acesso irrestrito e, por isso, não foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise dos documentos, a revisão bibliográfica sobre o tema e a pesquisa na base de dados permitiram a caracterização das fases do ciclo da PNSB de acordo com o modelo proposto por Howlett, Ramesh e Perl (2009).

### **Formação da agenda**

A fase inicial do estudo do ciclo da política procura compreender a forma como os problemas chamam, ou não, a atenção do Governo (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). No caso em questão, a inexistência de uma política estruturada na área, os indicadores negativos de saúde bucal e a baixa cobertura de atendimento não eram suficientes para que esse estado de coisas fosse compreendido como relevante do ponto de vista público (Narvai, 2020). Movimentos sociais e organizações populares pressionavam pelo acesso à saúde pública e universal, incluindo a saúde bucal (Narvai, 2011). Uma importante conquista nesse sentido foi a publicação da Lei no 8.080, a Lei Orgânica da Saúde, dando origem ao SUS (Brasil, 1990). A sua promulgação representa um marco para a saúde bucal visto que abre espaço para que esta, como parte integrante e essencial da saúde geral, entre na agenda do governo. Esse foi o primeiro passo para construir uma verdadeira política dedicada ao tema e, assim, estabelece-se o início do ciclo da política.

No entanto, para os autores Howlett, Ramesh e Perl (2009), uma política pública, além de reconhecer uma problemática como sendo pertinente do ponto de vista coletivo, deve ter a intenção de mudar o futuro e estar associada a uma mobilização dos atores nesse sentido. Do contrário, o mais provável é ocorrerem apenas ações pontuais ao invés de políticas públicas estruturadas (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). No caso em questão, os programas de saúde bucal de curta duração ou desalinhados com a filosofia do SUS continuaram sendo a regra (Tavares *et al.*, 2020). Em 1994, institucionalizou-se o Programa de Saúde da Família (PSF), mas sem assistência odontológica. Somente após seis anos, a Portaria nº 1.444/GM-MS, de 28/12/00, estabeleceu incentivo financeiro para a inserção da saúde bucal no PSF (Brasil, 2000). No entanto, ainda não havia fatos concretos em relação à construção de uma política propriamente dita.

Em 2003, uma significativa mudança nos rumos da saúde bucal ocorreu como resultado da posse do Presidente Luiz Inácio da Silva (2003-2010). O governo de Luiz Inácio (Lula) acolheu e fez suas as propostas até então negligenciadas por todos os governos federais democráticos até aquele momento (Narvai, 2020). Assim, a PNSB começou a ser formulada.

### **Formulação da política**

A fase de formulação se relaciona a processos através dos quais as problemáticas podem ser refinadas e formalizadas. Dessa maneira, reconhecido o problema, o Estado faz uma avaliação inicial sobre a viabilidade das estratégias sugeridas e decide sobre um curso de ação (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). Nos anos de 2003 a 2004, aconteceu o apogeu desta fase do ciclo da política. A discussão envolveu diversos atores e instituições formais e informais. Em um cenário vibrante de debate e profusão de ideias, o Programa Brasil Sorridente, braço executivo da PNSB, tomava forma a partir do seu documento balizador, as “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” (Brasil, 2004). Para constituir a política de uma maneira democrática e plural, era importante que essas diretrizes fossem discutidas com a sociedade. Entre março e julho de 2004, foram realizadas conferências por todo país que constituíram a 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), com a participação de cerca de 90 mil brasileiros (Brasil, 2004c). Nelas, ocorreram debates democráticos em que o tema foi analisado pelo conjunto da sociedade. As diretrizes foram então incorporadas no Plano Nacional de Saúde, inserindo a saúde bucal entre as 16 iniciativas prioritárias elencadas pelo Ministério da Saúde, publicadas na Portaria nº 2.607/GM-MS, de 10/12/04 (Brasil, 2004f).

Assim, percebe-se uma formulação do tipo *mixed-scanning*, com dois níveis de decisão (Etzioni, 1967). Primeiro, as decisões estruturantes, que estabelecem as diretrizes fundamentais da política, e, então, as decisões ordinárias, que decorrem das primeiras e envolvem a análise

das alternativas. Assim, as decisões estruturantes se materializaram nas diretrizes da PNSB e as decisões ordinárias, na 3ª CNSB. No entanto, para que as propostas deixem o campo das ideias, é essencial que ocorram as fases seguintes do ciclo, e isso depende primariamente da vontade política.

### **Tomada de decisão:**

Neste estágio, as estratégias discutidas nas fases anteriores do ciclo da política são aprovadas e o curso de ação, definido. Em geral, ocorre algum tipo de declaração formal de intenções dos atores públicos envolvidos (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). Em março de 2004, em cerimônia na cidade de Sobral (CE), o Presidente da República lançou oficialmente o Programa “Brasil Sorridente”. Na ocasião, Luiz Inácio Lula da Silva apresentou sua visão:

E por que a saúde bucal nunca foi tratada como uma questão de saúde? Porque a questão da saúde bucal é uma doença de pobre, não é uma doença de rico. Rico começa a tratar o dente ainda quando tem dente-de-leite. Pobre só começa a tratar o dente quando os dentes começam a cair ou a doer demais. Então, por ser uma doença de pobre, o tratamento odontológico nunca foi colocado nos grandes planos de saúde como uma coisa necessária e importante para o nosso país (Brasil, 2004a, p.3).

Aqui, percebe-se que o ciclo da política não é absolutamente linear. A formulação da política ainda estava em discussão em março de 2004, mas a decisão já estava tomada. Não obstante, a análise em ciclo faz sentido, pois torna possível estudar os momentos do processo de construção de uma política separadamente e, assim, compreender melhor a dinâmica e as possibilidades de intervenção. Por outro lado, o modelo de ciclo pode levar ao entendimento equivocado de que a política é previsível e neutra, sem o viés dos interesses dos atores (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). No entanto, o claro posicionamento pessoal do Presidente da República, ator chave da política, em favor da saúde bucal deixa nítida a característica determinística desse viés para a PNSB.

### **Implementação**

Esta é a fase do ciclo da política em que se operacionalizam as decisões tomadas, ou seja, é a etapa que compreende o conjunto de ações necessárias para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente (Lotta, 2019). No presente caso, o lançamento das Diretrizes da PNSB e a realização da 3ª CNSB em 2004 fomentaram o processo de implantação da política; e documentos oficiais e portarias ministeriais normatizaram a sua condução. A formulação da PNSB foi tardia no contexto do SUS, mas percebe-se que a sua implementação foi rápida. O processo se deu com a autorização (e estímulo) para a abertura de novos serviços e expansão dos existentes. Para isso, era importante garantir o financiamento adequado e o arcabouço normativo pertinente.

Até o ano de 2003, as ESB, como parte integrante da ESF, eram regidas pela Norma Operacional Básica do SUS de 1996, sendo financiadas pelo Piso da Atenção Básica (PAB). Em 2003, a Portaria nº 396/GM-MS, de 08/04/03, reajustou em 20% o incentivo financeiro às ações de saúde bucal do PSF (Brasil, 2003). Ainda em 2004, foi sancionada pela presidência da República a Lei nº 10.933, que dispôs sobre o Plano Plurianual para o período de 2004 a 2007, com a inédita criação de uma ação orçamentária específica para a saúde bucal (Brasil, 2004e). O financiamento dedicado fazia sentido e foi ampliado por vários anos através de portarias ministeriais, pois, com o aumento da rede assistencial, era necessário um maior investimento na área. Os dados secundários (DATASUS) demonstram que, no ano de 2003, os investimentos em saúde bucal na APS foram da ordem de R\$81,5 milhões. Já em 2004, investiu-se em torno de R\$193,6 milhões e, em 2005, mais do que R\$280 milhões. Entre os anos de 2006 e 2016, foram investidos quase R\$6 bilhões, sendo R\$880 milhões em 2016. Segundo Narvai (2020), constitui um axioma afirmar que a prioridade atribuída a uma política pública pode ser medida pelo aporte de recursos a ela alocados. A PNSB recebeu um aporte considerável de recursos e estímulos para sua expansão entre 2004 e 2016, o que reflete a importância que o Estado conferiu à referida política neste período.

A estruturação normativa se deu principalmente através de portarias do Ministério da Saúde. A Portaria nº 673/GM-MS, de 03/06/03, permitiu a implantação de 1 ESB para cada ESF- até então só era permitida 1 ESB para cada 2 PSF (Brasil, 2003a). Isso viabilizou o aumento do número de equipes de ESB no país. Em 2004, a Portaria nº 1.570/GM-MS, de 29/07/04, determinou a instalação dos CEO e dos LRPD (Brasil, 2004d). Em 2007, o Decreto Presidencial nº 6.286, de 05/12/07, instituiu o Programa Saúde na Escola, englobando ações de saúde bucal (Brasil, 2007). Publicada em 07/10/09, a Portaria nº 2.371/GM-MS instituiu o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal (Brasil, 2009). Neste dia, também foi publicada a portaria nº 2.372/GM-MS, que criou o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as ESB na ESF (Brasil, 2009a). Esse plano viabilizou o envio de um equipo odontológico completo para todas as novas ESB implantadas. Em 2010, a Portaria nº 1.032/GM-MS, de 05/05/10, incluiu a assistência a pacientes com necessidades especiais nos CEO (Brasil, 2010). Em 2011, a Portaria nº 2.488/GM-MS (Brasil, 2011), de 21/10/11, contemplou a adesão das ESB no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Em 2013, a Portaria nº 261/GM-MS, de 21/02/13, contemplou a adesão dos CEO no PMAQ (Brasil, 2013).

Em 2017, as normas sobre a transferência dos recursos federais para o SUS foram alteradas pela Portaria de Consolidação nº6/GM-MS (Brasil, 2017), de 28/09/17. Os recursos do FNS para a APS passaram a ser organizados em dois blocos: custeio e investimento,

transferidos fundo a fundo para os municípios. Em 22/11/19, foi divulgada a Portaria nº 2.979/GM-MS (Brasil, 2019), lançando o Programa Previne Brasil e alterando o bloco de custeio da APS. O repasse passa a ser feito a partir de 3 componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e ações estratégicas. Em 17/07/23, a Portaria nº 960/GM-MS alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM-MS instituindo o pagamento por desempenho para as ESB (Brasil, 2023a). Já a Portaria nº 1.924/GM-MS, de 17/11/23, alterou a Portaria de Consolidação nº 6/GM-MS para reajustar em torno de 100% os valores dos incentivos financeiros das ESB, das Unidades Odontológicas Móveis e dos CEO (Brasil, 2023b). Esses valores não eram reajustados desde 2012. Na realidade, os dados secundários mostraram que, a partir de 2017, o valor investido caiu, chegando a 512 milhões em 2019. Uma mudança nessa trajetória teve início a partir de 2023, quando a PNSB recebeu em torno de 1,8 bilhões.

A implementação da PNSB apresentou um modelo híbrido *top-down* e *bottom-up*, que significa que o processo tem seguido as diretrizes determinadas pelo governo federal, e que foram debatidas e pactuadas com os diversos atores políticos e *stakeholders* (Hill; Hupe, 2014). Ademais, há um grau de liberdade para os “burocratas de nível de rua”, como os odontólogos das ESB. Esses servidores, por exemplo, não podem escolher a área de abrangência de atuação, mas podem definir os processos e práticas de trabalho, sempre de acordo com o que julgam adequado para as especificidades dos usuários (Brasil, 2004). Esse poder discricionário pode ser fundamental para determinar o sucesso ou fracasso de uma política e é característico da abordagem *bottom-up* (Lipsky, 2010). De fato, embora as decisões desses atores de linha de frente possam parecer pequenas individualmente, em conjunto, elas impactam a política. Assim, percebe-se que a implementação do Brasil Sorridente foi complexa, contextual e um imperativo tanto de baixo para cima quanto de cima para baixo.

### **Avaliação**

A avaliação de uma política pública se relaciona com processos através dos quais os resultados são monitorados pelos analistas estatais ou societários (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). Esta fase é importante para verificar se a política está funcionando na prática. Dessa maneira, após o estágio de avaliação, caso precise de ajustes, o problema político é repensado e o ciclo pode voltar a qualquer um dos estágios (Howlett; Ramesh; Perl, 2009). No caso do Brasil Sorridente, pode-se avaliar a política em termos de eficácia, efetividade, eficiência e sob duas dimensões: implantação dos serviços e situação de saúde bucal da população brasileira. Trata-se de uma avaliação qualitativa do tipo *ex-post*, cujo recorte programático foi o Brasil Sorridente no período de 2004 a 2023.

Em relação ao número de odontólogos na APS e ao número de ESB, havia 40.205 profissionais cadastrados em 2002, e 56.800 em 2023. Isso representa um aumento de 41% no período. Além disso, foram criadas 16.163 novas ESB entre 2002 e 2010. Em 2015, eram 24.467, e em 2023, 30.143 ESB no país. Assim, observa-se uma alta eficiência na implantação desses serviços, com um expressivo aumento na rede assistencial básica e no número de profissionais. Contudo, há estudos que demonstraram insatisfação profissional, pontuando empecilhos como a falta de investimento em qualificação, a precarização das relações de trabalho, os baixos salários e as contratações instáveis (Scherer; Scherer, 2015). A maioria dos odontólogos na APS recebe valores que consideram insuficientes, entre 3 e 5 salários mínimos, e muitos são terceirizados ou contratados temporariamente (Cayetano *et al.*, 2022). Isso compromete a estabilidade, o plano de carreira e a aposentadoria do servidor.

Quando se busca avaliar a eficácia, um fato de grande relevância foi a inauguração dos CEO e LRPD, centros de atenção secundária, algo inédito na assistência odontológica que até então havia focado na atenção primária. De acordo com os dados secundários, em 2015 havia 1.771 LRPD e, em 2023, eram 3.997. Os CEO tornaram-se a face mais visível das mudanças oriundas do Brasil Sorridente (Narvai, 2020). Entre 2003 e 2010, foram implantadas 853 unidades. Em 2016, havia 1.072 CEO ativos, e em 2023, 1.211. Entre 2001 e 2011, observou-se uma ampliação de cerca de 192% nos procedimentos da atenção especializada nos CEO (Pucca Junior, 2020). No entanto, uma questão a ser observada é a diferença entre o quantitativo de ESB (30.140 em 2023) e o número de CEO implantados (1.211 em 2023). Essa discrepância pode repercutir negativamente na integralidade do cuidado. Assim, pode ser difícil para um paciente, por exemplo, extrair os terceiros molares na rede pública, ainda que tenha realizado o restante do tratamento na APS. De fato, uma metassíntese recente sugere que a forma como o Estado brasileiro organiza e financia a saúde bucal ampliou o acesso, mas não a integralidade (Costa Junior *et al.* 2021).

Por sua vez, a efetividade pode ser avaliada através do monitoramento da situação de saúde bucal da população. No Brasil, foi conduzido um primeiro levantamento epidemiológico nacional em 1986. A partir de 2000, dois inquéritos nacionais em saúde bucal representativos da população e com metodologias semelhantes aconteceram: os Projetos SBBrasil 2003 e SBBrasil 2010. O levantamento seguinte havia sido pactuado para 2020, mas foi adiado devido à pandemia da covid-19.

Foram coletados, entre outros, dados do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), usado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a prevalência de cárie (WHO, 2003). A idade de 12 anos é a referência internacional para o cálculo desse índice. Em

1986, o índice CPO-D aos 12 anos foi de 6,7, considerado muito alto pela OMS (Brasil, 1988). Em 2003, o valor CPO-D encontrado foi de 2,8, classificado como médio (Brasil, 2004b). Já em 2010, o CPO-D foi 2,1 (Brasil, 2012), colocando o Brasil no grupo de países com baixa prevalência de cárie (WHO, 2003). Além disso, em 2010 a perda dentária em adolescentes e adultos foi reduzida em 50%, quando comparada ao levantamento de 2003 (Brasil, 2012). Os dados também demonstram uma redução de 17% nos dentes decíduos cariados, aos 5 anos de idade, entre 2003 e 2010 (Brasil, 2012). Dessa maneira, observaram-se avanços consideráveis na saúde bucal da população brasileira após a implementação do Programa Brasil Sorridente. Por outro lado, entre os dentes decíduos que estavam afetados pela cárie no levantamento de 2010, 80% estavam sem tratamento (Brasil, 2012). Como a cárie é uma doença progressiva, a falta de tratamento pode resultar em quadros de urgência odontológica.

A partir de 2016, o cenário brasileiro tornou-se desfavorável para a PNSB como consequência das crises política, econômica e sanitária que assolaram o país desde então (Costa; Rizzotto; Lobato, 2023; Narvai, 2020). Em primeiro lugar, a Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 15/12/16, congelou os recursos do SUS por 20 anos (Brasil, 2016). Além disso, a destituição da Presidente da República Dilma Rousseff (2011-2016) e a posse de Michel Temer (2016-2019) resultaram em uma tendência à austeridade econômica (Narvai, 2020). Como consequência, houve uma redução de mais de 50% do aporte financeiro da PNSB em 2018, chegando ao valor nominal corrigido mais baixo desde 1995 (Narvai, 2020). Por fim, a pandemia da covid-19 impactou a assistência odontológica. Houve a paralisação nos atendimentos odontológicos eletivos por recomendação do Ministério da Saúde (Brasil, 2020). Além disso, foi necessária uma forte adequação dos equipamentos de proteção (Brasil, 2020). Ainda assim, havia o receio de exposição ao vírus da covid-19 em um consultório odontológico, com provável aumento da demanda reprimida (Souza *et al.*, 2024). Diante do contexto brasileiro entre os anos de 2016 e 2022, a PNSB perdeu em alcance, importância e capacidade resolutiva.

Em janeiro de 2023, Lula é eleito para o seu terceiro mandato como Presidente da República. A partir da sua posse, percebe-se a esperança da retomada do foco no bem-estar social (Costa; Rizzotto; Lobato, 2023). Coerentemente, em 08/05/23, a Lei nº 14.572, a Lei da Saúde Bucal, é publicada (Brasil, 2023). Durante as primeiras duas décadas de sua existência, a PNSB foi assegurada por Portarias Ministeriais, estruturando-se como plano assistencial e como Política de Governo, mas não como Política de Estado, visto que a Lei no 8.080 não explicitava a saúde bucal em seu texto. Isso mudou quando foi sancionada a Lei da Saúde Bucal, momento em que se inicia uma nova fase na qual a saúde bucal se torna um direito garantido por lei. Assim, a partir de 2023, inicia-se um novo ciclo da política e a PNSB passa a ter

envergadura para estabelecer-se como Política de Estado. Na realidade, Políticas de Estado e Políticas de Governo se confundem, uma vez que é usual uma Política de Estado resultar de uma Política de Governo. No entanto, as Políticas de Estado possuem mecanismos legais que garantem a sua perenidade, a despeito do governo em vigência, como leis e decretos. Dessa forma, as Políticas de Estado se mantêm independentemente do que aconteça a cada nova eleição (Dias; Matos, 2017).

Já no início do novo ciclo da política, em 17/07/23, foi publicada a Portaria nº 960/GM-MS que instituiu o pagamento por desempenho da Saúde Bucal na APS do SUS (Brasil, 2023a). Segundo o governo, o objetivo seria incentivar a melhoria dos serviços prestados. Contudo, a leitura detalhada do texto sugere que as metas foram atreladas a produção, realidade que segue a lógica quantitativa, característica do sistema privado de saúde, e que contraria a essência qualitativa do SUS (Brasil, 1990). Ademais, pagar por produção pode gerar carga de trabalho excessiva e insatisfação profissional. Assim, essa portaria não endereça adequadamente as questões levantadas na fase de avaliação do primeiro ciclo da política. Já a Portaria nº 1.924/GM-MS, de 17/11/23, pode ser uma primeira resposta governamental à problemática da precarização do trabalho e da falha na integralidade, pois reajusta consideravelmente os valores dos incentivos financeiros das Unidades Odontológicas Móveis, das ESB e dos CEO (Brasil, 2023b). Isto pode viabilizar melhorias das condições de trabalho e aumento na rede de média complexidade.

As limitações do presente estudo estão relacionadas principalmente à dificuldade de obtenção de documentos históricos e dos dados secundários nos sistemas oficiais (em particular entre 2016 e 2022). Vale ressaltar que novos estudos analisando os ciclos da PNSB, em especial após 2016, são necessários, e que o SBBrasil 2023 será uma ferramenta epidemiológica de grande auxílio para a avaliação desse passado recente.

## **CONCLUSÃO**

O objetivo deste artigo foi fazer o estudo do caso da PNSB em sua trajetória rumo a uma Política de Estado. Investigou-se o primeiro ciclo e o início da transição para o segundo ciclo. A análise permite sugerir que os resultados da política são positivos e evidenciam o seu êxito. Os dados epidemiológicos apontam melhora nos indicadores, e os dados referentes aos serviços de saúde demonstram ampliação da rede e aumento da cobertura, ainda que haja questões a serem aperfeiçoadas. O pressuposto de que a PNSB não teve sucesso foi, portanto, rejeitado. No entanto, a crise multifatorial que se instalou no Brasil a partir de 2016 implica na

necessidade de melhorias para que a PNSB atinja seus objetivos e se torne uma bem-sucedida Política de Estado.

Como contribuição teórica, destaca-se a avaliação do Brasil Sorridente através do modelo de estudo do ciclo da política. Nesse arcabouço teórico, é possível estudar as diferentes fases do processo separadamente e, assim, reconhecer as especificidades de cada uma, compreendendo melhor a dinâmica da PNSB. Como contribuição prática, o presente estudo sugere que o novo ciclo da política seja iniciado na fase de implementação, visando a solucionar as seguintes questões: a deficiência na integralidade do cuidado aos usuários, a falha no tratamento dos dentes acometidos pela doença cárie nas crianças brasileiras, a precarização das relações de trabalho, os baixos salários das equipes, as contratações instáveis e o baixo investimento em recursos humanos. Espera-se, por fim, que esse novo ciclo reflita e acolha o contexto atual de recrudescimento da vulnerabilidade social, fruto das crises política, social, econômica e sanitária recentes.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 140 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria no 1.444, de 28 de dezembro de 2000**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1721.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 396, de 08 de abril de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0396\\_04\\_04\\_2003.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0396_04_04_2003.html). Acesso em: 4 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 673, de 03 de junho de 2003**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673\\_03\\_06\\_2003.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0673_03_06_2003.html). Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf). Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República. **Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, na cerimônia de lançamento do Programa Nacional de Saúde Bucal, em 17 de março de 2004**. Brasília, DF: Secretaria de Imprensa e Divulgação da Presidência da República, 2004a. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/presidencia/ex-presidentes/luiz-inacio-lula-da-silva/discursos/1o-mandato/2004/17-03-2004-discurso-do-presidente-da-republica-luiz-inacio-lula-da-silva-na-cerimonia-de-lancamento-do-programa-nacional-de-saude-bucal/view>. Acesso em: 19 fev.2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf). Acesso em: 19 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3a Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_bucal\\_relatorio\\_fi\\_nal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_fi_nal.pdf). Acesso em: 15 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.570, de 29 de julho de 2004**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004d. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570\\_29\\_07\\_2004.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1570_29_07_2004.html). Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 10.933, de 11 de agosto de 2004**. Institui o Plano Plurianual para o quadriênio 2004/2007, em cumprimento ao disposto no art. 165, § 1º, da Constituição. Brasília, DF: Presidência da República, 2004e. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/L10.933.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/L10.933.htm). Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.607, de 10 de dezembro de 2004**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004f. Disponível em: <http://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/141>. Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto no 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm). Acesso em: 10 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.371, de 07 de outubro de 2009**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2371\\_07\\_10\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2371_07_10_2009.html). Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.372, de 07 de outubro de 2009**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2372\\_07\\_10\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2372_07_10_2009.html). Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.032, de 05 de maio de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032\\_05\\_05\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html). Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 17 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf). Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 261, de 21 de fevereiro de 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261\\_21\\_02\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html). Acesso em: 18 fev. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional no 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o ato das disposições constitucionais transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 22 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação no 6, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html). Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 20 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA no 04/2020**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus (Sars-cov-2) Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em : <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/notas-tecnicas-vigentes/NOTATCNICAGVIMS0420covid1925.06.2024.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 14.572, de 8 de maio de 2023**. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/114572.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114572.htm). Acesso em: 02 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 960, de 17 de julho de 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960\\_18\\_07\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0960_18_07_2023.html). Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.924, de 17 de novembro de 2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1924\\_20\\_11\\_2023.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1924_20_11_2023.html). Acesso em: 05 fev. 2024.

CAYETANO, M. H.; GABRIEL, M.; ARAUJO, M. E. D.; BUSTAMANTE, D. I. O.; CARRER, F. C. D. A. Human Resources in Dentistry in the Unified Health System. **Research, Society and Development**. v. 11, n. 5, p. e39911528471, 2022.

COSTA, A. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; LOBATO, L. V. C. Lula presidente: a herança e os desafios para o campo democrático. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 921-925, 2023.

COSTA JUNIOR, S. da.; ARAUJO, P. G.; FRICHEMBRUDER, K.; HUGO, F. N. Política Nacional de Saúde Bucal: metassíntese dos estudos sobre a Rede de Saúde Bucal. **Revista de Saúde Pública**. v. 55, p. 105, 2021.

DIAS, R.; MATOS, F. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2017. 264 p.

ETZIONI, A. Mixed-Scanning: a 'third' approach to decision-making. **Public Administration Review**, v. 27, n. 5, p. 385-392, 1967.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance**. 3rd ed. Los Angeles: Sage Publications, 2014. 304 p.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Studying public policy: policy cycles and policy subsystems**. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2009. 336 p.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services**. 30th anniversary expanded edition. New York: Russel Sage Foundation, 2010. 299 p.

LOTTA, G. (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: Enap, 2019. 324 p.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NARVAI, P. C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 175–187, 2020.

PUCCA JUNIOR, G. A.; GABRIEL, M.; CARRER, F. C. A.; PALUDETTO JUNIOR, M.; LUCENA, E. H. G. de; MELO, N. S. de. Acesso e cobertura populacional à saúde bucal após a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal “Brasil Sorridente”. **Tempus- Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 29-43, 2020.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 98, 2015.

SOUZA, P.V. de; MENDES, R. J. S.; MARTINS-PFEIFER, C. C.; SILVA, L.D. da; PASCON, F. M.; PUPPIN-RONTANI, R. M. Impacto da COVID-19 nos procedimentos odontológicos do Sistema Único de Saúde em Manhuaçu: estudo transversal baseado em dados extraídos do sistema Sidim Saúde Pública entre 2018 e 2021. **Arquivos em Odontologia**, v. 60, p. 44-52, 2024.

TAVARES, S. S.; MELO, A. S. de; STEFANI, C. M.; PUCCA JUNIOR, G. A. O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª conferência nacional de saúde bucal e da 16ª conferência nacional de saúde. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 127-142, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world health report 2003: shaping the future**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/42789>. Acesso em: 15 jun. 2023.

#### 4.2 ARTIGO 2- A autoavaliação da saúde bucal de adolescentes na região Sudeste do Brasil: dados do SBBrasil 2003<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente artigo busca estimar a prevalência e identificar fatores sociodemográficos e parâmetros clínicos associados à autoavaliação da saúde bucal de adolescentes residentes na região Sudeste do Brasil. Para tanto, foi realizado um estudo transversal utilizando dados secundários de indivíduos de 15 a 19 anos (n=2.981), obtidos na base de dados do Projeto SB Brasil 2003. O desfecho foi a autoavaliação da saúde bucal e as variáveis independentes foram sexo, renda, idade, necessidade de tratamento, dor, cárie, fluorose, oclusopatia, peridontopatia, aparência autorreferida e última consulta. Foi utilizada a regressão de Poisson para análise de inquéritos com amostras complexas. Os resultados indicaram que 41,38% dos adolescentes classificaram a própria saúde bucal como ruim. Após o ajuste, ter 18 ou 19 anos, necessitar de tratamento, estar com dor, ter cárie, perceber negativamente a aparência dos dentes/gengivas e tempo de consulta > 1 ano permaneceram positivamente associadas à pior autoavaliação da saúde bucal. A associação de proteção foi encontrada para renda familiar > 2 salários mínimos. Observou-se, portanto, uma alta prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal entre adolescentes, o que sugere a inclusão desse indicador na elaboração, implementação e análise de políticas públicas voltadas para a saúde e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Adolescente; Qualidade de Vida; Saúde Pública; Saúde do Adolescente; Inquéritos Epidemiológicos

#### Self-assessment of oral health among adolescents in the Southeast region of Brazil: data from SBBrasil 2003

**Abstract:** This article aims to estimate the prevalence and identify sociodemographic factors and clinical parameters associated with self-perceived oral health among adolescents residing in the Southeast region of Brazil. A cross-sectional study was conducted using secondary data from adolescents aged 15 to 19 years (n=2,981), obtained from the SB Brasil 2003 database. The dependent variable was self-assessed oral health, and independent variables included gender, income, age, need for treatment, pain, cavities, fluorosis, malocclusion, periodontal alteration, self-reported appearance and last consultation. Poisson regression models were conducted to analyze complex surveys. The results indicated that 41.38% of the adolescents classified their own oral health as poor. After adjustment, being aged between 18 and 19 years, feeling the need for dental treatment, experiencing tooth pain, having cavities, having a negative perception of the appearance of teeth/gums, and not having visited the dentist for over a year remained positively and significantly associated with poorer self-assessed oral health. A protective association was found for household income > 2 minimum wages. Therefore, a high prevalence of negative self-assessment of oral health was observed among adolescents, suggesting the inclusion of this indicator in the development, implementation, and analysis of public policies aimed at health and quality of life.

**Keywords:** Adolescent; Quality of Life; Public Health; Adolescent Health; Epidemiological Surveys.

---

<sup>2</sup> Artigo submetido à Revista Brasileira de Estudos de População (Rebep) no dia 03 de outubro de 2024.

## La autoevaluación de la salud bucal en adolescentes de la región Sudeste de Brasil: datos de SBBrasil 2003

**Resumen:** Este artículo busca estimar la prevalencia e identificar factores sociodemográficos y parámetros clínicos asociados a la salud bucal autopercibida en adolescentes que viven en la región Sudeste de Brasil. Para ello, se realizó un estudio transversal con datos secundarios de individuos de 15 a 19 años ( $n=2.981$ ), obtenidos de la base de datos del SB Brasil 2003. El resultado fue la autoevaluación de la salud bucal y las variables independientes fueron sexo, ingreso, edad, necesidad de tratamiento, dolor, caries, fluorosis, oclusopatía, periodontopatía, apariencia autoinformada y última consulta. Se utilizó la regresión de Poisson para analizar encuestas con muestras complejas. Los resultados indicaron que 41,38% de los adolescentes calificaron su salud bucal como mala. Después del ajuste, tener 18 o 19 años, necesitar tratamiento, sentir dolor, tener caries, percibir negativamente la apariencia de los dientes/encías y el tiempo de consulta  $> 1$  año siguieron asociados positivamente con una peor evaluación de la salud bucal. La asociación protectora se encontró para ingresos familiares  $> 2$  salarios mínimos. Como esto, se observó una alta prevalencia de autoevaluación negativa de la salud bucal entre los adolescentes, lo que sugiere la inclusión de ese indicador en el desarrollo, implementación y análisis de políticas públicas orientadas a la salud y la calidad de vida.

**Palabras clave:** Adolescente; Calidad de Vida; Salud Pública; Salud de los Adolescentes; Encuestas Epidemiológicas.

## INTRODUÇÃO

A avaliação de um indivíduo sobre o seu estado de saúde bucal está associada à condição objetiva da saúde bucal e à sua funcionalidade, mas também leva em conta valores culturais e sociais que atravessam a pessoa e o grupo em que está inserido (Chimbinha *et al.*, 2023; Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012). Essa autoavaliação reflete a qualidade de vida e, dessa maneira, pode ser um bom indicador quando se busca compreender os impactos da saúde em uma comunidade (Gushi *et al.*, 2020). Esse dado se torna especialmente necessário na formulação, implementação e análise de políticas públicas que tenham o bem-estar da população como meta, como aquelas que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). No entanto, o que se percebe na atualidade é que indicadores subjetivos, como a autoavaliação da saúde, ainda são pouco utilizados na tomada de decisão de políticas públicas em saúde bucal no país (Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012).

Os programas de saúde bucal nacionais têm sido avaliados através do monitoramento da situação de saúde bucal da população, que é realizado por meio do tratamento estatístico de dados obtidos em levantamentos epidemiológicos, como no Projeto Saúde Bucal Brasil 2003 (SB Brasil 2003) (Brasil, 2004). Acredita-se que essa vigilância em saúde pode ser de grande auxílio no entendimento e aprimoramento das políticas públicas. Com efeito, de acordo com

Paulo Jannuzzi (2018), a efetividade das políticas sociais está relacionada a diversos fatores, mas a informação estatística é um instrumento importante em todas as fases de um programa público.

Isso posto, fica clara a importância de analisar cientificamente a prevalência e fatores associados à autoavaliação de saúde bucal dos indivíduos. Esse indicador assume especial importância na adolescência, pois é nessa fase da vida que, em geral, assume-se a responsabilidade pelo autocuidado, e hábitos alimentares e de higiene se solidificam (Leary; Do, 2019). Dessa maneira, essa fase transitória favorece o surgimento e estabelecimento de comportamentos nocivos à saúde (Chimbinha *et al.*, 2023). Com efeito, determinadas condições que impactam negativamente o bem-estar do adolescente podem afetar a qualidade de vida das suas famílias, provocando dificuldade financeira, conflito familiar, e prejudicando as atividades diárias desse grupo dentro da sua comunidade (Barbosa; Gavião, 2009). Coerentemente, o conceito contemporâneo de saúde da criança e do adolescente refere-se tanto ao indivíduo quanto à família (Barbosa; Gavião, 2009).

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência da autopercepção da saúde bucal entre adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos, residentes na região Sudeste do Brasil, e investigar suas associações com condições clínicas, demográficas, socioeconômicas, de autopercepção e de utilização de serviços odontológicos. A hipótese nula é de que esses fatores não impactam na autoavaliação de saúde bucal do adolescente. Analisando a literatura, observa-se que esse é um tema pouco abordado na pesquisa nacional e internacional (Santos *et al.*, 2022), o que indica a importância desse estudo.

## **METODOLOGIA**

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo transversal por meio da investigação dos dados de adolescentes entre 15 e 19 anos, residentes da área urbana na região Sudeste do país, obtidos na base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, Projeto SB Brasil 2003. Trata-se de um inquérito periódico realizado pelo Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de Saúde Bucal, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (Brasil, 2004).

### **Fonte dos dados**

Foram utilizados os dados secundários do levantamento epidemiológico SB Brasil 2003, que reuniu elementos sobre as condições de saúde bucal da população urbana brasileira e teve como objetivo auxiliar o planejamento e a avaliação de ações do SUS (Brasil, 2004). O projeto

SB Brasil 2003 é um estudo de abrangência nacional com representatividade para as capitais de estado, do Distrito Federal e para as cinco regiões naturais (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Foram analisadas as idades índice de 5 e 12 anos, além das faixas etárias 18-36 meses, 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos. O tamanho da amostra foi calculado para cada macrorregião a partir das estimativas de ataque de cárie produzidas no primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, realizado em 1986 (Brasil, 2004).

O planejamento considerou a seleção de uma amostra probabilística por conglomerados em três estágios, sendo sorteados 250 municípios de diferentes portes populacionais, com o objetivo de obter amostras representativas das faixas etárias analisadas nas cinco macrorregiões do país. O plano amostral encontra-se detalhado no relatório final do levantamento epidemiológico (Brasil, 2004).

Foi realizado o treinamento e a calibração de 900 odontólogos e 1.200 anotadores, adotando-se os critérios de diagnóstico definidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997). Calculou-se a concordância intra e entre examinadores por meio da estatística kappa ponderada, considerando-se como valor mínimo aceitável 0,65 (WHO, 1997). O Projeto SB Brasil 2003 foi submetido à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e aprovado de acordo com o parecer no. 581/2000.

### **População de Estudo e Forma de Coleta dos Dados**

Foram analisados os dados secundários obtidos para a faixa etária de 15 a 19 anos, região Sudeste, do SB Brasil 2003. Nesse grupo, um total de 16.833 indivíduos foram entrevistados e examinados. Na região Sudeste, a amostra dessa faixa etária foi de 2.981 indivíduos. Realizaram-se exames clínicos nos domicílios, sob iluminação natural, usando sonda periodontal e espelho bucal, para avaliação dos agravos bucais descritos a seguir: (1) A prevalência de cárie dentária de coroa através do índice CPO, que registra a presença de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O); (2) A condição periodontal através do Índice Periodontal Comunitário (CPI), verificando a ocorrência de sangramento, cálculo e presença de bolsa periodontal; e, (3) A oclusão foi analisada através do Índice de Estética Dental (DAI), que é uma combinação de medidas que expressam o estado oclusal e a necessidade de tratamento ortodôntico. Além disso, foi observada a necessidade de tratamento de cárie, o uso e necessidade de prótese e a presença de fluorose. Cada condição foi registrada em formulário padronizado para o levantamento (Brasil, 2004).

Com a aplicação de questionário, foram obtidos dados relativos à condição socioeconômica e demográfica: sexo, idade, raça, escolaridade do adolescente, renda familiar, moradia e posse de automóvel familiar. As informações de saúde dos adolescentes também

foram coletadas por meio de um questionário contendo perguntas sobre o acesso/uso de serviços de saúde bucal, autoavaliação e autopercepção de saúde bucal (Brasil, 2004).

Para o tratamento dos dados no presente estudo, foram excluídos os dados referentes aos indivíduos que não aceitaram a avaliação clínica; não responderam ao questionário; e, cujos dados em relação à autoavaliação de saúde bucal estavam incompletos.

A variável dependente foi a autoavaliação da saúde bucal, determinada por meio da seguinte pergunta: “*Como classificaria a sua saúde bucal?*”, para a qual a resposta poderia ser “péssima”, “ruim”, “regular”, “boa” ou “ótima”, correspondendo a 5 categorias de opção de resposta. Além disso, havia as opções “sem informação” e “não sabe/não informou”, que foram consideradas *missings* e, portanto, os indivíduos nos quais essas opções foram marcadas foram excluídos da análise. Assim, de um total de 2981 indivíduos, 86 foram retirados e restaram 2895 indivíduos na amostra. Posteriormente, para a análise estatística, essa variável foi dicotomizada em 2 opções de resposta: “ruim” (englobando as respostas regular, ruim e péssima) e “boa” (incluindo as respostas boa/ótima).

Os critérios de seleção das variáveis independentes foram escolhidos em quatro categorias conceitualmente organizadas por Matos e Lima-Costa (2006), com pequenas adaptações. Na primeira, foram incluídas as características demográficas e socioeconômicas: idade, sexo e renda familiar. Na segunda, as condições de saúde bucal: cárie dentária, dor de dente referida, alterações periodontais pelo máximo escore CPI (Índice Periodontal Comunitário), oclusopatias via escala DAI (Índice Dental Estético) e fluorose. Na terceira, incluíram-se as seguintes variáveis de comportamento e de necessidade: o tempo decorrido desde a última consulta odontológica, a necessidade atual referida de tratamento dentário, e a aparência autoavaliada dos dentes e gengivas. Dessa maneira, onze variáveis independentes foram incluídas na análise inicial.

### **Análise dos dados**

Em primeiro lugar, foi realizada uma descrição da população estudada com a apresentação das frequências e percentuais de todas as variáveis selecionadas para a análise. Em seguida, comparou-se a autopercepção de saúde bucal (boa ou ruim) segundo as categorias de cada uma das variáveis independentes através do teste de hipóteses Qui Quadrado de Pearson. Nessa etapa, as variáveis independentes que apresentaram valor  $p < 0,20$  foram selecionadas para a modelagem, com o objetivo de incluir o máximo de variáveis que poderiam se tornar significativas quando analisadas no modelo múltiplo.

Para avaliar a existência de colinearidade entre as variáveis explicativas selecionadas na etapa anterior, o coeficiente de correlação de Spearman foi utilizado. Aquelas variáveis que

apresentaram correlação entre fraca a moderada (Spearman's rho até 0,50), indicando ausência de colinearidade, foram incluídas no modelo.

Em seguida, foram realizadas as análises bivariadas com estimação de variância robusta da associação entre a variável dependente e cada variável independente. A razão de prevalência (RP) bruta e seus intervalos de confiança em nível de 0.95 (IC95%) foram utilizadas para estimar as forças das associações brutas entre a autoavaliação da saúde bucal e cada uma das variáveis explicativas selecionadas para modelagem. Posteriormente, para estimar as razões de prevalência ajustadas, seus respectivos IC95% e o valor do teste de Wald, foi realizada a regressão múltipla de Poisson com estimação de variância robusta. Seguindo a indicação metodológica de Victora *et al.* (1997), a análise de regressão múltipla considerou o ajuste da associação entre o desfecho e os fatores proximais pelas variáveis mais distais do modelo conceitual. Isto é, as características socioeconômicas e demográficas foram ajustadas apenas entre si; as condições clínicas foram ajustadas entre si e por características socioeconômicas e demográficas; e as condições comportamentais e de necessidade foram ajustadas entre si e por características demográficas, condições socioeconômicas e a condição de saúde bucal.

Para analisar a adequação do modelo aos dados (avaliar o ajuste/qualidade do modelo), utilizou-se o critério de informação de Akaike. Os dados foram analisados utilizando-se o programa Stata versão 14.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

## RESULTADOS

O levantamento epidemiológico SB Brasil coletou dados de 2.981 participantes de 15 a 19 anos residentes na Região Sudeste, nos anos de 2002 e 2003. Destes, 2895 (97,11%) participaram do presente trabalho. Um total de 86 foram excluídos da amostra devido à informação incompleta sobre a autoavaliação da saúde bucal.

A Tabela 1 apresenta as características da população estudada seguindo o modelo teórico descrito anteriormente (Matos; Lima-Costa, 2006). O sexo feminino predominou entre os participantes (57,51%) e, no grupo estudado, 55,47% possuíam renda domiciliar menor ou igual a dois salários mínimos. Em relação aos indicadores de saúde bucal, predominou a autoavaliação da saúde bucal como sendo boa (58,62%), porém a maioria (74,5%) considerava necessitar de tratamento odontológico e 35,27% reportou dor de dente no momento da entrevista. Além disso, conforme a escala DAI, 45,8% não tinham oclusopatias no momento da avaliação e 49,64% não possuíam lesões cáries.

Tabela 1- Distribuição de indicadores demográficos e das condições de saúde bucal dos participantes do Projeto SBBrasil 2003, residentes na Região Sudeste, na faixa etária analisada. Projeto SBBrasil 2003, MS, Brasil

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Classificação autodefinida de saúde bucal</i>		
boa	1697	58,62
ruim	1198	41,38
<i>Idade</i>		
15	823	28,43
16	576	19,90
17	513	17,72
18	494	17,06
19	489	16,89
<i>Sexo</i>		
Masculino	1230	42,49
Feminino	1665	57,51
<i>Faixa de renda familiar</i>		
≤ 2 SM	1606	55,47
> 2 SM	1289	44,53
<i>Necessidade atual autodefinida de tratamento</i>		
sim	2147	74,50
não	748	25,50
<i>Presença de dor de dente atual</i>		
ausente	1847	64,73
presente	1021	35,27
<i>Fluorose</i>		
ausente	2498	86,29
presente	397	13,71
<i>Oclusopatia via DAI</i>		
ausente	1334	45,80
definida	615	21,30
severa	427	14,60
muito severa	519	18,30
<i>Dentes cariados</i>		
0	1437	49,64
1-9	1393	48,12
10-18	65	2,25
<i>Máximo CPI</i>		
hígido	1568	54,29
sangramento	503	17,42
cálculo	772	26,73
bolsa	45	1,56
<i>Autopercepção da aparência dos dentes e gengivas</i>		
boa	1803	62,28
ruim	1092	37,72
<i>Tempo decorrido após a última visita ao dentista</i>		
<1 ano	1490	51,54
>1 ano	1127	38,98
nunca foi	274	9,48

Fonte: elaboração própria.

De acordo com a escala CPI, a maior parte dos adolescentes (54,29%) não apresentou alterações gengivais em nenhum quadrante clínico (superior esquerdo, superior direito, inferior esquerdo e inferior direito). Em relação à autopercepção da aparência dos dentes e das gengivas,

somente 37,72% dos entrevistados declararam considerar o aspecto dessas estruturas ruim. Entre os adolescentes, 51,54% haviam visitado o dentista há menos de um ano.

Na tabela 2, observa-se as características da população estudada de acordo com a autoavaliação de classificação de saúde bucal. A associação entre a variável dependente e cada variável independente foi realizada através do teste de hipótese Qui Quadrado de Pearson. Todas as variáveis consideradas apresentaram associações significantes ( $p < 0,05$ ) com a autoavaliação da saúde bucal, com exceção de sexo ( $p = 0,445$ ) e da presença de fluorose dentária ( $p=0,339$ ). Dessa maneira, as seguintes variáveis foram selecionadas para inclusão no modelo: 1) idade, 2) faixa de renda familiar, 3) necessidade atual autodefinida de tratamento, 4) presença de dor de dente atual, 5) oclusopatia via DAI, 6) total de dentes cariados, 7) máximo de CPI, 8) autopercepção da aparência dos dentes e gengivas, e 9) o tempo decorrido após a última visita ao dentista.

Tabela 2- Distribuição de indicadores demográficos e de saúde, de acordo com a autoavaliação de saúde bucal, dos participantes do Projeto SBBrasil 2003, residentes na Região Sudeste. Projeto SBBrasil 2003, MS, Brasil

Características	Autoavaliação de saúde bucal		p*
	boa (n=1697) 58,62%	ruim (n=1289) 41,38%	
<i>Idade</i>			p<0,01
15	521 63,3%	302 36,7%	
16	372 64,58%	204 35,42%	
17	296 57,70%	217 42,30%	
18	261 52,83%	233 47,17%	
19	247 50,51%	242 49,49%	
<i>Sexo</i>			p=0,045
Masculino	731 59,43%	499 40,57%	
Feminino	966 58,02%	699 41,38%	
<i>Faixa de renda familiar</i>			p<0,01
< 2 SM	889 55,35%	717 44,65%	
> 2 SM	808 62,68%	481 37,42%	
<i>Necessidade atual autodefinida de tratamento</i>			p<0,01
não	596 79,68%	152 20,32%	
sim	1101 51,28%	1046 48,72%	
<i>Presença de dor de dente atual</i>			p<0,01
ausente	1303 69,53%	571 30,47%	
presente	394 38,59%	627 61,41%	
<i>Fluorose</i>			p=0,339
ausente	1473 58,97%	1025 41,03%	
presente	224 56,42%	173 43,58%	
<i>Oclusopatia via DAI</i>			p<0,01
ausente	824 61,77%	510 38,23%	
definida	374 60,81%	241 39,19%	
severa	236 55,27%	191 44,73%	
muito severa	263 50,67%	256 49,33%	
<i>Dentes cariados</i>			p<0,01
0	1031 71,75%	406 28,25%	
1-9	650 46,66%	743 53,34%	
10-18	16 24,62%	49 75,38%	
<i>Máximo CPI</i>			p<0,01
hígido	1032 65,82%	536 34,18%	
sangramento	264 52,49%	239 47,51%	
cálculo	372 48,19%	400 51,81%	
bolsa > 4mm	24 53,33%	21 46,67%	
<i>Autopercepção da aparência dos dentes e gengivas</i>			p<0,01
boa	1405 77,93%	398 22,07%	
ruim	292 26,74%	800 73,26%	
<i>Tempo decorrido após a última visita ao dentista</i>			p<0,01
<1 ano	972 65,23%	518 34,77%	
>1 ano	597 52,97%	530 47,03%	
nunca foi	125 45,62%	149 54,38%	

\* p valor = teste de Pearson chi2

Fonte: elaboração própria.

As variáveis explicativas selecionadas não apresentaram correlação entre si, fato que pode ser observado na Tabela 3 (Coeficientes de *Spearman* < 0,50).

Tabela 3: Coeficiente de correlação de *Spearman* entre variáveis explicativas dos participantes do SBBrasil 2003, região Sudeste, idade entre 15 e 19 anos. Projeto SBBrasil 2003, MS, Brasil

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8
1-Idade	-							
2-Faixa de renda familiar	0,083	-						
3-Necessidade atual autodefinida de tratamento	0,001	-0,124	-					
4-Presença de dor de dente atual	0,082	-0,028	0,017	-				
5-Oclusopatia via DAI	-0,017	-0,019	0,074	0,048	-			
6-Dentes Cariados	0,065	-0,109	0,264	0,239	0,117	-		
7-Máximo CPI	0,077	-0,095	0,150	0,109	0,139	0,243	-	
8-Autopercepção da aparência dos dentes e gengivas	0,048	-0,024	0,176	0,272	0,144	0,211	0,149	-
9-Tempo decorrido após a última visita ao dentista	0,025	-0,062	0,108	0,022	0,026	0,131	0,184	0,104

Fonte: elaboração própria.

Na Tabela 4, estão apresentados os resultados das análises bivariada e múltipla das variáveis explicativas associadas à autoavaliação da saúde bucal ruim. No modelo bruto das análises bivariadas, ou seja, no modelo não ajustado pelas demais variáveis, todas as nove variáveis independentes selecionadas no teste de hipótese apresentaram significância estatística ao serem associadas à variável dependente. Assim, todas foram incluídas no modelo inicial da regressão múltipla de Poisson. No modelo final, completo e ajustado, ter idade entre 18 e 19 anos, sentir a necessidade de tratamento odontológico, estar com dor de dente, ter dentes cariados, ter uma percepção negativa da aparência dos dentes/gengivas e não comparecer ao dentista há mais de um ano permaneceram positiva e significativamente associadas à pior autoavaliação da saúde bucal. Associação significativa e de proteção contra essa percepção de saúde bucal ruim foi encontrada e mantida somente para a renda familiar maior do que dois salários mínimos (RP=0,92; IC95%:0,86-0,99). Assim, os dados desta pesquisa sugerem que ter uma renda familiar de pelo menos dois salários mínimos diminui em 8% a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal do adolescente após ajuste por variáveis demográficas, de predisposição, clínicas e de necessidade.

Tabela 4: Análises bivariada e múltipla da autoavaliação da saúde bucal ruim e sua associação com características selecionadas entre participantes de 15 a 19 anos do Projeto SBBrasil 2003 e residentes na Região Sudeste. Projeto SBBrasil 2003, MS, Brasil

Características	Auto-avaliação :		saúde bucal ruim	
	RP robust (95% CI)	p*	RP robust (95% CI)	p*
	Modelo bruto		Modelo ajustado	
<i>Idade</i>				
15	1			
16	0,96(0,83-1,11)	0,62	-	>0,05
17	1,15(1,00-1,31)	0,03	-	>0,05
18	1,28(1,13-1,46)	0,01	1,15(1,05-1,27)	<0,01
19	1,35(1,18-1,53)	0,01	1,14(1,04-1,24)	<0,01
<i>Faixa de renda familiar</i>				
< 2 SM	1			
> 2 SM	0,83(0,76-0,91)	0,01	0,92(0,86-0,99)	0,04
<i>Necessidade atual autodefinida de tratamento</i>				
não	1		1	
sim	2,40(2,06-2,78)	0,01	1,63(1,42-1,85)	<0,01
<i>Presença de dor de dente atual</i>				
ausente	1		1	
presente	2,01(1,85-2,19)	0,01	1,35(1,25-1,46)	<0,01
<i>Oclusopatia via DAI</i>				
ausente	1			
definida	1,02(0,91-1,15)	0,69	-	>0,05
severa	1,17(1,03-1,32)	0,01	-	>0,05
muito severa	1,29(1,15-1,44)	0,01	-	>0,05
<i>Total de dentes cariados</i>				
0	1		1	
1-9	1,88(1,71-2,07)	0,01	1,32(1,21-1,45)	<0,01
10-18	2,66(2,27-3,13)	0,01	1,27(1,09-1,47)	<0,01
<i>Máximo CPI</i>				
hígido	1		-	
sangramento	1,39(1,24-1,59)	0,01	-	>0,05
cálculo	1,51(1,37-1,67)	0,01	-	>0,05
bolsa > 4mm	1,36(0,99-1,87)	0,05	-	>0,05
<i>Autopercepção da aparência dos dentes e gengivas</i>				
boa	1		1	
ruim	3,32(3,02-3,64)	0,01	2,65(2,40-2,93)	<0,01
<i>Tempo decorrido após a última visita ao dentista</i>				
<1 ano	1		1	
>1 ano	1,35(1,23-1,48)	0,01	1,14(1,05-1,23)	<0,01
nunca foi	1,56(1,37-1,77)	0,01	1,22(1,08-1,39)	<0,01

\* p valor = teste de Wald  
Fonte: elaboração própria.

Ao analisar detalhadamente o modelo ajustado descrito na tabela 4, observa-se que a autoavaliação negativa da saúde bucal foi fortemente associada à dor de dente reportada (RP=1,35; IC95%: 1,25-1,46), à presença de cárie (até 09 dentes cariados RP=1,32; IC95%: 1,21-1,45 e entre 09-18 dentes cariados RP=1,27; IC95%: 1,09-1,47), e a uma percepção ruim

da aparência dos dentes e gengivas (RP=2,65; IC95%: 2,40-2,93). Observa-se também uma importante associação entre a avaliação ruim da própria saúde da boca e a necessidade autodefinida de tratamento dentário (RP=1,63; IC95%:1,42-1,85). Dessa maneira, os indivíduos que acreditam precisar de atendimento odontológico apresentam uma prevalência 63% maior de classificação da própria saúde bucal como ruim, quando comparados àqueles que entendem não precisar de uma consulta, independente da renda da família, da idade, do número de dentes cariados e/ou doendo, da percepção da aparência dos dentes/gengivas e do tempo decorrido após a última visita a um dentista.

Após o ajuste do modelo, perderam a significância as oclusopatias e as alterações periodontais, determinadas pelos índices DAI e CPI, respectivamente. Esses dois indicadores foram avaliados clinicamente durante a coleta de dados, assim como a presença de cárie, variável clínica que, por sua vez, manteve forte associação com a autoavaliação de saúde bucal. De fato, ter dentes cariados continuou apresentando significância após o ajuste. Na região Sudeste do Brasil, adolescentes com até 9 cáries apresentaram prevalência 32% maior de autoavaliação ruim da saúde bucal, quando comparados aos adolescentes sem cárie alguma (RP=1,32; IC95%: 1,21-1,45). Os indivíduos que possuíam mais de 10 dentes com cárie apresentaram prevalência 27% maior da autoavaliação ruim da saúde bucal, em comparação com os adolescentes sem cárie alguma (RP=1,27; IC95%: 1,09-1,47).

Em relação à frequência de contato com a equipe odontológica, observou-se que o fato de nunca ter ido ao dentista está associado a um aumento de 22% na prevalência de autopercepção negativa da saúde bucal, comparado aos adolescentes que estiveram em consulta há menos de 1 ano e após o ajuste pelas variáveis explicativas incluídas no modelo final (RP=1,22; IC95%: 1,08-1,39). Por outro lado, ter tido contato com a equipe odontológica pelo menos uma vez, mas há mais de 1 ano, aumentou em 14% a prevalência de uma autoavaliação ruim da saúde bucal (RP=1,14; IC95%: 1,05-1,23), quando comparado à visita recente ao dentista (menos de 1 ano), ajustando pela renda familiar, idade, número de dentes cariados e/ou doendo, autopercepção da aparência dos dentes/gengivas e necessidade autodefinida de tratamento.

## **DISCUSSÃO**

A autoavaliação sobre o estado de saúde bucal é um construto que engloba a condição objetiva da saúde bucal, a funcionalidade das estruturas bucais e os valores culturais e sociais relacionados a ela (Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012; Chimbinha *et al.*, 2023). Essa

variável reflete a qualidade de vida e pode auxiliar na compreensão dos impactos da saúde bucal em uma comunidade (Gushi *et al.*, 2020). Assim, o objetivo do presente trabalho foi analisar a prevalência de uma autopercepção da saúde bucal negativa em adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos moradores da região Sudeste do Brasil. Além disso, buscou-se investigar as associações dessa autoavaliação com condições clínicas, demográficas, socioeconômicas e com a utilização de serviços odontológicos.

No presente trabalho, foi observado que uma autoavaliação positiva da saúde bucal (58,62%) predominou entre os adolescentes. No entanto, essa prevalência foi inferior ao observado na população adulta brasileira no SB Brasil 2010 (67,40%) (Sousa *et al.*, 2019), mas foi semelhante ao observado entre adolescentes (60,9%) do estado do Rio de Janeiro, na Pesquisa Mundial de Saúde – Atenção Básica (PMS-AB) (Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012). Dessa maneira, sugere-se que a percepção referida da saúde bucal é uma questão particularmente sensível entre os jovens, realidade que demonstra como esse indicador é importante nessa fase da vida. Alguns autores hipotetizam que há um certo conformismo em relação à saúde bucal que evolui e se estabelece ao longo dos anos, associado ao fato de que as principais doenças bucais são crônicas e não letais, levando à aceitação das mesmas como inevitáveis (Silva; Fernandes, 2001).

Os dados desta pesquisa sugerem que a renda familiar impacta a autoavaliação da saúde bucal do adolescente, apresentando ação protetiva contra a percepção de saúde bucal ruim. De fato, de acordo com Sfreddo *et al.* (2019), o contexto socioeconômico, incluindo a renda familiar, desempenha importante papel na saúde bucal dos adolescentes. Os autores analisaram a qualidade de vida relacionada à saúde bucal de 1.134 escolares de 12 anos durante 2 anos no Brasil. Os participantes foram examinados clinicamente e seus pais responderam a um questionário socioeconômico. Observou-se que, ao longo do tempo analisado, o contexto socioeconômico afetou a saúde bucal dos adolescentes, gerando pior qualidade de vida para os jovens que ocupam posições sociais mais baixas (Sfreddo *et al.*, 2019). Dessa maneira, sugere-se que políticas públicas visando o bem-estar do adolescente, das suas famílias e da sua comunidade, devem considerar os fatores socioeconômicos na adolescência e agir de maneira equânime.

De maneira intuitiva, é possível relacionar a autoavaliação ruim da saúde bucal ao tempo decorrido desde a última visita ao dentista e à necessidade autorreferida de tratamento. Os resultados do presente trabalho confirmam essa hipótese, visto que indivíduos que nunca estiveram em um consultório dentário ou que já estiveram há mais de um ano apresentaram, respectivamente, uma prevalência 22% e 14% maior de avaliação negativa da saúde bucal,

quando comparados aos que estiveram recentemente no dentista. Além disso, os resultados deste estudo demonstraram que os adolescentes que declararam precisar de atendimento odontológico no momento da entrevista apresentaram uma prevalência 63% maior de classificação da própria saúde bucal como ruim. Um estudo britânico analisou os dados de 1.860 adolescentes de maneira longitudinal e observou que a percentagem de visitas ao dentista pelo menos uma vez por ano diminuiu com a idade, e que a diminuição foi maior entre as idades mais avançadas (Leary; Do, 2019). No entanto, um recente estudo sugere que consultas odontológicas frequentes no adolescente apresentam um significado psicossocial importante, sendo capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Maroneze *et al.*, 2019). Dessa maneira, a literatura e os dados deste artigo sugerem que é importante incentivar a periodicidade no acompanhamento odontológico quando se busca aperfeiçoar a autoavaliação em saúde bucal e, por conseguinte, a qualidade de vida nesse grupo etário.

Outro fator que impactou negativamente a autoavaliação em saúde bucal foi a autopercepção negativa da aparência dos dentes e gengivas. Uma das alterações mais associadas à estética e, portanto, à aparência dos dentes e gengivas, são as oclusopatias. Apesar de, no presente estudo, as oclusopatias via DAI terem perdido a significância em relação à autoavaliação de saúde bucal quando o modelo foi ajustado, a sua relação com a insatisfação da aparência é plausível e corroborada pela literatura. De fato, Borges, Peres e Peres (2010), ao analisarem os dados de 16.126 adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos de idade, observaram a associação estatisticamente significativa entre uma pior autoavaliação da aparência dos dentes e gengivas e a presença de oclusopatias.

Entre os adolescentes analisados neste trabalho, a pior avaliação da saúde bucal esteve associada à existência de dentes cariados. Similarmente, uma coorte de seis anos avaliou a associação entre o autorrelato da saúde bucal e os índices CPO em 1.134 adolescentes. Os autores observaram que os indivíduos que avaliaram sua saúde bucal como ruim tiveram maior índice CPO, associação que foi mantida durante toda a adolescência (Santos *et al.*, 2022). Por outro lado, no presente estudo, aqueles que possuíam até nove dentes cariados (RP=1,32, IC95%:1,21-1,45) avaliaram a sua saúde bucal pior do que os que apresentavam dez ou mais dentes cariados (RP=1,27, IC95%:1,09-1,47). Então, o aumento no número de dentes cariados não resultou em piora na autoavaliação de saúde bucal. Uma possível explicação é de que a cárie dentária é uma doença crônica, em geral de lenta progressão, e que nem sempre é acompanhada de dor, facilitando o processo adaptativo e a não interferência na rotina. Contudo, não é possível excluir a possibilidade de que este resultado tenha ocorrido ao acaso, visto que

a amostra de indivíduos com um número de dentes cariados acima de nove era pequena nesta pesquisa.

Foi observado que quando há dor, a prevalência da autopercepção negativa é severamente impactada e, de acordo com os dados do presente estudo, ocorre um aumento de 35% na prevalência dessa variável dependente ao comparar com o grupo que não reportava dor no momento da análise. De fato, a dor dentária é a principal razão para a busca ativa por atendimentos odontológicos entre adolescentes (Chimbinha *et al.*, 2023). Segundo a literatura, basta um episódio de dor no adolescente para que os impactos negativos na qualidade de vida sejam vivenciados durante toda a adolescência (Vargas *et al.*, 2022). Esse dado reforça a necessidade de se buscar políticas públicas que priorizem o acompanhamento odontológico periódico do adolescente.

## CONCLUSÃO

Esse estudo teve como objetivo analisar a prevalência da autopercepção da saúde bucal entre adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos, residentes na região Sudeste do Brasil, e investigar suas associações com condições clínicas, demográficas, socioeconômicas, de autopercepção e de utilização de serviços odontológicos.

Os resultados mostraram que uma parcela expressiva dos adolescentes tende a classificar sua saúde bucal de forma negativa, o que é uma realidade importante a ser considerada no planejamento de medidas de prevenção e tratamento dos agravos bucais, bem como na formulação de políticas públicas em saúde que priorizem o bem-estar familiar. A autoavaliação negativa da saúde bucal está associada a fatores como ter 18/19 anos, sentir necessidade de tratamento odontológico, estar com dor de dente, ter dentes cariados, possuir uma percepção negativa da aparência dos dentes ou gengivas e não ter frequentado o dentista há mais de um ano. A hipótese nula de que esses fatores não impactam na autoavaliação de saúde bucal do adolescente foi, portanto, rejeitada. Assim, os projetos e programas voltados para a saúde bucal devem atentar-se aos fatores que influenciam a autoavaliação da saúde bucal do adolescente, indicador que repercute na qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade no qual este adolescente está inserido.

Esse estudo apresenta algumas limitações, como o uso de dados secundários e o fato de que a análise incluiu apenas os adolescentes entre 15 e 19 anos. Além disso, a utilização de questionários como instrumento de coleta de dados pode ter introduzido um viés de memória. Por se tratar de um estudo observacional e transversal, não é possível estabelecer relações de

causalidade. No entanto, a amostra analisada foi representativa dessa faixa etária, tornando os resultados relevantes para subsidiar políticas públicas de saúde bucal voltadas para adolescentes, suas famílias e suas comunidades.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. Evaluation of the Family Impact Scale for use in Brazil. **Journal of Applied Oral Science**, v. 17, n. 5, p. 397-403, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf). Acesso em: 19 jan. 2024.

BORGES, C. M.; PERES, M. A.; PERES, K. G. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 713-723, 2010.

CHIMBINHA, I. G. M.; FERREIRA, B. N. C.; MIRANDA, G. P.; GUEDES, R. S. Oral-health-related quality of life in adolescents: umbrella review. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 1603, 2023.

GUSHI, L. L.; SOUSA, M. D. L. R.; FRIAS, A. C.; ANTUNES, J. L. F. Factors associated with the impact of oral health conditions on daily activities of adolescents, São Paulo State, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200098, 2020.

JANNUZZI, P. M. A importância da informação estatística para as políticas sociais no Brasil: breve reflexão sobre a experiência do passado para considerar no presente. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 35, n. 1, p. e0055, 2018.

LEARY, S. D.; DO, L. G. Changes in oral health behaviors between childhood and adolescence: findings from a UK cohort study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 47, n. 5, p. 367-373, 2019.

MARONEZE, M. C.; ARDENGHI, D. M.; BRONDANI, M.; UNFER, B.; ARDENGHI, T. M. Dental treatment improves the oral health-related quality of life of adolescents: a mixed-methods approach. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.29, n. 6, p. 765-774, 2019.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1699-1707, 2006.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1927-1938, 2012.

SANTOS, S. A.; ORTIZ, F. R.; AGOSTINI, B. A.; ARDENGHI, T. M. Self-reported oral health and normative indices of dental caries among adolescents: a cohort study. **Brazilian Oral Research**, v. 36, p. e021, 2022.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SFREDDO, C. S.; MOREIRA, C. H. C.; NICOLAU, B.; ORTIZ, F. R.; ARDENGHI, T. M. Socioeconomic inequalities in oral health-related quality of life in adolescents: a cohort study. **Quality of Life Research**, v.28, n. 9, p. 2491-2500, 2019.

SOUSA, J. L. D.; HENRIQUES, A.; SILVA, Z. P. D.; SEVERO, M.; SILVA, S. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. 00099518, 2019.

VARGAS, A. M.; MARONEZE, M. C.; ORTIZ, F. R.; ARDENGHI, D. M.; ARDENGHI, T. M. Influence of toothache on oral health-related quality of life during adolescence: a cohort study. **Clinical Oral Investigations**, v.26, n.6, p.4615-4622, 2022.

VICTORA, C. G.; HUTTLY, S. R., FUCHS, S. C., OLINTO, M. T. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International Journal of Epidemiology**, v.26, n.1, p. 224-227, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/41905>. Acesso em: 15 fev. 2024.

### 4.3 ARTIGO 3- A autoavaliação da saúde bucal de adolescentes na região Sudeste do Brasil<sup>3</sup>

**Resumo:** O objetivo deste artigo é identificar a autoavaliação da saúde bucal entre adolescentes residentes na região Sudeste do Brasil e os fatores a ela associados. Trata-se de um estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2003 e 2023. Foram realizadas análises descritiva, bivariada e multivariada, por meio de regressão de Poisson. A autoavaliação negativa da saúde bucal foi observada em 41,4% (IC95%: 36,5-46,5) dos participantes em 2003 e em 33,4% (IC95%: 27,2-40,3) em 2023. Na análise multivariada, os fatores associados à pior autoavaliação da saúde bucal foram: ter 18 ou 19 anos, não possuir casa própria, receber auxílio do governo, sentir necessidade de tratamento, sentir dor dentária, ter extraído dentes devido à cárie, apresentar cálculo dentário, ter visitado o dentista há 2 a 3 anos e perceber impactos da saúde bucal na rotina. Observou-se, portanto, uma elevada prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal entre adolescentes do Sudeste, associada a uma estrutura multidimensional de variáveis. Esses achados sugerem a inclusão da autoavaliação da saúde bucal como um importante complemento aos critérios normativos na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas voltadas à saúde e à qualidade de vida.

**Palavras-chaves** Qualidade de Vida; Saúde Pública; Odontologia; Inquéritos Epidemiológicos; Fatores de Risco.

#### Self-assessment of oral health among adolescents in the Southeast region of Brazil

**Abstract:** The aim of this article is to identify the self-perception of oral health among adolescents living in the Southeast region of Brazil and the factors associated with it. This is a cross-sectional study using data from the 2003 and 2023 Brazilian National Oral Health Survey. Descriptive, bivariate, and multivariate analyses were performed using Poisson regression. A negative self-perception of oral health was reported by 41.4% (95%CI: 36.5–46.5) of participants in 2003 and by 33.4% (95%CI: 27.2-40.3) in 2023. In the multivariate analysis, the factors associated with poorer self-perception of oral health included: being 18 or 19 years old, not owning a home, receiving government assistance, feeling the need for dental treatment, experiencing toothache, having teeth extracted due to caries, presenting with dental calculus, last visiting the dentist two to three years ago, and perceiving impacts of oral health on daily life. A high prevalence of negative self-perception of oral health was observed among adolescents in the Southeast region, a finding associated with a multidimensional structure of variables. These results suggest that self-perceived oral health should be considered an important complement to normative criteria in the development, implementation, and evaluation of public policies aimed at improving health and quality of life.

**Keywords:** Quality of Life; Public Health; Dentistry; Health Surveys; Risk Factors.

#### La autoevaluación de la salud bucal en adolescentes de la región Sudeste de Brasil

---

<sup>3</sup> O artigo será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva

**Resumen:** El objetivo de este artículo es identificar la autoevaluación de la salud bucal entre adolescentes residentes en la región Sudeste de Brasil y los factores asociados a ella. Se trata de un estudio transversal con datos de la Encuesta Nacional de Salud Bucal de 2003 y 2023. Se realizaron análisis descriptivos, bivariados y multivariados mediante regresión de Poisson. La autoevaluación negativa de la salud bucal fue reportada por el 41,4% (IC95%: 36,5–46,5) de los participantes en 2003 y por el 33,4% (IC95%: 27,2–40,3) en 2023. En el análisis multivariado, los factores asociados con una peor autoevaluación de la salud bucal fueron: tener 18 o 19 años, no tener vivienda propia, recibir ayuda gubernamental, sentir necesidad de tratamiento, experimentar dolor dental, haber extraído dientes debido a caries, presentar cálculo dental, haber visitado al dentista hace entre 2 y 3 años y percibir impactos de la salud bucal en la rutina diaria. Se observó, por lo tanto, una alta prevalencia de autoevaluación negativa de la salud bucal entre adolescentes del Sudeste, asociada a una estructura multidimensional de variables. Estos hallazgos sugieren que la autoevaluación de la salud bucal debe considerarse un complemento importante a los criterios normativos en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas orientadas a la salud y la calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de Vida; Salud Pública; Odontología; Encuestas Epidemiológicas; Factores de Riesgo.

## INTRODUÇÃO

Em 2004, a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e do seu braço executivo, o programa Brasil Sorridente, ampliou o acesso da população aos serviços de saúde bucal no país. A análise do ciclo dessa política aponta avanços nos indicadores de saúde, expansão da rede de serviços odontológicos e aumento da cobertura assistencial (Neves; Teixeira, 2024). Por outro lado, a carga de doenças bucais e o comprometimento da qualidade de vida, refletido na autoavaliação da saúde bucal, mantiveram-se elevados em diversos estudos realizados após a implementação do Brasil Sorridente (Bordin *et al.*, 2020; Ripardo *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2022; Vale; Mendes; Moreira, 2013).

A avaliação que o indivíduo faz de sua saúde bucal está associada à condição objetiva da saúde bucal e à funcionalidade, mas também incorpora valores culturais e sociais que atravessam tanto a pessoa quanto o grupo social ao qual pertence (Chimbinha *et al.*, 2023; Martins; Barreto; Pordeus, 2009; Matos; Lima-Costa, 2006; Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012; Santos *et al.*, 2022; Vale; Mendes; Moreira, 2013). Essa autoavaliação reflete a qualidade de vida e, portanto, está intimamente relacionada à qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB), um construto multifatorial determinado por condições que afetam a percepção do indivíduo, seus sentidos e comportamentos na vida cotidiana (Martins; Barreto; Pordeus, 2009; Matos; Lima-Costa, 2006; Vale; Mendes; Moreira, 2013).

Nesse contexto, a autoavaliação da saúde bucal pode constituir um importante complemento aos índices clínicos, servindo como subsídio para mensurar a interferência das

condições bucais nas atividades diárias. Isso a torna uma ferramenta útil para programas que têm o bem-estar como meta, como aquelas que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990). No entanto, observa-se que, atualmente, indicadores subjetivos como a autoavaliação da saúde ainda são pouco incorporados às políticas públicas de saúde bucal no Brasil (Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012).

O programa Brasil Sorridente tem sido avaliado periodicamente por meio do monitoramento da situação de saúde bucal da população, baseado na análise estatística de dados provenientes de levantamentos epidemiológicos, como os Projetos Saúde Bucal Brasil 2003 (SBBrasil 2003) e 2023 (SBBrasil 2023) (Brasil, 2004, 2025). Segundo Paulo Jannuzzi (2018), a efetividade das políticas sociais depende de múltiplos fatores, sendo a informação estatística um instrumento fundamental em todas as fases de um programa público.

Diante disso, torna-se evidente a importância de analisar estatisticamente os fatores que influenciam a autoavaliação da saúde bucal, uma variável de fácil obtenção e que fornece informações relevantes sobre a população estudada. Essa variável assume especial relevância na adolescência, fase da vida em que geralmente se inicia a responsabilidade pelo autocuidado e em que se consolidam hábitos alimentares e de higiene (Leary; Do, 2019). Além disso, por se tratar de uma fase de transição marcada pelo entrelaçamento entre dependência e independência, a adolescência favorece o surgimento de comportamentos potencialmente prejudiciais à saúde (Chimbinha *et al.*, 2023). Ademais, condições que afetam negativamente o bem-estar do adolescente podem repercutir na qualidade de vida de suas famílias, gerando dificuldades financeiras, conflitos familiares e comprometimento das atividades cotidianas no contexto comunitário (Barbosa; Gavião, 2009).

Assim, o objetivo do presente estudo foi identificar a autoavaliação da saúde bucal entre adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos, residentes na região Sudeste do Brasil nos anos de 2003 e 2023, e investigar sua associação com condições clínicas, demográficas, de predisposição/facilitação, de percepção e de impacto na rotina. A hipótese nula é de que esses fatores não influenciam a autoavaliação da saúde bucal dos adolescentes. A literatura aponta que esse tema ainda é pouco explorado em pesquisas nacionais e internacionais (Santos *et al.*, 2022), o que reforça a importância desta investigação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal quantitativo, que incluiu uma amostra da população de 15 a 19 anos da região Sudeste do Brasil, participante dos Projetos SBBrasil 2003 e 2023. O

SBBrazil possui abrangência nacional e representatividade para as capitais estaduais, o Distrito Federal e as cinco regiões geográficas (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste). Em 2003, foram analisadas as idades índice de 5 e 12 anos, além das faixas etárias de 18-36 meses, 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos. O planejamento amostral adotou uma seleção probabilística por conglomerados em três estágios, com sorteio de 250 municípios de diferentes portes populacionais (Brasil, 2004). Em 2023, foram analisadas as idades índice de 5 e 12 anos, e as faixas etárias de 15-19 anos, 35-44 anos e 65-74 anos (Brasil, 2022). O plano amostral considerou conglomerados em um ou dois estágios, com seleção de domicílios para obtenção de amostras de 420 pessoas (para 5 e 12 anos) e 500 indivíduos (para as demais faixas etárias) nas capitais, e de 170 pessoas no interior, considerando perdas estimadas de 40% (Brasil, 2022). Detalhes adicionais sobre a metodologia e o processo de amostragem encontram-se nos respectivos projetos técnicos (Brasil, 2004, 2022).

Em ambos os levantamentos, equipes odontológicas foram treinadas e calibradas em todas as macrorregiões do país, adotando-se os critérios diagnósticos definidos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997). A concordância intra e inter-examinadores foi calculada por meio da estatística kappa ponderada, adotando-se como valor mínimo aceitável 0,61 (Brasil, 2022). O SBBrazil 2003 foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, conforme parecer no. 581/2000. O SBBrazil 2023 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução no. 466/2012.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas e exame bucal (Brasil, 2004, 2022). Para o SBBrazil 2023, utilizou-se um software instalado em dispositivos móveis de coleta (DMCs), que geraram os bancos de dados do projeto (Brasil, 2022). Os exames clínicos foram realizados nos domicílios, sob iluminação natural, com sonda periodontal e espelho bucal, para avaliação de agravos bucais, incluindo: (1) Prevalência de cárie dentária coronária pelo índice CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados); (2) Condição periodontal pelo Índice Periodontal Comunitário (CPI), que avalia sangramento, cálculo e presença de bolsas periodontais rasas e profundas; e, (3) Oclusão dentária, por meio do Índice de Estética Dental (DAI), que combina medidas do estado oclusal e necessidade de tratamento ortodôntico.

Também foram avaliadas a necessidade de tratamento e a presença de dor dentária (Brasil, 2004, 2022). Em 2023, os impactos da saúde bucal nas atividades diárias foram mensurados pela versão brasileira validada do instrumento *Oral Impacts on Daily Performances* (OIDP) (Brasil, 2022).

Um questionário adicional coletou dados socioeconômicos e demográficos: sexo, idade, cor da pele, escolaridade do adolescente, renda familiar, recebimento de benefícios

governamentais, tipo de moradia e acesso a bens e serviços. Também foram obtidas informações sobre o acesso e uso dos serviços de saúde bucal e autoavaliação da saúde bucal (Brasil, 2004, 2022).

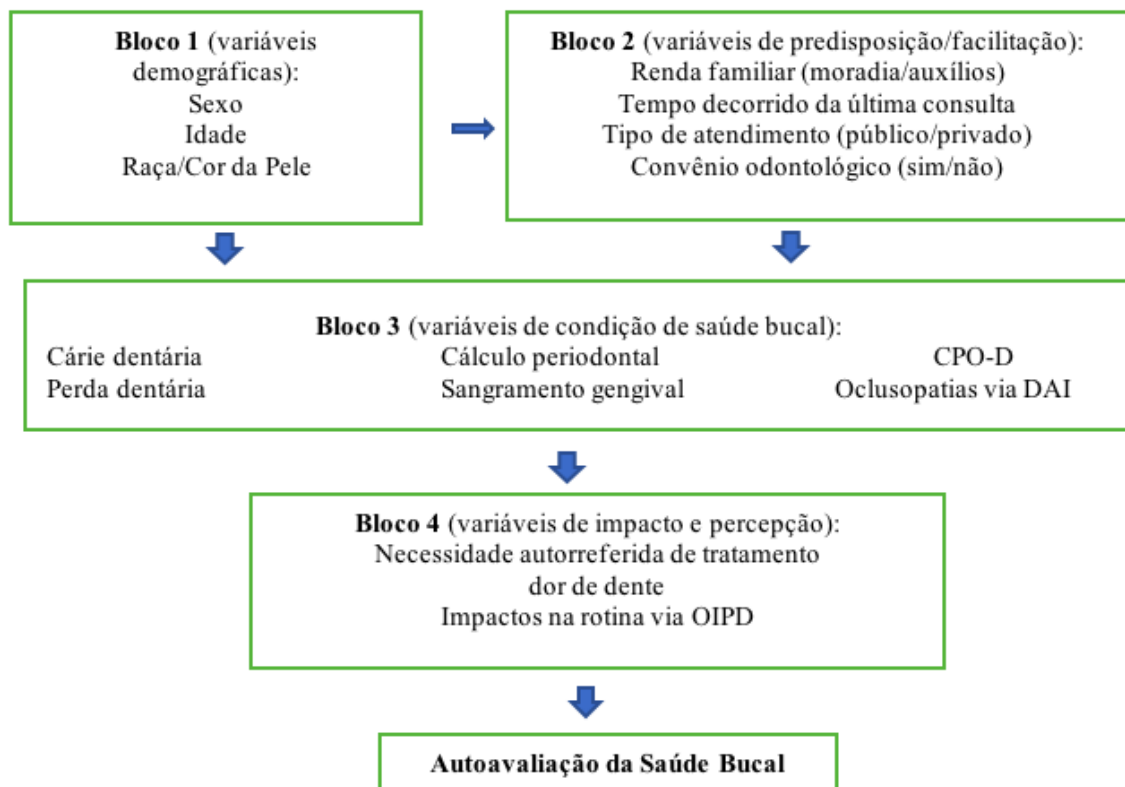
A variável dependente foi a autoavaliação da saúde bucal. Em 2003, foi avaliada pela pergunta: “*Como classificaria a sua saúde bucal?*”, com cinco opções de resposta: “péssima”, “ruim”, “regular”, “boa” e “ótima”. Respostas como “sem informação” ou “não sabe/não informou” foram tratadas como ausentes (*missings*) e excluídas da análise. Em 2023, a pergunta utilizada foi: “*Em geral, como avalia a sua saúde bucal (dentes e gengivas)?*”, com respostas: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim”, (5) “muito ruim” e “não sabe/não respondeu”, sendo esta última excluída da análise. Para fins analíticos, as respostas foram agrupadas em duas categorias: positiva (ótima, muito boa ou boa) e negativa (regular, ruim, muito ruim ou péssima), conforme utilizado em estudos anteriores (Bordin *et al.*, 2020; Matos; Lima-Costa, 2006; Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012; Santos *et al.*, 2022).

As variáveis independentes foram selecionadas com base no modelo teórico de Vale, Mendes e Moreira (2013), com pequenas adaptações e organizadas em um modelo hierárquico com quatro blocos (Figura 1): Blocos distais 1 e 2: variáveis demográficas e de predisposição/facilitação; Bloco intermediário 3: condições clínicas de saúde bucal; e Bloco proximal 4: variáveis de impacto e percepção.

Dos mais de 30 indicadores disponíveis nos bancos de dados do SBBrasil 2003 e 2023, foram selecionadas as variáveis mais representativas da saúde bucal e da QVRSB, considerando a literatura atual e o modelo conceitual adotado, que contempla os determinantes sociais e biológicos da saúde (Vale; Mendes; Moreira, 2013).

As análises estatísticas foram realizadas no software Stata versão 17.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos). A função *svyset* foi configurada conforme os estágios amostrais da pesquisa e as análises foram conduzidas com ponderação pelo efeito do delineamento amostral, utilizando o comando *svy*, adequado para amostras complexas (Szwarcwald; Damacena, 2008). A normalidade dos dados foi verificada por meio do coeficiente de assimetria, gráficos e o teste de Shapiro-Wilk.

Figura 1- Modelo teórico de determinação das variáveis independentes adaptado do modelo proposto por Vale, Mendes e Moreira (2013)



Fonte: elaboração própria.

Inicialmente, realizou-se a descrição da amostra, com apresentação de médias, erros padrão (EP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). As variáveis categóricas foram descritas por proporções com IC95%. Em seguida, foram conduzidas análises bivariadas da prevalência de autoavaliação bucal negativa, com cálculo das razões de prevalência e respectivos IC95%. Posteriormente, realizou-se a regressão de Poisson, indicada quando a prevalência do desfecho ultrapassa 20% (Barros; Hirakata, 2003). Variáveis com valor de  $p < 0,25$  nas análises brutas foram incluídas no modelo múltiplo (Hosmer; Lemeshow, 1989).

A modelagem estatística seguiu o modelo teórico hierárquico para a determinação da autoavaliação da saúde bucal (Figura 1). Assim, a regressão múltipla foi ajustada de modo que as associações entre o desfecho e os fatores proximais fossem controladas pelas variáveis mais distais. As variáveis demográficas e de predisposição/facilitação foram ajustadas entre si; as condições clínicas, entre si e pelas variáveis demográficas e de predisposição/facilitação; e as de impacto/percepção foram ajustadas entre si, além das demais variáveis do modelo.

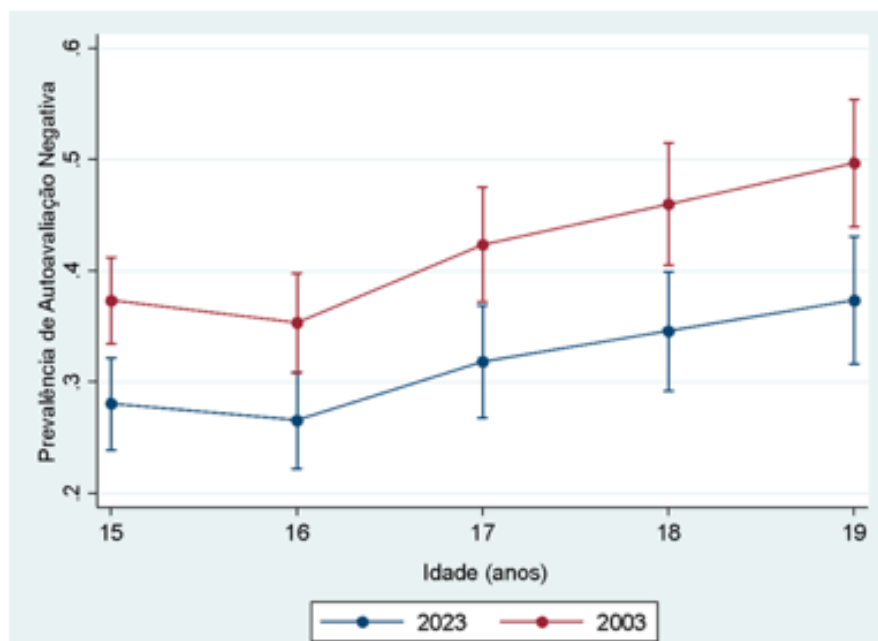
O ajuste do modelo foi considerado satisfatório, conforme indicado pelo teste de aderência (*goodness-of-fit-test*,  $p = 1,00$ ).

## RESULTADOS

O Projeto SBBrasil coletou dados de 16.833 e 8.053 indivíduos de 15 a 19 anos nos anos de 2003 e 2023, respectivamente. Na região Sudeste, a amostra correspondente a essa faixa etária foi composta por 2981 adolescentes em 2003 e 919 em 2023. Destes, 86 indivíduos foram excluídos em 2003 por apresentarem informações incompletas quanto à autoavaliação da saúde bucal, resultando em uma amostra de 2895 adolescentes (97%). Em 2023, 21 indivíduos foram excluídos pelos mesmos motivos, totalizando 898 indivíduos incluídos na análise (97%).

A Figura 2 ilustra a distribuição da autoavaliação negativa da saúde bucal segundo a idade, nos anos de 2003 e 2023. Os dados indicam uma tendência de aumento da prevalência dessa percepção com o avanço da idade. Especificamente, entre adolescentes de 17 anos, as prevalências foram de 42,3% (IC95% 37,2-47,5) em 2003 e 29,2% (IC95% 26,8-36,9) em 2023; aos 18 anos, de 45,9% (IC95% 40,5-51,5) e 36,4% (IC95% 29,8-39,9); e aos 19 anos, de 49,7% (IC95% 43,9-55,4) e 37,3% (IC95% 31,6-42,1), respectivamente.

Figura 2- Prevalência de autoavaliação negativa segundo idade em adolescentes da região Sudeste, nos períodos de 2003 e 2023. Projeto SBBrasil, MS, Brasil



Fonte: elaboração própria.

A Tabela 1 apresenta a prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal (ANSB), que foi de 41,4% (IC95% 36,5-46,5) em 2003 e de 33,4% (IC95% 27,2-40,3) em 2023. No ano

mais recente, 31,3% (IC95% 24,2-38,9) dos adolescentes pertenciam a famílias beneficiárias de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família ou o Benefício de Prestação Continuada (BPC), proporção semelhante à observada entre os que não possuíam moradia própria em 2003 (20,3% - IC95% 17,1-28,5).

Quanto à perda dentária por cárie, 7,7% (IC95% 5,0-11,2) dos adolescentes em 2023 apresentavam esse agravo, percentual substancialmente inferior ao registrado em 2003 (24,7% IC95% 21,6-28,3). A dor dentária nos seis meses anteriores à coleta foi relatada por 18,1% (IC95% 14,8-24,2) dos adolescentes em 2023, também inferior à prevalência observada em 2003 (35,2% IC95% 30,8-39,9). Em relação ao índice CPO-D, observou-se redução significativa da média entre os anos estudados, passando de 5,94 (IC95% 5,44-6,44) em 2003 para 2,84 (IC95% 2,2-3,5) em 2023. A Tabela 1 também apresenta as características sociodemográficas e clínicas da população, estratificadas segundo a percepção negativa da saúde bucal.

Tabela 1 – Distribuição e prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal (ANSB) segundo características da amostra dos adolescentes (15 a 19 anos) nos períodos de 2003 e 2023. Projeto SBBrasil, MS, Brasil

	<u>Distribuição da amostra</u> (n= 2895)		<u>Prevalência</u> ANSB		<u>Distribuição</u> da amostra (n=898)		<u>Prevalência</u> ANSB	
	<b>2003</b>				<b>2023</b>			
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC95%	%	IC95%
<b>Total</b>			41,4	(36,5-46,5)			33,4	(27,2-40,3)
<b>Sexo</b>								
Masculino	42,5	40,2-44,8	40,6	34,9-46,4	51,4	45,4-57,3	33,2	22,2-46,3
Feminino	57,5	55,2-59,8	41,9	37,2-46,9	48,6	42,7-54,6	33,7	26,8-41,3
<b>Idade (anos)</b>								
15-17	66,2	62,5-69,5	37,8	33,1-42,8	66,2	58,0-73,4	29,8	20,7-41,0
18-19	34,0	30,4-37,5	48,3	41,7-55,0	33,8	26,4-41,9	40,3	33,4-47,8
<b>Raça</b>								
Branca	46,5	39,2-53,7	36,6	30,9-43,8	46,7	36,5-57,2	27,5	19,4-37,5
Não branca	53,5	46,2-60,7	45,3	41,2-49,5	53,3	42,8-63,5	38,2	31,7-45,1
<b>Recebe Benefício</b>								
Não					68,9	61,0-75,7	27,3	21,6-33,9
Sim					31,3	24,2-38,9	46,9	37,4-56,8
<b>Moradia Própria</b>								
Sim	79,7	76,0-82,9	39,7	34,7-45,0				
Não	20,3	17,1-28,5	47,8	40,9-54,6				
<b>Tempo decorrido (anos)</b>								
Até 1	51,5	46,9-56,1	34,7	29,3-40,6	53,0	45,2-60,6	25,9	18,3-35,2
2 a 3	22,5	20,0-25,3	43,1	37,3-49,1	35,5	27,7-44,1	42,5	34,4-51,0
Mais de 3 ou nunca	26,0	22,2-29,9	53,0	46,9-59,1	11,5	7,8-16,7	34,6	23,5-47,7
<b>Plano odontológico</b>								
Sim	7,8	5,72-10,4	42,4	30,1-55,5	17,2	10,1-27,6	18,8	11,8-28,8
Não	92,2	91,1-93,2	39,8	34,8-45,0	82,8	72,7-89,8	36,7	29,2-41,3
<b>Tipo serviço</b>								
Particular	37,6	31,4-44,2	36,4	30,1-43,1	62,7	57,1-67,9	27,9	20,2-37,2
Público	62,4	55,8-68,6	42,2	36,3-48,3	37,4	32,0-43,2	40,5	29,5-53,0

Continuação da Tabela 1

	<u>Distribuição da amostra</u>		<u>Prevalência ANSB</u>		<u>Distribuição da amostra</u>		<u>Prevalência ANSB</u>	
	%- média	IC 95%	%	IC 95%	%	IC95%	% - média	IC95%
<b>Dentes cariados (média)</b>	1,9	1,8-2,0	2,8	2,6-3,0	1,1	0,8-1,4	1,9	1,45-2,43
<b>Dor (últimos 6 meses)</b>								
Não	64,8	60,1-69,2	30,5	25,8-35,6	81,9	76,8-86,0	27,6	22,1-33,7
Sim	35,2	30,8-39,9	61,5	55,9-66,6	18,1	14,8-24,2	58,7	37,3-77,2
<b>Dentes perdidos</b>								
Nenhum	75,3	71,7-78,4	37,5	32,2-43,1	92,3	88,8-94,9	30,3	24,4-36,9
1 ou mais	24,7	21,6-28,3	53,1	47,8-58,4	7,7	5,0-11,2	71,2	54,5-83,6
<b>Cálculo periodontal</b>								
Sextantes Hígidios	66,9	60,1-72,9	34,2	28,3-40,6	67,3	59,5-75,2	24,6	19,7-30,3
1/6 com cálculo	33,1	27,0-39,9	51,8	46,8-56,8	32,1	24,8-40,5	51,5	38,9-63,9
<b>Sangramento gengival</b>								
Sextantes Hígidios	75,5	69,9-80,4	34,1	28,2-40,5	68,9	61,4-75,6	27,3	20,6-35,1
1/6 com sangramento	24,5	19,6-30,1	47,5	40,1-55,0	31,1	24,4-38,6	46,9	38,4-55,7
<b>CPOD (mean)</b>	5,94	5,44-6,44	6,7	6,06-7,3	2,84	2,2-3,5	4,11	2,8-5,5
<b>DAI</b>								
Sem oclusopatia	45,8	40,3-51,3	38,2	30,9-46,2	72,6	66,2-78,2	30,1	23,2-38,1
Oclusopatia definida	21,3	18,9-23,7	39,2	33,7-44,9	14,0	9,8-19,7	36,3	21,8-53,7
Oclusopatia grave	14,6	12,6-16,9	44,7	39,1-50,5	13,9	10,2-17,4	47,5	35,2-60,1
Muito grave	18,3	16,1-20,8	49,3	43,4-55,3				
<b>Necessidade de tratamento</b>								
Não	25,5	21,5-29,9	20,3	42,6-54,9	41,3	32,7-50,4	11,7	6,6-19,9
Sim	74,5	70,0-78,5	48,7	14,9-27,2	59,2	50,1-67,7	48,9	41,5-56,3
<b>OIDP</b>								
Nenhum					66,8	58,7-75,9	23,9	18,9-29,5
1 ou mais					34,2	26,0-41,3	52,5	40,1-64,6

Obs.: 2023 as categorias de DAI grave e muito grave foram unidas.

Fonte: elaboração própria.

A Tabela 2 exibe as razões de prevalências brutas e ajustadas para cada variável independente, bem como os modelos obtidos na análise múltipla, estratificada por ano do estudo. Em 2003, após o ajuste entre as variáveis do bloco 1, as variáveis sexo e raça perderam significância estatística, enquanto os adolescentes com idades entre 18 e 19 anos apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal. No bloco 2, após ajuste mútuo e controle pelas variáveis do bloco 1, a ausência de moradia própria manteve-se associada ao desfecho.

Entre as variáveis clínicas (bloco 3), “dentes perdidos” e presença de “cálculo dentário” mantiveram-se significativamente associadas à percepção negativa da saúde bucal. No bloco 4, “dor de dente nos últimos seis meses” e “necessidade autorreferida de tratamento” apresentaram associação estatisticamente significativa mesmo após os ajustes.

Em 2023, as variáveis idade (18 ou 19 anos), recebimento de auxílio governamental, tempo desde a última consulta odontológica (entre 1 e 3 anos), dor de dente recente, perda dentária por cárie, presença de cálculo dentário, necessidade percebida de tratamento odontológico e impacto das condições bucais nas atividades cotidianas mostraram-se positivamente associadas à insatisfação com a saúde bucal, com significância estatística, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2- Análises univariadas e ajustadas, razões de prevalência (RP), intervalos de confiança (95%) obtidos por análise de regressão de Poisson para associação entre a autiavaliação negativa da saúde bucal e as variáveis independentes, da amostra dos adolescentes (15 a 19 anos) nos períodos de 2003 e 2023. Projeto SBBrazil, MS, Brasil

Variáveis	2003		p valor#	2023		p valor#
	RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)		RP bruta (IC 95%)	RP ajustada (IC 95%)	
<b>Sexo</b>			0,409			0,95
Masculino	1,0			1,0		
Feminino	1,03 (0,95-1,12)			1,01 (0,64-1,61)		
<b>Idade (anos)</b>			<0,001			0,169
15-17	1,0	1,0		1,0	1,0	
18-19	1,27 (1,13-1,44)	1,13 (1,01-1,28)		1,35 (0,88-2,07)	1,24 (1,01-1,54)	
<b>Raça</b>			0,007			0,07
Branca	1,0			1,00		
Não branca	1,23 (1,06-1,43)			1,38 (0,97-1,97)		
<b>Recebe Benefício</b>						<0,001
Não				1,0	1,0	
Sim				1,71 (1,32-2,23)	1,31 (1,05-1,66)	
<b>Moradia Própria</b>			0,006			
Sim	1,0	1,0				
Não	1,20 (1,05-1,36)	1,12 (1,01-1,24)				
<b>Tempo decorrido (anos)</b>			<0,001			0,007
Até 1	1,0			1,0	1,0	
Até 3	1,25 (1,03-1,48)			1,64 (1,21-2,23)	1,85 (1,35-2,52)	
Mais de 3 ou nunca	1,52 (1,31-1,77)			1,34 (0,86-2,08)	1,21 (0,9-1,77)	
<b>Plano odontológico</b>			0,677			0,026
Sim	1,0			1,0		
Não	1,07 (0,87-1,29)			1,95 (1,08-3,49)		

Continuação da Tabela 2

<b>Dentes cariados (média)</b>	1,0 1,08 (1,07-1,10)		<0,001	1,0 1,16 (1,12-1,20)		<0,001
<b>Dor (últimos 6 meses)</b>			<0,001			<0,001
<b>Não</b>	1,0	1,0		1,0	1,0	
<b>Sim</b>	2,01 (1,71-2,37)	1,77 (1,43-2,18)		2,12 (1,48-3,05)	1,46 (1,02-2,08)	
<b>Dentes perdidos</b>			<0,001			<0,001
Nenhum	1,0	1,0		1,0	1,0	
1 ou mais	1,41 (1,25-1,60)	1,16 (1,05-1,29)		2,35 (1,77-3,11)	2,23 (1,51-3,29)	
<b>Cálculo periodontal</b>			<0,001			<0,001
Sextantes Hígidos	1,0	1,0		1,0	1,0	
1/6 com cálculo	1,51 (1,26-1,81)	1,27 (1,07-1,49)		2,09 (1,51-2,90)	1,82 (1,30-2,55)	
<b>Sangramento gengival</b>			<0,001			<0,001
Sextantes Hígidos	1,0			1,0		
1/6 com sangramento	1,39 (1,19-1,62)			1,72 (1,27-2,32)		
<b>CPOD (mean)</b>	1,0 1,48 (1,11-1,97)		<0,001	1,0 1,06 (1,03-1,09)		<0,001
<b>DAI</b>			0,025			0,04
Sem oclusopatia	1,0			1,0		
Oclusopatia definida	1,02 (0,84-1,24)			1,20 (0,74-1,95)		
Oclusopatia grave	1,17 (0,94-1,44)			1,57 (1,10-2,24)		
Muito grave	1,29 (1,03-1,60)					
<b>Necessidade de tratamento</b>			<0,001			<0,001
<b>Não</b>	1,0	1,0		1,0	1,0	
<b>Sim</b>	2,39 (1,77-3,25)	2,01 (1,44-2,76)		4,17 (2,31-7,53)	2,82 (1,54-5,18)	
<b>OIDP</b>						<0,001
Nenhum				1,0	1,0	
1 ou mais				2,21 (1,62-3,02)	1,57 (1,22-2,01)	

\*ajustado por moradia própria; #p de Wald da univariada.  
Fonte: elaboração própria.

## DISCUSSÃO

A prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal entre adolescentes residentes na região Sudeste do Brasil manteve-se elevada ao longo do período analisado (41,4% em 2003 e 36,4% em 2023), revelando persistente insatisfação subjetiva com a saúde bucal, mesmo após duas décadas de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal - o Brasil Sorridente. Essa constatação é consonante com achados em outras regiões brasileiras, como em Santa Maria (RS), em 2018 (Santos *et al.*, 2022), e em Manaus (AM), em 2016 (Ripardo *et al.*, 2025), sugerindo que, apesar dos avanços estruturais e assistenciais, os indicadores subjetivos entre adolescentes permanecem críticos.

Por outro lado, estudos com adultos e idosos apresentam, em geral, autoavaliações mais positivas (Bordin *et al.*, 2020; Luchi *et al.*, 2013; Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012; Vale; Mendes; Moreira, 2013;), o que pode refletir diferenças metodológicas ou, mais provavelmente, distintas construções perceptivas da saúde ao longo do ciclo de vida. Fatores emocionais, culturais e sociais modulam essas percepções, sendo mais agudamente sentidos durante a adolescência, período de intensas transformações psicossociais (Leary; Do, 2019). Assim, argumenta-se que os avanços alcançados pelo Brasil Sorridente precisam ser acompanhados de estratégias que incorporem os determinantes subjetivos da saúde bucal, especialmente na juventude.

Dentre as variáveis demográficas (bloco 1), a idade manteve associação estatisticamente significativa com o desfecho independente das variáveis clínicas, de predisposição/facilitação e de percepção analisadas neste trabalho. A prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal aumentou entre os adolescentes mais velhos (18–19 anos), replicando achados anteriores (Santos *et al.*, 2022). A transição para a maioridade legal e o aumento da autonomia em relação ao cuidado com a saúde podem intensificar sentimentos de insatisfação e percepção crítica do próprio estado bucal, em especial diante de dificuldades de acesso, experiências negativas prévias ou demandas estéticas intensificadas na juventude.

No que tange às variáveis de predisposição/facilitação (bloco 2), a situação socioeconômica e o tempo decorrido desde a última visita ao dentista mantiveram-se fortemente associadas ao desfecho. A precariedade habitacional e o recebimento de benefícios governamentais se configuraram como marcadores de vulnerabilidade social com impacto direto na insatisfação com a saúde bucal. Estudos prévios já demonstraram essa associação em adultos (Matos; Lima-Costa, 2006), reiterando a influência das desigualdades sociais na percepção da saúde. Em adolescentes, essa relação parece ainda mais sensível, dado o peso

simbólico das condições de vida nesse estágio de desenvolvimento (Reichert; Loch; Capilheira, 2012).

De fato, as condições sociais qualificam a maneira como os indivíduos sentem, pensam e agem em relação à própria saúde (Luchi *et al.*, 2013; Vale; Mendes; Moreira, 2013). Ademais, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal (QVRSB) é profundamente impactada pelo contexto socioeconômico (Chimbinha *et al.*, 2023), o que exige a incorporação de estratégias intersetoriais às políticas públicas. Portanto, sugere-se que o cuidado em saúde bucal na adolescência vá além da abordagem clínica e contemple os determinantes sociais, reconhecendo o impacto das condições materiais e subjetivas na construção da experiência de saúde.

A literatura corrente sugere que consultas odontológicas frequentes apresentam um significado psicossocial importante para o adolescente, sendo capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo (Maroneze *et al.*, 2019). O presente estudo verificou que, em 2023, intervalos maiores do que 1 ano e menores do que 3 anos para visitar o dentista estavam associados à autoavaliação da saúde bucal negativa, quando comparados à consulta há no máximo 1 ano. Tal achado se assemelha aos resultados encontrados por outros autores aos analisarem adultos brasileiros, mas nesse caso observou-se intervalos mais longos ( $\geq 3$  anos) de visita ao dentista associando-se à avaliação ruim da saúde bucal (Matos; Lima-Costa, 2006; Vale; Mendes; Moreira, 2013). Assim, para os adolescentes da região Sudeste do país, este artigo sugere ser importante incentivar a periodicidade anual do acompanhamento odontológico.

As variáveis clínicas (bloco 3) - perda dentária por cárie e presença de cálculo dentário - apresentaram associação negativa com o desfecho. Estudos anteriores, em faixas etárias diversas, observaram que ter perdido dentes está associado à insatisfação com a saúde bucal (Luchi *et al.*, 2013; Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012; Santos *et al.*, 2022). Os achados do presente estudo corroboram a literatura, o que já era esperado, pois a perda da dentição natural pode impactar ações importantes como a pronúncia, a digestão e a mastigação, relacionando-se a uma piora de qualidade de vida (Colussi; Freitas, 2002), além da estética. A presença de cálculo dentário, frequentemente associada à higiene oral deficiente, também compromete a autoimagem e contribui para a percepção negativa da saúde bucal, conforme verificado em adolescentes de Manaus (Ripardo *et al.*, 2025). Em geral, o cálculo dentário está associado à higiene oral precária, que se relaciona com a pior QVRSB (Chimbinha *et al.*, 2023).

O efeito bruto de agravos importantes, como a cárie dentária e as oclusopatias, desapareceu após o controle dessas variáveis. Quanto à atividade de cárie, a falta de significância no modelo ajustado pode estar relacionada ao silêncio clínico característico dessa

condição crônica. De fato, doenças assintomáticas detectadas apenas durante o exame clínico podem ser desconhecidas pelo indivíduo e constituem preditores pouco robustos da percepção de saúde bucal (Vale; Mendes; Moreira, 2013). De maneira coerente, Mendonça, Szwarcwald e Damacena (2012) sugerem que o indivíduo, muitas vezes, avalia sua condição bucal com critérios distintos dos utilizados por profissionais da saúde, o que pode impactar a força da associação entre variáveis clínicas normativas e desfechos subjetivos, como a autoavaliação em saúde.

Em relação à má oclusão, a literatura indica que as oclusopatias afetam significativamente a autoavaliação e a QVRSB dos adolescentes (Borges; Peres; Peres, 2010; Chimbinha *et al.*, 2023; Isiekwe; Aikins, 2019). Uma possível explicação para os resultados encontrados neste estudo é o fato de que não foi questionado diretamente sobre a autoavaliação da estética ou aparência dos dentes, como ocorreu em outras análises (Borges; Peres; Peres, 2010; Isiekwe; Aikins, 2019). Neste estudo, a pergunta dizia respeito à saúde de forma geral, e nem todos os indivíduos associam a maloclusão a uma questão de saúde, embora a associação entre oclusopatias e aparência seja amplamente reconhecida.

As variáveis proximais (bloco 4) - dor de dente reportada, necessidade autorreferida de tratamento e impactos na rotina - apresentaram associação com o desfecho. Diversos autores observaram, em diferentes faixas etárias, a associação entre dor de dente e autoavaliação negativa (Matos; Lima-Costa, 2006; Martins; Barreto; Pordeus, 2009; Vale; Mendes; Moreira, 2013). Em relação ao adolescente, Vargas *et al.* (2022) advogam que basta um episódio de dor para que os impactos negativos na qualidade de vida sejam vivenciados durante toda a adolescência. Além disso, a dor dentária no adolescente causa maior procura por cuidados odontológicos, gerando gastos financeiros e impactos na qualidade de vida, sendo os pais os que tendem a relatar o pior impacto (Chimbinha *et al.*, 2023). As consequências, na realidade, são compartilhadas pelo núcleo familiar, desde a noite de sono perdida até a falta ao trabalho para acompanhar o adolescente com dor à consulta. Com efeito, o conceito contemporâneo de saúde da criança e do adolescente refere-se tanto ao indivíduo quanto à família (Barbosa; Gavião, 2009). Os achados deste artigo, portanto, reforçam a necessidade de se buscar políticas públicas que priorizem o acompanhamento odontológico periódico do adolescente, visando a prevenção ou o tratamento dentário antes que se torne urgência.

O índice OIDP é um indicador associado à QVRSB (Alvarez-Azaustre; Greco; Llana, 2024; Vale; Mendes; Moreira, 2013). No questionário OIDP, é analisado o impacto da saúde bucal em: sorrir, alimentar-se, escovar os dentes, falar, dormir, trabalhar/estudar, passear e praticar esportes (Brasil, 2022). A classificação da severidade dá um peso à importância relativa

do impacto odontológico percebido pelo indivíduo, e é calculada a partir da soma de todas as nove atividades diárias. No presente trabalho, apresentar 1 ou mais dimensões afetadas ( $OIPD \geq 1$ ), aumentou significativamente a autoavaliação negativa. Esse dado é semelhante ao encontrado em um estudo espanhol que analisou a QVRSB de adolescentes, observando que fatores como a necessidade autorreferida de tratamento e a autoavaliação negativa associavam-se à OIDP (Alvarez-Azaustre; Greco; Llena, 2024). Já Vale, Mendes e Moreira (2013), ao analisar adultos da região Nordeste do Brasil, observaram que a autoavaliação positiva da saúde bucal associa-se a fatores como melhor renda familiar, maior número de dentes hígidos, não necessitar de tratamento, ter ido ao dentista há menos de três anos e  $OIPD=0$ . Esses resultados se assemelham aos deste estudo, ainda que os recortes de idade e região do Brasil sejam diferentes. Assim, a análise da literatura e os achados desta pesquisa sugerem que há uma forte associação entre autoavaliação da saúde bucal, QVRSB e OIPD.

De maneira intuitiva, é possível relacionar a autoavaliação negativa da saúde bucal à necessidade autorreferida de tratamento. De fato, estudos em população adulta, com enfoque na autoavaliação positiva, observaram que a boa saúde bucal referida é o mais importante preditor da percepção de não necessidade de tratamento (Matos; Lima-Costa, 2006; Vale; Mendes; Moreira, 2013). Os resultados do presente estudo demonstram que o simétrico é verdadeiro para a adolescência. Os adolescentes que declararam precisar de atendimento odontológico no momento da entrevista apresentaram uma prevalência 2 a 3 vezes maior de insatisfação com a própria saúde bucal. Assim, propõe-se que os serviços odontológicos sejam reorganizados de modo que a assistência odontológica seja abordada sob uma concepção mais ampla, considerando os valores e percepções dos indivíduos.

Esta análise demonstrou associação entre a autoavaliação em saúde, variáveis sociais e indicadores objetivos de saúde, assim como reportado anteriormente (Bordin *et al.*, 2020; Luchi *et al.*, 2013; Martins; Barreto; Pordeus, 2009; Matos; Lima-Costa, 2006; Mendonça; Szwarcwald; Damacena, 2012; Ripardo *et al.*, 2025; Santos *et al.*, 2022; Vale; Mendes; Moreira, 2013). A autoavaliação é uma variável simples de ser obtida e pode ser utilizada como um mediador entre os sintomas (subjetivos e referidos pelo indivíduo), os sinais clínicos das doenças bucais (normativos e determinados pela avaliação clínica) e as consequências na qualidade de vida (Wilson; Cleary, 1995). De fato, investigar a percepção das pessoas sobre sua saúde bucal apresenta a facilidade de aplicação de uma questão única de autoavaliação, sendo esse um potencial indicador, complementar à avaliação clínica, para o planejamento dos serviços odontológicos ou a análise de políticas públicas. Além disso, as percepções do adolescente sobre a sua saúde bucal podem ser utilizadas para fins de triagem, a fim de planejar

serviços de saúde bucal, em particular em locais com poucos recursos ou em grandes populações. Ademais, pesquisar os fatores que possam influenciar a autoavaliação da saúde bucal ajuda na compreensão mais abrangente desse indicador, trazendo subsídios para o reconhecimento de grupos prioritários para a atenção à saúde e o correto direcionamento de recursos públicos.

O estudo apresenta algumas limitações. Por se tratar de um estudo observacional e transversal, não é possível estabelecer relações de causalidade. Além disso, o uso de questionários como instrumento de coleta de dados pode ter introduzido vieses de memória e de resposta. A amostra incluiu a faixa etária de 15 a 19 anos, que não abarca todo o período da adolescência. Em relação à amostra de 2023, o número de indivíduos pode ter impactado o intervalo de confiança e a precisão das estimativas.

Como pontos fortes do estudo, destacam-se a representatividade da amostra e o tipo de análise estatística realizada. Os SBBrasil 2003 e 2023 apresentaram metodologia cuidadosa, mobilizando e capacitando equipes odontológicas em todo país em prol da confiabilidade da coleta dos dados. Utilizar esses dados é um compromisso com a população, com os profissionais envolvidos, e com o Ministério da Saúde, visando a melhoria dos levantamentos futuros e a compreensão dos problemas de saúde bucal coletiva. Por fim, ressalta-se que a amostra analisada foi representativa da faixa etária e da região, tornando os resultados relevantes para subsidiar políticas públicas de saúde bucal voltadas para adolescentes no Sudeste do Brasil. É preciso considerar que o alicerce da prevenção de doenças bucais se estabelece na adolescência, em particular pelo caráter cumulativo da cárie e da doença periodontal.

## **CONCLUSÃO**

Esse estudo teve como objetivo identificar a autoavaliação da saúde bucal entre adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos, residentes na região Sudeste do Brasil nos anos de 2003 e 2023, e investigar suas associações com condições clínicas, demográficas, de predisposição/facilitação, de percepção e de impactos na rotina.

Os achados revelam que uma parcela expressiva dos adolescentes avaliou negativamente sua saúde bucal, sendo essa percepção associada a fatores como idade mais avançada dentro da faixa etária analisada, condição socioeconômica desfavorável, dor dentária, perda dentária por cárie, presença de cálculo dentário, necessidade autorreferida de tratamento e maior intervalo desde a última consulta odontológica. A hipótese nula de que esses fatores não impactam a autoavaliação de saúde bucal do adolescente foi, portanto, rejeitada.

Tais resultados reforçam a relevância da autoavaliação como indicador subjetivo sensível às desigualdades sociais e às condições clínicas e psicossociais dos adolescentes. Ressalta-se a necessidade de que políticas públicas e estratégias de cuidado em saúde bucal considerem esses determinantes, incorporando abordagens intersetoriais e ações que priorizem a integralidade do cuidado, com vistas à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida dos adolescentes, de suas famílias e comunidades.

## AGRADECIMENTOS

À Coordenação Nacional de Saúde Bucal/Ministério da Saúde pela cessão do banco de dados dos SBBrazil 2003 e SBBrazil 2023.

À Prefeitura Municipal de Viçosa, pela liberação da primeira autora para fins acadêmicos e de escrita científica.

## REFERÊNCIAS

ALVAREZ-AZAUSTRE, M. P.; GRECO, R.; LLENA, C. Sociodemographic and behavioural factors affecting the oral-health-related quality of life as measured with the Child-OIDP index in adolescents. **Oral Health and Preventive Dentistry**, v.22, p. 81-92, 2024.

BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. Evaluation of the family impact scale for use in Brazil. **Journal of Applied Oral Science**, v. 17, n. 5, p. 397-403, 2009.

BARROS, A. J., HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 21, p. 1-13, 2003.

BORDIN, D.; FADEL, C. B.; MOIMAZ, S. A. S.; SANTOS, C. B. D.; SALIBA, N. A. Characterization of the self-perception of oral health in the Brazilian adult population. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3647-3656, 2020.

BORGES, C. M.; PERES, M. A.; PERES, K. G. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 713-723, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 05 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-

2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf). Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **SB Brasil 2020**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico. Brasília, DF: MS, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/projeto-tecnico-sb-brasil-2020.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB Brasil 2023**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb-brasil-2023-relatorio-final-1edrev.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2025.

CHIMBINHA, I. G. M. FERREIRA, B. N. C.; MIRANDA, G. P.; GUEDES, R. S. Oral-health-related quality of life in adolescents: Umbrella review. **BMC Public Health**, v.23, n.1, p.1603, 2023.

COLUSSI, F.; FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. 1313-1320, 2002.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. New York: John Wiley and Sons, 1989. 397 p.

ISIEKWE, G. I.; AIKINS, E. A. Self-perception of dental appearance and aesthetics in a student population. **International Orthodontics**, v. 17, n. 3, p. 506-512, 2019.

JANNUZZI, P. M. A importância da informação estatística para as políticas sociais no Brasil: breve reflexão sobre a experiência do passado para considerar no presente. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 35, n. 1, p. e0055, 2018.

LEARY, S. D.; DO, L. G. Changes in oral health behaviors between childhood and adolescence: findings from a UK cohort study. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 47, n. 5, p. 367-373, 2019.

LUCHI, C. A.; PERES, K. G.; BASTOS, J. L.; PERES, M. A. Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 740-751, 2013.

MARONEZE, M. C.; ARDENGHI, D. M.; BRONDANI, M.; UNFER, B.; ARDENGHI, T. M. Dental treatment improves the oral health-related quality of life of adolescents: a mixed-methods approach. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 29, n. 6, p. 765-774, 2019.

MARTINS, A. M. E. B. L.; BARRETO, S. M.; PORDEUS, I. A. Autoavaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 421-435, 2009.

- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1699-1707, 2006.
- 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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1927-1938, 2012.
- NEVES, S. O.; TEIXEIRA, K. M. D. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil rumo a uma política de Estado: uma análise do ciclo da política. **Caderno Pedagógico**, v. 21, n. 7, p. e5387, 2024.
- REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3353, 2012.
- RIPARDO, A. C. G.; QUEIROZ, A. C. de; HERKRATH, A. P. C. Q.; HERKRATH, F. J.; VIEIRA, J. M. R.; PEREIRA, J. V.; REBELO, M. A. B.; VETTORE, M. V. The association between periodontal status, oral health-related quality of life and self-rated oral health in socially underprivileged adolescents. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 53, n. 3, p. 278-285, 2025.
- SANTOS, S. A.; ORTIZ, F. R.; AGOSTINI, B. A.; ARDENGHI, T. M. Self-reported oral health and normative indices of dental caries among adolescents: a cohort study. **Brazilian Oral Research**, v. 36, p. e021, 2022.
- SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n. 1, p. 38-45, 2008.
- VALE, E. B.; MENDES, A. C. G.; MOREIRA, R. S. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 98-108, 2013.
- VARGAS, A. M.; MARONEZE, M. C.; ORTIZ, F. R.; ARDENGHI, D. M.; ARDENGHI, T. M. Influence of toothache on oral health-related quality of life during adolescence: a cohort study. **Clinical Oral Investigations**, v. 26, n. 6, p. 4615-4622, 2022.
- WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **The Journal of the American Medical Association**, v. 273, n. 1, p. 59-65, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/41905>. Acesso em: 15 fev. 2024.

## 5 CONCLUSÕES GERAIS

O objetivo geral deste trabalho foi conhecer a autoavaliação da saúde bucal dos adolescentes brasileiros residentes na região Sudeste. Como resposta a essa pergunta de pesquisa, o presente estudo sugere que há uma elevada prevalência de avaliação negativa da saúde bucal entre esses adolescentes.

Os objetivos específicos da pesquisa foram analisar as condições clínicas, demográficas, de predisposição/facilitação ao tratamento, as percepções em saúde e os impactos da saúde bucal no cotidiano, e investigar a associação dessas variáveis com a autoavaliação da saúde bucal.

Ao avaliar a condição de saúde bucal dos adolescentes por meio de indicadores clínicos de cárie dentária, consequências clínicas da cárie, condições periodontais e má oclusão, observou-se que a perda dentária e a presença de cálculo dentário no momento do exame intrabucal estão positiva e significativamente associadas à autoavaliação negativa da saúde bucal.

Na análise do perfil demográfico dos adolescentes, com base nas variáveis sexo, idade e raça/cor da pele, o estudo identificou que a idade mais avançada dentro da faixa etária analisada (18 e 19 anos) está positiva e significativamente associada à autoavaliação negativa da saúde bucal.

No que se refere aos fatores de predisposição/facilitação ao cuidado em saúde bucal, considerando-se a condição econômica familiar e a visita prévia ao dentista, observou-se que a ausência de moradia própria, o recebimento de auxílios governamentais e um intervalo superior a um ano e inferior a três anos desde a última consulta odontológica estão positiva e significativamente associados à autoavaliação negativa da saúde bucal.

Ao analisar as percepções e os impactos na rotina de adolescentes, por meio de variáveis de dor autorreferida, necessidade de tratamento odontológico e indicadores de impacto da condição bucal no dia-a-dia, verificou-se que sentir dor de dente, perceber necessidade de tratamento odontológico e relatar pelo menos uma dimensão da rotina afetada estão positiva e significativamente associados à autoavaliação negativa da saúde bucal.

Dessa maneira, foi possível identificar, entre as condições bucais avaliadas, bem como entre as variáveis demográficas, de facilitação/predisposição, de impacto e de percepção investigadas, aquelas associadas a uma avaliação negativa da saúde bucal dos adolescentes brasileiros residentes no Sudeste do país. Observou-se, portanto, que a autoavaliação negativa

da saúde bucal está associada a fatores como ter entre 18 e 19 anos, sentir necessidade de tratamento odontológico, receber auxílio governamental, não ter casa própria, relatar dor de dente, ter dentes perdidos por cárie, apresentar cálculo dentário, ter impactos no dia-a-dia relacionados à saúde bucal e não ter consultado o dentista há mais de um ano e menos de três anos.

Em relação à análise da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), observaram-se avanços nos indicadores de saúde, na expansão da rede de serviços odontológicos e no aumento da cobertura assistencial. No entanto, os achados desta tese indicam que ainda persistem desafios, como a deficiência na integralidade do cuidado aos usuários, a falha no tratamento dos dentes acometidos por cárie em crianças, a precarização das relações de trabalho, os baixos salários das equipes, as contratações instáveis e o baixo investimento em recursos humanos.

Ademais, os resultados do presente estudo indicam que, mesmo após quase 20 anos da implementação do Brasil Sorridente, a autoavaliação negativa da saúde bucal entre adolescentes da região Sudeste do Brasil manteve-se prevalente. Esse resultado reforça a necessidade de que políticas públicas, como a PNSB, considerem esse determinante, incorporando abordagens intersetoriais e ações que priorizem a integralidade do cuidado.

Por fim, observa-se que o SUS ainda não dispõe de uma estratégia em saúde bucal voltada especificamente para o público adolescente. Existe o Programa Saúde na Escola - uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação - que tem como foco os estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Realizam-se, portanto, ações coletivas em saúde, inclusive em saúde bucal, que podem ou não contemplar a faixa etária em questão.

No município de Viçosa/MG, o componente odontológico do Programa Saúde na Escola é implementado por meio de visitas anuais às escolas de ensino fundamental, nas quais são realizadas palestras, escovações orientadas e aplicações coletivas de flúor, especialmente para alunos do Ensino Fundamental I (até 11 anos).

Um ponto importante a ser considerado é que a adolescência apresenta demandas específicas que podem afetar não apenas a saúde bucal, mas também outras dimensões da saúde. Um exemplo é a problemática do *bullying* associado a questões bucais, como a estética e a halitose. No entanto, o que se observa é a priorização de grupos nos quais o adolescente, em geral, não se enquadra, como gestantes, trabalhadores, crianças, realidade que coloca essa faixa etária em desvantagem no cuidado em saúde bucal.

No entanto, ao considerar o núcleo familiar, é essencial estabelecer estratégias que priorizem a adolescência, fase de transição entre a infância e a vida adulta, cujas necessidades,

anseios e dores impactam todo o grupo familiar. Diante disso, compreender como o adolescente avalia sua própria saúde bucal pode ser um indicador relevante para analisar o impacto desse aspecto na qualidade de vida, bem como para subsidiar a criação, aperfeiçoamento ou o monitoramento de políticas públicas.

## REFERÊNCIAS

- AQUILANTE, A. G.; ACIOLE, G. G. O cuidado em saúde bucal após a Política Nacional de Saúde Bucal - " Brasil Sorridente": um estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, p. 239-248, 2015.
- BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. D. Evaluation of the Family Impact Scale for use in Brazil. **Journal of Applied Oral Science**, v. 17, n. 5, p. 397-403, 2009.
- BENDO, C. B.; PAIVA, S. M.; ABREU, M. H.; FIGUEIREDO, L. D.; VALE, M. P. Impact of traumatic dental injuries among adolescents on family's quality of life: a population-based study. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 24, n. 5, p. 387-396, 2014.
- BORGES, C. M.; PERES, M. A.; PERES, K. G. Associação entre presença de oclusopatias e insatisfação com a aparência dos dentes e gengivas: estudo com adolescentes brasileiros. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 713-723, 2010.
- BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. Assistência Social na pandemia da covid-19: proteção para quem? **Serviço Social e Sociedade**, n. 140, p. 66-83, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Bucal: Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_bucal\\_relatorio\\_final.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_saude_bucal_relatorio_final.pdf). Acesso em: 15 jan. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana**, 1986. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. 140 p.
- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 05 fev. 2023.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organizado por Cláudio Brandão de Oliveira. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002. 320 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf). Acesso em: 30 jun. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população Brasileira 2002-2003: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf). Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf). Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **SB Brasil 2020**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: projeto técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente/arquivos/2022/projeto-tecnico-sb-brasil-2020.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária. **SB Brasil 2023**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb\\_brasil\\_2023\\_relatorio\\_final\\_1edrev.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sb_brasil_2023_relatorio_final_1edrev.pdf). Acesso em: 08 jun. 2025.

BRAVEMAN, P. A.; CUBBIN, C.; EGERTER, S.; CHIDEYA, S.; MARCHI, K. S.; METZLER, M.; POSNER, S. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. **The Journal of the American Medical Association**, v. 294, n. 22, p. 2879–2888, 2005.

BRONDANI, B.; SFREDDO, C. S.; KNORST, J. K.; RAMADAN, Y. H.; ORTIZ, F. R.; ARDENGHI, T. M. Oral health-related quality of life as a predictor of alcohol and cigarette consumption in adolescents. **Brazilian Oral Research**, v. 36, p. e025, 2022.

CHEN, M. S.; HUNTER, P. Oral health and quality of life in New Zealand: a social perspective. **Social Science and Medicine**, v. 43, n. 8, p. 1213-1222, 1996.

CHIMBINHA, I. G. M.; FERREIRA, B. N. C.; MIRANDA, G. P.; GUEDES, R. S. Oral-health-related quality of life in adolescents: umbrella review. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 1603, 2023.

COLUSSI, P. R. G.; HUGO, F. N.; MUNIZ, F. W. M. G.; RÖSING, C. K. Oral health-related quality of life and associated factors in Brazilian adolescents. **Brazilian Dental Journal**, v. 28, n. 1, p. 113-120, 2017.

COMIM, L. D.; DALLA NORA, Â.; KNORST, J. K.; RACKI, D. N. D. O.; ZENKNER, J. E. D. A.; ALVES, L. S. Traumatic dental injury and oral health-related quality of life among 15 to 19 years old adolescents from Santa Maria, Brazil. **Dental Traumatology**, v. 37, n. 1, p. 58-64, 2021.

FISCHER, F.; MILLER, G. J. **Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods**. New York: Routledge, 2007. 668 p.

FORTUNA, C. M. **Prática de Acolhimento e os Modos de Gestão na Atenção Básica em Saúde a luz da Análise Institucional**. 2016. Dissertação (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

GIFT, H. C.; ATCHISON, K. A.; DRURY, T. F. Perceptions of the natural dentition in the context of multiple variables. **Journal of Dental Research**, v. 77, n. 7, p. 1529-1538, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Malha de setores censitários 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/estrutura-territorial/26565-malhas-de-setores-censitarios-divisoes-intramunicipais.html>. Acesso em: 05 fev. 2023.

ISIEKWE, G. I.; AIKINS, E. A. Self-perception of dental appearance and aesthetics in a student population. **International Orthodontics**, v. 17, n. 3, p. 506-512, 2019.

JENNY, J.; CONS, N. C. Establishing malocclusion severity levels on the Dental Aesthetic Index (DAI) scale. **Australian Dental Journal**, v. 41, n. 1, p. 43-46, 1996.

JUBILUT, L. L.; RAMINA, L.; SILVA, J. C. J. **A ONU aos 70: contribuições, desafios e perspectivas**. Boa Vista: EduUFRR, 2016. Disponível em: <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/xmlui/handle/CLACSO/3861>. Acesso em: 08 jun. 2025.

KNORST, J. K.; SFREDDO, C. S.; MEIRA, G. F.; ZANATTA, F. B.; VETTORE, M. V.; ARGENGHI, T. M. Socioeconomic status and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 2, p. 95–102, 2021.

LAUDET, A. B.; BECKER, J. B.; WHITE, W. L. Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained remission from illicit drug misuse. **Substance Use and Misuse**, v. 44, n. 2, p. 227–252, 2009.

LOCKER, D.; ALLEN, F. What do measures of 'oral health-related quality of life' measure? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 35, n. 6, p. 401–411, 2007.

LOCKER, D.; JOKOVIC, A.; STEPHENS, M.; KENNY, D.; TOMPSON, B.; GUYATT, G. Family impact of child oral and orofacial conditions. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.30, n. 6, p. 438–448, 2002.

LOPES, M. G. M. **Saúde bucal coletiva: implementando ideias - concebendo integralidade**. 1. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. 207 p.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Petrópolis: Vozes, 1993. 61 p.

LOURAU, R. **Analista Institucional em Tempo Integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. 288 p.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1699-1707, 2006.

MELO, F. A. B. **Análise de implicação profissional: um dispositivo disparador de processos**

de educação permanente em saúde. 2017. 141f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1927-1938, 2012.

MONTERO, J.; COSTA, J.; BICA, I.; BARRIOS, R. Caries and quality of life in portuguese adolescents: impact of diet and behavioural risk factors. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 10, n. 3, p. e218–e223, 2018.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil: muito além do céu da boca**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 148 p.

NARVAI, P. C. Avanços e desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NARVAI, P. C. Ocaso do ‘Brasil Sorridente’ e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus–Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 175-187, 2020.

ÖSTBERG, A. L.; ERIKSSON, B.; LINDBLAD, U.; HALLING, A. Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: ecological aspects. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 61, n. 1, p. 19-24, 2003.

PEREIRA, A. C. **Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa, SP: Napoleão, 2009. 700 p.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 31, p. 3-24, 2003.

POFFO, G. D.; SOUZA, I. F.; CUSTODIO, A. V. (Org.). **Direitos Fundamentais e Políticas Públicas**. 1. ed. Balneário Camboriú: Avantis, 2013. 589 p.

QUADRI, M. F. A.; JAAFARI, F. R. M.; MATHMI, N. A. A.; HURAYSI, N. H. F.; NAYEEM, M.; JESSANI, A.; TADAKAMADLA, S. K.; TADAKAMADLA, J. Impact of the poor oral health status of children on their families: an analytical cross-sectional study. **Children**, v. 8, n. 7, p. e586, 2021.

SANTOS, S. A.; ORTIZ, F. R.; AGOSTINI, B. A.; ARDENGHI, T. M. Self-reported oral health and normative indices of dental caries among adolescents: a cohort study. **Brazilian Oral Research**, v. 36, p. e021, 2022.

SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2013. 168 p.

SILVA, S. R. C.; FERNANDES, R. A. C. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.35, n. 4, p. 349-355, 2001.

SISCHO, L.; BRODER, H. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. **Journal of Dental Research**, v. 90, n. 11, p. 1264–1270, 2011.

SOUSA, J. L. D.; HENRIQUES, A.; SILVA, Z. P. D.; SEVERO, M.; SILVA, S. Posição socioeconômica e autoavaliação da saúde bucal no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00099518, 2019.

SUN, L.; WONG, H. M.; MCGRATH, C. P. The factors that influence oral health-related quality of life in young adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, p. 1-14, 2018.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE ASSESSMENT. WHOQOL: position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995

THOMAZ, E. B. A. F.; FREITAS, H. V.; RIBEIRO, C. C. C.; PEREIRA, A. L. P.; ALVES, C. M. C. Self-perceived need for dental treatment and related factors: a cross-sectional population-based study. **Brazilian Oral Research**, v. 30, p. e55, 2016.

TOPOLSKI, T. D.; PATRICK, D. L.; EDWARDS, T. C.; HUEBNER, C. E.; CONNELL, F. A.; MOUNT, K. K. Quality of life and health-risk behaviors among adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 29, n. 6, p. 426–435, 2001.

VENTURA, M. Direitos Humanos e Saúde: possibilidades e desafios. In: NÚCLEO DE ESTUDOS EM DIREITOS HUMANOS E SAÚDE HELENA BESSERMAN. **Saúde e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Fiocruz, 2011. p. 87-100.

Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude\\_direitos\\_humanos\\_ano7\\_n7.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_direitos_humanos_ano7_n7.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. **The Journal of the American Medical Association**, v. 273, n. 1, p. 59-65, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral health surveys: basic methods**. 4th ed. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/41905>. Acesso em: 15 fev. 2024.

## ANEXO A – Declaração Provisória de Participação no Projeto SBBrasil 2020



### DECLARAÇÃO

Declaramos que **Sheyla Omonte Neves** faz parte da equipe de coleta de dados e está trabalhando como Examinadora no Projeto SB Brasil 2020, vigência 2021-2022, na Região Sudeste, estado de Minas Gerais, município de Viçosa, com total de 40 horas.

PESQUISA NACIONAL  
DE SAÚDE BUCAL  
2020

Belo Horizonte, 11 de julho de 2022

Documento assinado digitalmente  
gov.br  
ANDRÉA MARIA DUARTE VARGAS  
Data: 11/07/2022 16:05:41-0308  
Verifique em <https://verificador.ri.br>

---

ANDRÉA MARIA DUARTE VARGAS  
Coordenadora do SBBrasil 2020

## ANEXO B – Questionário de caracterização socioeconômica e escolaridade

SB BRASIL 2020 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL PROJETO TÉCNICO 81



## QUESTIONÁRIOS

Nº IDENTIFICAÇÃO





## Caracterização socioeconômica da família (Responsável adulto do domicílio)

<b>1</b>	Algum morador, das idades ou faixas etárias abaixo, tem alguma limitação nas funções mentais ou intelectuais, ou seja, tem dificuldade permanente para realizar atividades habituais, como se comunicar, realizar cuidados pessoais, trabalhar, ir à escola, brincar etc? Para cada idade indique/forneça a(s) (3, 12, 15, 16, 34-45, 65, 75), assinalar (0) Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu	<input type="text"/>
<b>2</b>	Quantas pessoas, incluindo o(a) sr.(a), residem nesta casa? <small>(Inclua crianças, adolescentes, estudantes, visitantes, indivíduos que moram de aluguel e não fazem parte da família e os hóspedes que residem neste domicílio. 00 Não sei/ Não respondeu)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>3</b>	Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio? <small>(0) Não sei/ Não respondeu</small>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>4</b>	Quantos bens tem na sua casa? <small>(Considere como bens: televisão, geladeira, aparelho de som, micro-ondas, telefone fixo convencional, telefone celular, máquina de lavar roupa, microcomputador (considere inclusive os portáteis, tais como: laptop, notebook ou netbook) e outros de carro, 00 Não sei/ Não respondeu)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>5</b>	No mês passado, quanto receberam, em reais, juntas, todas as pessoas que moram na sua casa incluindo salários, bolsa família, pensão, aluguel, soldo, aposentadoria ou outros rendimentos? <small>(Registrar valor total em reais, 00 Não sei/ Não respondeu)</small>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>6</b>	Algum morador tem acesso à internet no domicílio por meio de computador, tablet, telefone móvel celular, televisão ou outro equipamento? (0) Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu	<input type="text"/>
<b>7</b>	Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de Programa Bolsa Família? <small>(0) Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu</small>	<input type="text"/>
<b>8</b>	Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de Prestação Continuada - BPC-LOAS? <small>(0) Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu</small>	<input type="text"/>
<b>9</b>	Algum morador deste domicílio, recebeu no último ano algum rendimento proveniente de Benefício Assistencial de outros programas sociais do governo? <small>(0) Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu</small>	<input type="text"/>
<b>10</b>	A água utilizada neste domicílio chega: <small>(1) Canalizada em pelo menos, um cômodo; 2 Canalizada só no terreno ou propriedade; 3 Não canalizada; 9 Não sei/ Não respondeu)</small>	<input type="text"/>

## Escolaridade do participante

Todas as idades-idade e grupos etários

<b>11</b>	Quem responde a entrevista? <small>(1) Participante nos grupos etários de 15 a 19, 34 a 45 ou 64 a 75 anos; 2 Mãe da criança de 5 ou adolescente de 12 anos; 3 Pai da criança de 5 ou adolescente de 12 anos; 4 Outro familiar responsável pela criança de 5 ou adolescente de 12 anos)</small>	<input type="text"/>
<b>12</b>	Sabe ler e escrever? Pais ou responsáveis por participantes de 5 e 12 anos: A(O) criança(adolescente) sabe ler e escrever? <small>(0) Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu</small>	<input type="text"/>
<b>13</b>	5 anos Pais ou responsáveis por crianças de 5 anos: A criança frequenta a pré-escola, escola infantil, creche ou ensino fundamental? <small>(0) Não; 1 Sim; 9 Não sei/ Não respondeu</small>	<input type="text"/>

12, 15-19, 35-44, 65-74 anos

<b>14</b>	Qual foi o curso, série ou ano escolar mais elevado que o(a) sr.(a) (você) frequentou na escola com aprovação? Pais ou responsáveis por participantes de 12 anos: Qual foi o curso, a série ou ano escolar mais elevado que o adolescente frequentou na escola sem reprovação? <small>(0) Não estudou na escola (sem anos de estudo); 1 Fu (Fec) curso de alfabetização de adultos; 2 Ensino fundamental (1º grau ou primário) incompleto ou; 3 Ensino fundamental (2º grau ou primário) completo; 4 Ensino médio (2º grau ou colégio) incompleto; 5 Ensino médio (2º grau ou colégio) completo; 6 Ensino superior incompleto; 7 Ensino superior completo; 9 Não sei/ Não respondeu)</small>	<input type="text"/>
<b>15</b>	Quantos anos o(a) sr.(a) (você) estudou? Pais ou responsáveis por participantes de 12 anos: Quantos anos o adolescente estudou? <small>(Considerando a série ou ano escolar concluído com aprovação. Não contar pré-escola, escola infantil ou creche)</small>	<input type="text"/>

## Escolaridade materna 0 anos

<b>16</b>	Qual foi o curso, a série ou ano escolar mais elevado que a mãe da criança frequentou na escola sem reprovação? <small>(0) Não estudou na escola (sem anos de estudo); 1 Fu (Fec) curso de alfabetização de adultos; 2 Ensino fundamental (1º grau ou primário) incompleto ou; 3 Ensino fundamental (1º grau ou primário) completo; 4 Ensino médio (2º grau ou colégio) incompleto; 5 Ensino médio (2º grau ou colégio) completo; 6 Ensino superior incompleto; 7 Ensino superior completo)</small>	<input type="text"/>
<b>17</b>	Quantos anos a mãe da criança estudou? <small>(Considerar a série ou ano escolar concluído com aprovação. Não contar pré-escola, escola infantil ou creche)</small>	<input type="text"/>



## ANEXO D – Questionário sobre o impacto da saúde bucal nas atividades diárias

SB BRASIL 2020 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL PROJETO TÉCNICO 83



## QUESTIONÁRIOS


Nº IDENTIFICAÇÃO

--	--	--	--

Impacto da saúde bucal nas atividades diárias			
<b>Crianças 5 anos</b>			
34	Alguma vez foi difícil para você comer por causa dos seus dentes/"dentinhos"? <small>(Escala de faces (0 Não; 1 Um pouco; 2 Muito))</small>		
35	Alguma vez foi difícil para você beber por causa dos seus dentes/"dentinhos"? <small>(Escala de faces (0 Não; 1 Um pouco; 2 Muito))</small>		
36	Alguma vez foi difícil para você falar por causa dos seus dentes /"dentinhos" <small>(Escala de faces (0 Não; 1 Um pouco; 2 Muito))</small>		
37	Alguma vez foi difícil para você brincar por causa dos seus dentes /"dentinhos"? <small>(Escala de faces (0 Não; 1 Um pouco; 2 Muito))</small>		
38	Alguma vez foi difícil para você dormir por causa dos seus dentes/"dentinhos"? <small>(Escala de faces (0 Não; 1 Um pouco; 2 Muito))</small>		
39	Alguma vez você deixou de sorrir porque não gostou dos seus dentes/"dentinhos" ou porque achou seus dentes/"dentinhos" feios? <small>(Escala de faces (0 Não; 1 Um pouco; 2 Muito))</small>		
40	Alguma vez você deixou de sorrir porque os seus dentes/"dentinhos" estavam doendo? <small>(Escala de faces (0 Não; 1 Um pouco; 2 Muito))</small>		
<b>Responsável por crianças de 5 anos</b>			
41	Alguma vez na vida, o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldades para comer por causa dos dentes dele(a)? <small>(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Muito ou menos; 3 Bastante; 4 Muito; 5 Não sei/Não respondeu)</small>		
42	Alguma vez na vida, o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldade para falar por causa dos dentes dele(a)? <small>(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Muito ou menos; 3 Bastante; 4 Muito; 5 Não sei/Não respondeu)</small>		
43	Alguma vez na vida, o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldades para brincar por causa dos dentes dele(a)? <small>(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Muito ou menos; 3 Bastante; 4 Muito; 5 Não sei/Não respondeu)</small>		
44	Alguma vez na vida, o(a) seu(sua) filho(a) teve dificuldades em dormir por causa dos dentes dele(a)? <small>(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Muito ou menos; 3 Bastante; 4 Muito; 5 Não sei/Não respondeu)</small>		
45	Alguma vez na vida, o(a) seu(sua) filho(a) deixou de sorrir por causa da aparência/estética dos dentes dele(a)? <small>(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Muito ou menos; 3 Bastante; 4 Muito; 5 Não sei/Não respondeu)</small>		
46	Alguma vez na vida, o(a) seu(sua) filho(a) deixou de sorrir por causa de buracos nos dentes, cárie ou dor-de-dente nele(a)? <small>(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Muito ou menos; 3 Bastante; 4 Muito; 5 Não sei/Não respondeu)</small>		
47	Alguma vez na vida, a autoconfiança/autoestima do(a) seu(sua) filho(a) foi afetada por causa dos dentes dele(a)? <small>(0 De forma nenhuma; 1 Um pouco; 2 Muito ou menos; 3 Bastante; 4 Muito; 5 Não sei/Não respondeu)</small>		
<b>12-15-19; 35-44; 65-74 anos</b>			
48	Teve dificuldade para comer a comida por causa dos dentes? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
49	Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
50	Os seus dentes o incomodaram ao escovar? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
51	Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
52	Os seus dentes o deixaram nervoso(a) ou irritado(a)? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
53	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
54	Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
55	Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer as tarefas da escola/trabalho? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		
56	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes? <small>(0 Não; 1 Sim; 9 Não sei/Não respondeu)</small>		

ANEXO E – Formulário para coleta de dados

Apêndice B – Formulário para coleta de dados



PEQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL 2020

## FICHA DE EXAME

EXAMINADOR

ORIG./DUP.

Nº IDENTIFICAÇÃO

ESTADO

MUNICÍPIO

DATA EXAME

SETOR CENSITÁRIO

**Informações gerais (Todas as idades, índices e grupos étnicos)**

IDADE

SEXO  
1. Masculino; 2. Feminino.

COR/RAÇA  
1. Branca; 2. Preta; 3. Amarela; 4. Parda; 5. Indígena; 6. Não sabe/não respondeu.

**Uso e necessidade de próteses (15-18, 19-44, 45-74 anos)**

**Condição da oclusão dentária (Foster e Hamilton (1988); 1 anos; DAI 12, 15-18 anos)**

**Uso de próteses**

	Superior		Superior
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Inferior		Inferior
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**Necessidade de próteses**

	Superior		Superior
	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Inferior		Inferior
	<input type="text"/>		<input type="text"/>

**Foster e Hamilton (1988)**

	Chave de caninos		Sobressalência		Sobremordida		Mordida cruzada posterior
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>

**DAI**

	Condições dentição Superior		Dentição Inferior		Overjet Maxilar		Overjet Mandibular		Mordida aberta		Relação molar antero-posterior
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Apinhamento incisal		Espaçamento incisal		Diastema incisal		Desalinhamento (maxila   mandíbula)				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				

**Traumatismo dentário (12 anos)**

	32	11	21	22
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	42	41	31	32
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Cárie e necessidade de tratamento (Todas as idades, índices e grupos étnicos)**

	18	17	16	55	54	53	52	51
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PUFA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nec.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PUFA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nec.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	61	62	63	64	65	26	27	28
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PUFA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nec.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Condição periodontal (CP; 12, 15-18, 25-44, 45-74 anos)**

**(PIP; 25-44, 45-74 anos)**

**Urgência**

**CP**

	16/17	11	26/27
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	46/47	31	36/37
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Cálculo**

	16/17	11	26/27
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	46/47	31	36/37
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Infecção**

	16/17	11	26/27
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	46/47	31	36/37
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PIP**

	16/17	11	26/27
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	46/47	31	36/37
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Urgência**

## ANEXO F – Termo de assentimento livre e esclarecido

Apêndice F – Modelo do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido  
(adolescentes: 12 anos e 15 a 19 anos)



### Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – Adolescente (12 e 15 a 19 anos)

Para ser encaminhado na visita de cadastramento

#### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil 2020) realizada pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Sua participação é voluntária. Você não receberá nem pagará nada, mas dará uma grande ajuda para melhorar o serviço de saúde bucal. Com esta pesquisa, vamos saber como está a saúde bucal do adolescente brasileiro e, com isso, oferecer serviços de saúde mais adequados, trazendo benefícios para todos.

Nesta pesquisa, vamos precisar que você responda algumas perguntas, depois faremos um exame em sua boca, parecido com o que o dentista faz no consultório. O exame vai ser feito na sua residência, com todo cuidado, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. É um exame simples.

Porém, na hora do exame, você pode sentir algum incômodo, caso fique com a boca aberta por mais tempo, por exemplo, ou se achar alguma pergunta estranha, difícil, quando estiver respondendo o questionário. Se esses incômodos acontecerem, fale com seu examinador. Ele saberá dar uma solução para isso.

Como você não é obrigado a participar, você está livre para aceitar participar ou não. E, mesmo depois de ter aceitado, você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Os seus dados interessam somente a você e a este estudo. Por isso, seu nome não aparecerá em nenhum relatório, quer dizer, você não será identificado(a) em nenhum momento.

Os dados serão guardados em local seguro, sob a responsabilidade dos pesquisadores da UFMG, e, posteriormente, serão arquivados no Ministério da Saúde. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à assistência integral gratuita, pelo tempo necessário, podendo requerer

indenização, se for o caso. Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, você será encaminhado a uma unidade de saúde, onde será atendido(a), tendo direito a qualquer procedimento que seja ofertado pelo serviço.

Você ficará com uma via desta carta, e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa poderá ser resolvida perguntando diretamente aos pesquisadores responsáveis, professoras Efigênia Ferreira e Ferreira e Andrea Maria Duarte Vargas, pelos telefones (31) 2409-2441 e (31) 3409-2442, ou pelos e-mails [efigeniaf@ufmg.br](mailto:efigeniaf@ufmg.br) ou [avargas@ufmg.br](mailto:avargas@ufmg.br). Você pode também perguntar sobre esta pesquisa para o dentista do posto de saúde.

Podem surgir dúvidas sobre os pesquisadores desta pesquisa, se eles estão respeitando os participantes voluntários, os que colaboram como você. Para isso, existem os Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos, o CEP. Eles autorizam as pesquisas quando elas não desrespeitam a dignidade dos voluntários. Uma pesquisa que respeita voluntário como ser humano é ética.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser perguntadas no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Coep/UFMG). Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005.

Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – Belo Horizonte/MG. CEP: 31270-901 | Tel.: (31) 3409-4592 | E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

**Obrigada!**

### **Pesquisadores responsáveis**

---

Andrea Maria Duarte Vargas

---

Efigênia Ferreira e Ferreira

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2020**, como ele será realizado, os riscos e benefícios envolvidos, e autorizo a realização do exame e a aplicação do questionário.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Nome do responsável

---

Assinatura ou impressão dactiloscópica

## ANEXO G – Termo de consentimento livre e esclarecido – responsável pelo menor de idade

Apêndice D – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
(responsável pelo menor de 18 anos de idade)



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Responsável pelo menor de idade

Para ser encaminhado na visita de cadastramento

#### Esclarecimentos

Este é um convite para que você autorize a participação da criança/adolescente que vive sob sua responsabilidade, na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (Projeto SB Brasil 2020), realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A participação da criança/adolescente é voluntária. Não receberá nem pagará nada, mas dará uma grande contribuição. Com esta pesquisa, vamos saber como está a saúde bucal do brasileiro e, com isso, oferecer serviços de saúde mais adequados, trazendo benefícios para a população.

Nesta pesquisa, vamos precisar que a criança/adolescente responda algumas perguntas e que você responda outras perguntas por ela/ele. Depois faremos um exame bucal na criança/adolescente, parecido com o que o dentista faz no consultório. O exame vai ser feito na sua residência, com todo cuidado, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. É um exame simples.

Porém, na hora do exame, a criança/adolescente pode se sentir desconfortável ou sentir algum incômodo, caso precise ficar com a boca aberta por mais tempo, por exemplo, ou se achar alguma pergunta estranha, difícil, quando estiver respondendo o questionário. Se esses incômodos acontecerem, ela/ele deve falar com o examinador, que saberá dar uma solução para isso.

Como a participação da criança/adolescente é voluntária, ela/ele pode aceitar participar ou não. E, mesmo depois de ter aceitado, ela/ele pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Os dados da criança/adolescente interessam somente a ela/ele, a você e a este estudo. Por isso, o nome dela/dele não aparecerá em nenhum relatório, quer dizer, ela/ele não será identificada(o) em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro, sob a responsabilidade dos pesquisadores da UFMG, e arquivados, posteriormente, no Ministério da Saúde. Em qualquer momento, se você sofrer algum

dano decorrente desta pesquisa, você terá direito à assistência integral gratuita, pelo tempo necessário, podendo requerer indenização, se for o caso. Caso seja detectado algum problema de saúde bucal que exija atendimento odontológico, ela/ele será devidamente encaminhada a uma unidade de saúde, onde será atendida(o), tendo direito a qualquer procedimento que seja ofertado pelo serviço.

Você ficará com uma via deste Termo, e toda dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa poderá ser resolvida perguntando diretamente aos pesquisadores responsáveis, professoras Efigênia Ferreira e Ferreira e Andrea Maria Duarte Vargas, pelos telefones (31) 2409-2441 e (31) 3409-2442, ou pelos e-mails [efigeniaf@ufmg.br](mailto:efigeniaf@ufmg.br) ou [avargas@ufmg.br](mailto:avargas@ufmg.br). Também poderá se informar na Secretaria de Saúde de sua cidade.

Podem surgir dúvidas sobre os pesquisadores desta pesquisa, se eles estão respeitando os participantes voluntários, os que colaboram como você. Para isso, existem os Comitês de Ética em Pesquisa com seres humanos, os CEP. Eles autorizam as pesquisas quando elas não desrespeitam a dignidade dos voluntários. Uma pesquisa que respeita voluntário como ser humano é ética.

Dúvidas a respeito da ética desta pesquisa poderão ser consultadas no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Coep/UFMG). Unidade Administrativa II (prédio da Fundep), 2º andar, sala 2005. Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha – Belo Horizonte/MG. CEP: 31270-901 | Tel: (31) 3409-4592 | E-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br)

**Obrigada!**

### **Pesquisadores responsáveis**

\_\_\_\_\_  
Andrea Maria Duarte Vargas

\_\_\_\_\_  
Efigênia Ferreira e Ferreira

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Projeto SB Brasil 2020**, como ele será realizado, os riscos e os benefícios envolvidos, e autorizo a realização do exame e a aplicação do questionário em \_\_\_\_\_ (nome da criança/adolescente – letra de forma).

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão dactiloscópica