

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E PSICOCOMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS À GENGVITE E À POBRE HIGIENE BUCAL EM PACIENTES DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Sociodemographic and psychobehavioral variables associated with poor oral hygiene and gingivitis in patients of a Family Health Unit

Paula Cristina Brunetto Neves¹, Karine Laura Cortellazzi², Gláucia Maria Bovi Ambrosano³, Antonio Carlos Pereira⁴, Marcelo de Castro Meneghim⁵, Fábio Luiz Mialhe⁶

¹ Mestranda em Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil

² Pós-Doutoranda em Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil

³ Professora Titular em Bioestatística, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil

⁴ Professor Titular em Saúde Pública, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil

⁵ Professor Livre Docente em Saúde Pública, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil

⁶ Professor Livre Docente em Educação em Saúde, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP, Brasil

Recebimento: 27/03/13 - Correção: 22/05/13 - Aceite: 03/06/13

RESUMO

Gengivite e pobre higiene bucal apresentam alta prevalência na sociedade, podendo conduzir à doença periodontal e danos irreversíveis no periodonto. Desta forma, é importante avaliar as características sociodemográficas e psicocomportamentais dos indivíduos acometidos, a fim de proporcionar à população intervenções mais equitativas em saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar as variáveis sociodemográficas e psicocomportamentais associadas à presença ou não de sangramento gengival e a pobre higiene bucal em indivíduos adultos. A amostra foi de conveniência e composta por 100 indivíduos adultos com idades entre 18 e 66 anos que procuraram por tratamento odontológico em uma Unidade de Saúde da Família do município de Piracicaba-SP, no período entre dezembro de 2011 e maio de 2012. Os participantes foram examinados para coleta de dados clínicos, como o índice de placa (IP) e o índice de sangramento gengival após sondagem periodontal (SS). Também foi aplicado um questionário para coleta de dados sociodemográficas e psicocomportamentais, incluindo a escala de senso de coerência (SOC). Estas variáveis foram comparadas com as variáveis clínicas por meio de análise bivariada, seguida de modelo de regressão múltipla. Observaram-se associações estatisticamente significantes entre IP e escolaridade ($p = 0,0293$), uso do fio dental ($p = 0,0317$) e o indivíduo entender que conseguia cuidar bem dos dentes ($p = 0,0257$). Em relação ao SS, baixo nível de escolaridade foi a única variável associada a maior porcentagem de sítios com sangramento à sondagem ($p = 0,0168$). Concluiu-se que os indivíduos com piores IP e de SS estiveram associados a piores indicadores sociodemográficos e psicocomportamentais.

UNITERMOS: periodontia, índice periodontal, fatores epidemiológicos, Sistema Único de Saúde. R Periodontia 2013; 23:16-24.

INTRODUÇÃO

Além da cárie dentária, a doença periodontal é uma das doenças bucais mais prevalentes no mundo, sendo a causa mais comum de perda dentária em adultos em países desenvolvidos e em desenvolvimento, portanto, considerada um importante problema de saúde pública (Frandsen, 1984; Brasil, 2004; Albandar, 2005; Sheiham & Nicolau 2005; Zini *et al.*, 2011; Petersen & Ogawa, 2012).

No caso do Brasil, dados do último levantamento epidemiológico nacional, realizado em 2010, demonstraram que no grupo etário de 35 a 44 anos, os indivíduos avaliados apresentaram, em média, quase 2 (1,84) sextantes contendo cálculo e pelo menos 1 (1,36) sextante afetado por sangramento gengival (Brasil, 2011), evidenciando as pobres condições em higiene e saúde bucal desta população.

Em se considerando a associação já bem estabelecida entre biofilme bacteriano e doença periodontal, um alto

padrão de higiene bucal seria uma medida importante na manutenção da saúde periodontal (Jönsson *et al.*, 2009). Entretanto, os hábitos de higiene bucal estão fortemente associados a circunstâncias da vida e comportamentos gerais em saúde do indivíduo (Hugoson *et al.*, 2007). Segundo Sheiham & Nicolau (2005), a estrutura social seria considerada o principal agente etiológico de muitas doenças, inclusive as periodontais, e os comportamentos não saudáveis estariam, no geral, mais concentrados nas camadas mais baixas da escala social. O ambiente também influenciaria quando se trata do risco em desenvolver determinada doença, afetando os comportamentos relacionados à manutenção da saúde. Além disso, o estresse, as relações sociais, flexibilidade nos horários de trabalho para realização da higiene bucal, rotinas estabelecidas na vida (como o hábito de fumar), resposta do sistema imunológico em determinados períodos (como, por exemplo, o divórcio) e até mesmo a qualidade do casamento influenciariam a saúde bucal. Desta forma, faz-se necessário que as equipes de saúde ressaltem a importância dos fatores psicológicos, sociais e ambientais, e não somente os biológicos, no desenvolvimento da doença periodontal e levem isso em consideração no ambiente clínico para o tratamento da doença.

Variáveis psicológicas, como o Senso de Coerência (SOC) dos indivíduos também têm sido associadas a melhores condições clínicas bucais. Bernabé *et al.* (2010) realizaram um estudo sobre a relação entre o senso de coerência (SOC) e a saúde bucal. E verificaram que um índice alto no SOC mostrou associação com indivíduos apresentando melhor saúde bucal, mais dentes presentes, menos dentes cariados, menos bolsas periodontais e melhor percepção da saúde bucal.

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), alguns poucos estudos foram realizados avaliando-se as características socioeconômicas e psicológicas de usuários com problemas periodontais que procuram pelos serviços de saúde (Turrioni *et al.*, 2010; Martins *et al.*, 2012).

Desta forma, o objetivo deste estudo foi avaliar, por meio de um estudo transversal, as variáveis sociodemográficas e psicocomportamentais associadas à presença ou não de gengivite e pobre higiene bucal em pacientes adultos que buscaram por tratamento odontológico em uma Unidade de Saúde da Família do município de Piracicaba-SP.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-Unicamp (protocolo 115/2011) e realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um bairro periférico do município de Piracicaba-SP, que, em 2012, englobava

um território formado por 1.051 famílias totalizando 3.926 indivíduos (1.932 homens e 1.994 mulheres), tendo, a maior parte, idades entre 20 e 39 anos.

A amostra do estudo foi de conveniência e compreendeu 100 indivíduos adultos, com idades entre 18 e 66 anos, que procuraram a USF em que a pesquisadora principal trabalha para tratamento Odontológico no período entre dezembro de 2011 e agosto de 2012.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário contendo questões sobre variáveis sociodemográficas, comportamentais e psicológicas, incluindo a versão curta da escala de senso de coerência (SOC-13), validada para a população brasileira (Bonanato *et al.* 2009). Esta última consiste de uma escala, tipo Likert de 5 pontos, com total de 13 itens, apresentando respostas intermediárias e limites semânticos para as respostas localizadas nos extremos. O escore senso de coerência é obtido por meio do somatório dos 13 itens. Quanto maior o escore, mais forte é o senso de coerência. O SOC foi considerado uma variável psicológica e categorizada em quartis.

Foram também coletados dados sobre o nível de higiene bucal dos indivíduos, avaliado por meio do Índice de Placa (IP) de Silness & Loe (1964), e sobre a situação de saúde gengival, em que foi utilizado o índice de sangramento gengival após a sondagem periodontal (SS) de acordo com Lenox & Koczyk (1973).

As variáveis sociodemográficas e psicocomportamentais, contidas nos questionários, foram consideradas as variáveis independentes e, as variáveis clínicas índice de placa (IP) e sangramento gengival, após sondagem periodontal (SS), foram consideradas as variáveis dependentes do estudo. Foi considerada higiene bucal aceitável valores para o IP de 0 a 1. Valores do IP acima de 1 foram considerados como pobre higiene bucal (Zini *et al.*, 2011). Com relação ao sangramento gengival, valores acima de 23,5 foram considerados representativos de alto risco para danos periodontais irreversíveis (Joss *et al.*, 1994; Jönsson *et al.*, 2010). Foi realizada análise bivariada pelos testes qui-quadrado ou Exato de Fisher para testar a associação entre as variáveis dependentes (IP e SS) e as variáveis independentes (sociodemográficas e psicocomportamentais). Em seguida, a associação de variáveis sociodemográficas e psicocomportamentais com os eventos de interesse foi testada pela regressão logística múltipla (método stepwise). Variáveis que apresentaram, na análise bivariada, valor de $p < 0,20$ foram selecionadas para o modelo multivariado. O nível de significância adotado foi de 5% e todos os testes estatísticos foram realizados pelo programa SAS (SAS, 2011).

RESULTADOS

A análise bivariada (tabela 1) mostrou associação entre a variável dependente IP e as seguintes variáveis independentes: escolaridade ($p = 0,0294$), uso do fio dental ($p = 0,0338$) e "acha que consegue cuidar bem de seus dentes?" $p = (0,0424)$. De acordo com esta análise, os indivíduos com baixa

escolaridade ($OR=2,73$) e que não utilizavam o fio dental todos os dias ($OR = 3,30$) tiveram mais chance de apresentar pior índice de placa (IP maior que 1) do que aqueles com maior escolaridade ou que faziam uso do fio dental pelo menos uma vez ao dia. Ainda, os sujeitos julgavam que conseguiam cuidar bem de seus dentes ($OR = 0,384$) tiveram menor chance de ter um pior índice de placa (índice de placa maior que 1).

TABELA 1 - ASSOCIAÇÃO ENTRE IP (ÍNDICE DE PLACA) E VARIÁVEIS INDEPENDENTES.

	IP				OR	IC 95%	p
	< 1		> 1				
	n	%	n	%			
Sexo							
Feminino	29	42,65	39	57,35	0,4483	0,1763-1,1400	0,1381
Masculino	8	25	24	75	ref		
Idade							
18-19	11	47,82	12	52,18	0,7792	0,2461-2,4667	0,8957
30-37	10	41,67	14	58,33	ref		
38-45	10	35,71	18	64,29	1,2857	0,4192-3,9436	0,8777
46-66	5	20	20	80	2,8571	0,8005-10,1981	0,1819
Escolaridade							
analfabeto e 1º grau incompleto	15	26,79	41	73,21	2,73	1,1846-6,3067	0,0294
1º grau completo ou mais	22	50	22	50	ref		
Anos de estudo							
menor que 8 anos	15	28,84	37	71,16	2,08	0,9137-4,7675	0,1210
8 anos ou mais	22	45,83	26	54,17	ref		
Estado civil							
casado/amigado	22	32,83	45	67,17	1,7045	0,7256-4,0045	0,3131
solteiro, separado, divorciado, desquitado, viúvo	15	45,46	18	54,54	ref		
Moradia							
Própria	25	33,79	49	66,21	1,600	0,6768-4,1702	0,3747
não própria	12	46,16	14	53,84	ref		

TABELA 1 - ASSOCIAÇÃO ENTRE IP (ÍNDICE DE PLACA) E VARIÁVEIS INDEPENDENTES. (CONT.)

Mora com quem?							
cônjuge com ou sem filhos	28	39,43	43	60,57	0,6911	0,2755-1,7332	0,5745
filhos e sem cônjuge, pais com ou sem irmãos, outros	9	31,03	20	68,97	ref		
Densidade do lar							
até 1 pessoa/cômodo	27	39,7	41	60,3	0,6902	0,2830-1,6833	0,5519
mais de 1 pessoa/cômodo	10	31,25	22	68,75	ref		
Renda familiar*							
até 2 SM	23	33,33	46	66,67	1,6471	0,6924-3,9179	0,3633
3 ou mais SM	14	45,17	17	54,83	ref		
Como você considera a sua saúde bucal?							
excelente, muito boa e boa	9	36	16	64	1,0591	0,4132-2,7146	0,9048
não muito boa e ruim	28	37,33	47	62,67	ref		
Usa fio dental?							
menos de 1x/dia	25	31,25	55	68,75	3,30	1,1997-9,0773	0,0338
1x/dia ou mais	12	60	8	40	ref		
Tem medo de vir a ter problemas ou doenças na boca?							
Sim	29	35,8	52	64,2	1,3041	0,4713-3,6083	0,8040
Não	8	42,1	11	57,9	ref		
SOC (senso de coerência)							
26-38	13	59,1	9	40,9	0,3279	0,1025-1,0487	0,1055
39-44	8	29,62	19	70,38	1,1250	0,3579-3,5359	0,9281
45-50	7	30,43	16	69,57	1,0827	0,3291-3,5617	0,8631
51-61	9	32,14	19	67,86	ref		
Acha que consegue cuidar bem de seus dentes?							
Sim	25	47,17	28	52,83	0,3840	0,1643-0,8975	0,0424
Não	12	25,53	35	74,47	ref		
Sabe quais doenças acometem dentes e gengiva?							
Sim	16	39,02	25	60,98	0,8635	0,3791-1,9670	0,8895
Não	21	35,6	38	64,4	ref	0,1763-1,1400	0,1381

OR= Odds Ratio (índice de placa >1 como nível de referência da variável dependente)

IC= Intervalo de confiança

*SM (salário mínimo) vigente durante o período da pesquisa = R\$545,00 – fonte: IBGE, 2012.

Além disso, as análises também mostraram associações entre a variável dependente SS e a variável independente escolaridade ($p = 0,0267$), mostrando que indivíduos com

baixa escolaridade ($OR = 2,70$) tiveram mais chance de ter maior índice de sangramento gengival após sondagem periodontal (SS maior que 23,5).

TABELA 2 - ASSOCIAÇÃO ENTRE SS (PORCENTAGEM DE SÍTIOS COM SANGRAMENTO APÓS SONDAÇÃO) E VARIÁVEIS INDEPENDENTES.

	SS				OR	IC 95%	P
	0 a 23,58%		> 23,58%				
	n	%	n	%			
Sexo							
Feminino	34	50	34	50	-	-	-
Masculino	16	50	16	50			
Idade							
18-19	14	60,87	9	39,13	0,6964	0,2211-2,1941	0,7432
30-37	9	37,5	15	62,5	1,8056	0,5777-5,6431	0,4637
38-45	14	50	14	50	1,0833	0,3682-3,1872	0,8967
46-66	13	52	12	48	ref		
Escolaridade							
Analfabeto e 1º grau incompleto	22	39,29	34	60,71	2,7045	1,1966-6,1126	0,0267
1º grau completo ou mais	28	63,63	16	36,37	ref		
Anos de estudo							
menor que 8 anos	22	42,3	30	57,7	1,9091	0,8621-4,2274	0,1612
8 anos ou mais	28	58,33	20	41,67	ref		
Estado civil							
casado/amigado	32	47,77	35	52,23	1,3125	0,5687-3,0289	0,6706
solteiro, separado, divorciado, desquitado, viúvo	18	54,54	15	45,56	ref		
Moradia							
Própria	36	48,64	38	51,36	1,2315	0,5028-3,01661	0,8197
não própria	14	53,84	12	46,16	ref		
Mora com quem?							
cônjuge com ou sem filhos	37	52,11	34	47,89	0,7466	0,3136-1,7775	0,6594
filhos e sem cônjuge, pais com ou sem irmãos, outros	13	44,82	16	55,18	ref		
Densidade do lar							
até 1 pessoa/cômodo	37	54,41	31	45,59	0,5733	0,2446-1,3435	0,2838
mais de 1 pessoa/cômodo	13	40,62	19	59,38	ref		
Renda familiar*							
até 2 SM	32	46,38	37	53,62	1,6010	0,6802-3,7684	0,3871
3 ou mais SM	18	58,07	13	41,93	ref		

TABELA 2 - ASSOCIAÇÃO ENTRE SS (PORCENTAGEM DE SÍTIOS COM SANGRAMENTO APÓS SONDAGEM) E VARIÁVEIS INDEPENDENTES. (CONT.)

Como você considera a sua saúde bucal?							
excelente, muito boa e boa	11	44	14	56	1,3788	0,5548-3,4268	0,6442
não muito boa e ruim	39	52	36	48	ref		
Usa fio dental?							
menos de 1x/dia	37	46,25	43	53,75	2,1583	0,7794-5,9768	0,2113
1x/dia ou mais	13	65	7	35	ref		
Tem medo de vir a ter problemas ou doenças na boca?							
Sim	41	50,61	40	49,39	0,8780	0,3229-2,3877	1,0000
Não	9	47,37	10	52,63	ref		
SOC (senso de coerência)							
26-38	12	54,54	10	45,46	0,3947	0,1244-1,2525	0,1920
39-44	15	55,56	12	44,44	0,3789	0,1264-1,1360	0,1393
45-50	14	60,87	9	39,13	0,3045	0,0961-0,9650	0,0769
51-61	9	32,14	19	67,86	ref		
Acha que consegue cuidar bem de seus dentes?							
Sim	30	56,6	23	43,4	0,5679	0,2569-1,2555	0,2293
Não	20	42,56	27	57,44	ref		
Sabe quais são as doenças que podem acontecer na boca (dentes e gengiva)?							
Sim	23	56,01	18	43,9	0,6603	0,2962-1,4721	0,4161
Não	27	45,77	32	54,23	ref		

OR= Odds Ratio (índice de sangramento a sondagem maior que 23,58% como nível de referência da variável dependente)

IC= Intervalo de confiança

*SM (salário mínimo) vigente durante o período da pesquisa = R\$545,00 – fonte: IBGE, 2012.

Observou-se, pela Tabela 3, que indivíduos com maiores índices de biofilme foram aqueles com menores anos de escolaridade ($p=0,0293$), que não utilizavam o fio dental

todos os dias ($p = 0,0317$) e não julgavam que conseguiam limpar bem os dentes ($p = 0,0257$).

TABELA 3 - REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA ENTRE IP (ÍNDICE DE PLACA) E VARIÁVEIS INDEPENDENTES.

	IP > 1		OR	IC 95%	p
	n	%			
Escolaridade					
analfabeto e 1º grau incompleto	41	73,21	2,67	1,10-6,47	0,0293
1º grau completo ou mais	22	50,00	Ref		
Usa fio dental?					
menos de 1x/dia	55	68,75	3,21	1,11-9,29	0,0317
1x/dia ou mais	8	40,00	Ref		
Acha que consegue cuidar bem de seus dentes?					
Sim	28	52,83	0,36	0,14-0,88	0,0257
Não	35	74,47	Ref		

OR= Odds Ratio (índice de placa >1 como nível de referência da variável dependente)

IC= Intervalo de confiança

TABELA 4 - REGRESSÃO LOGÍSTICA MÚLTIPLA ENTRE SS (PORCENTAGEM DE SÍTIOS COM SANGRAMENTO À SONDAGEM) E VARIÁVEIS INDEPENDENTES.

	SS > 23,58%		OR	IC 95%	P
	n	%			
Escolaridade					
analfabeto e 1º grau incompleto	34	60,7	2,70	1,20-6,11	0,0168
1º grau completo ou mais	16	36,4	ref		

OR= Odds Ratio (índice de sangramento após sondagem >23,58% como nível de referência da variável dependente)

IC= Intervalo de confiança

Em relação ao índice gengival (Tabela 4), a escolaridade foi a única variável associada à maior porcentagem de sítios com sangramento à sondagem ($p = 0,0168$).

DISCUSSÃO

A doença periodontal é uma das mais incidentes doenças bucais no mundo (Zini *et al.*, 2011; Albandar, 2005), sendo a causa mais comum de perda dental em adultos em muitos países (Frandsen, 1984; Albandar, 2005). A quantificação da doença periodontal em uma população é um indicador de saúde bucal e vem sendo muito estudado por diversos pesquisadores em levantamentos epidemiológicos (Dutra & Ferreira, 2005). Por meio destes estudos, nota-se que a doença periodontal ainda se faz prevalente em grande parte das populações estudadas, independentemente de onde elas estejam localizadas, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (Brasil, 2004; Pinheiro *et al.*, 2006). Portanto, identificar as condições iniciais que podem conduzir à doença periodontal, como a pobre higiene bucal e a gengivite, é importante para que se possa tentar prevenir futuros danos irreversíveis no periodonto como, por exemplo, a perda óssea, que pode, mais tardiamente, levar à perda do elemento dental.

No caso do presente estudo, observou-se que 63% dos usuários examinados apresentavam índice de placa (IP) maior que 1 (quantidade de placa moderada a abundante) e, dos indivíduos com idades entre 38 a 45 anos, 64,29% apresentaram índice de placa maior que 1, o que representa pobre higiene bucal que, dependendo da susceptibilidade do indivíduo à agressão pelo biofilme, pode levar a um quadro, inicialmente, de gengivite.

Um total de 50% dos pacientes apresentava índice de sangramento gengival após sondagem periodontal (SS) maior que 23,58% e, com relação aos indivíduos adultos, com idade entre 38 e 45 anos, o estudo observou que também 50% dos indivíduos examinados apresentavam índice de sangramento gengival após sondagem periodontal maior que

23,58%. Estes dados encontrados são similares aos do último levantamento epidemiológico realizado no Brasil em 2010 (Brasil, 2011), no qual se observou que 64,1% da população adulta (com idades entre 35 e 44 anos) apresentavam cálculo e 45,8% apresentavam algum grau de sangramento gengival, mostrando baixa qualidade da higiene bucal e alta prevalência de gengivite. Tais achados são importantes, pois segundo Jönsson *et al.* (2010), indivíduos com porcentagem média de sangramento à sondagem maior que 25% são considerados de alto risco para danos periodontais. Além disso, Joss *et al.* (1994) também afirmam que pacientes com média de porcentagem de sangramento gengival, após sondagem periodontal abaixo de 20%, têm significativamente menos risco de perda de inserção periodontal.

Segundo Zini *et al.* (2011), as patologias periodontais são afetadas por uma variedade de fatores, incluindo genética, posição socioeconômica, fumo, higiene bucal e estilo de vida. No presente estudo, foram verificadas associações estatisticamente significantes entre índice de placa e variáveis sociais como a escolaridade; comportamentais, como o hábito de usar o fio dental; e psicológicas, como a autoeficácia (achar que consegue cuidar bem dos próprios dentes). Ademais, a escolaridade também esteve associada estatisticamente ao índice de sangramento gengival após sondagem periodontal. Estes resultados estão de acordo com os estudos encontrados por Lang *et al.* (1995), Souza *et al.* (2002) e Zini *et al.* (2011).

Para Sheiham & Nicolau (2005), a doença periodontal, como outra doença crônica, seria padronizada socialmente, influenciada por comportamentos determinados por fatores sociais e psicológicos. Segundo os autores, os comportamentos padronizados socialmente e respostas às circunstâncias da vida afetam o sistema imunológico e, portanto, a saúde e as doenças periodontais. Inequidades econômicas não só predizem morbidade e mortalidade no geral, mas estão fortemente associadas a comportamentos de risco. A saúde nas populações segue um gradiente social, sendo melhor no topo do gradiente social e ficando pior à medida que desce a escala social.

Segundo Lang *et al.* (1995), quanto ao uso do fio dental (qualidade e frequência), a quantidade de placa costuma ser menor e as condições periodontais costumam ser melhores quanto melhor é este comportamento. Ainda de acordo com este autor, tal hábito pode ser um indicador para a propensão individual em praticar níveis favoráveis de todos os comportamentos preventivos e devendo, portanto, ser encorajado. No caso do presente estudo, o uso do fio dental esteve associado ao índice de placa (IP), mostrando que indivíduos que apresentavam pior comportamento em higiene bucal, utilizavam o fio dental somente “de vez em quando”, poderiam apresentar, levando-se em consideração o que foi exposto, as piores condições periodontais, o que significa dizer, dentro do que foi avaliado no presente estudo, maior porcentagem de sangramento gengival após sondagem periodontal.

Observou-se que a auto percepção positiva sobre a autoeficácia para a limpeza dos dentes esteve associada a melhores índices de biofilme no presente estudo, corroborando outros achados da literatura. Estudos verificaram que a autoeficácia percebida de comportamentos em saúde bucal esteve associada a melhores níveis clínicos de saúde bucal, como índice de placa e índice gengival (Souza *et al.*, 2002). Dentre os determinantes psicológicos da saúde bucal, as crenças e atitudes são frequentemente consideradas importantes determinantes da autorregulação do comportamento, sendo a autoeficácia, ou seja, as crenças do indivíduo acerca de suas capacidades para organizar e executar ações para produzir determinados resultados, um fator importante no que se refere à higiene bucal (Souza *et al.*, 2002).

De acordo com Watt & Petersen (2012), tratamentos clínicos individuais e abordagens preventivas isoladas jamais conseguirão enfrentar adequadamente o problema dos determinantes sociais das doenças bucais. Desta forma, existe a necessidade de uma mudança de paradigma de abordagens individualizadas para um modelo populacional a fim de promover a saúde periodontal e, em especial, e resolver as desigualdades sociais no estado periodontal. Para isso, são necessárias intervenções em saúde que ampliem o foco do biofilme para os determinantes sociais das doenças periodontais, além dos fatores de risco comuns compartilhados pelas doenças periodontais e outras condições crônicas, a partir de políticas públicas saudáveis nos vários níveis de governo, a criação de ambientes suportivos à saúde, aumento do letramento da população em saúde e a participação de profissionais de saúde na advocacia pela saúde bucal (Watt & Petersen, 2012; Petersen & Ogawa, 2012)

CONCLUSÃO

Conclui-se que os indivíduos com as piores condições de higiene bucal e gengivite estiveram associados a piores indicadores sociodemográficos e psicocomportamentais e, portanto, são necessárias intervenções voltadas a impactar sobre os determinantes sociais dos problemas bucais para a promoção da saúde periodontal da população.

ABSTRACT

Poor oral hygiene and gingivitis have a high prevalence in society and can lead to periodontal disease and irreversible damage to the periodontium. Thus, it is important to evaluate the sociodemographic and psychobehavioral aspects of affected individuals in order to provide to population more equitable health interventions. The aim of this study was to evaluate, through a cross-sectional study, the sociodemographic and psychobehavioral variables associated with poor oral hygiene and gingivitis in adults. A convenience sample was used in the study and 100 adults aged 18 to 66 years old with periodontal problems, and seeking treatment in a Dental Health Unit Family (USF) in Piracicaba, SP, from December 2011 to May 2012. Participants were examined for data collection to clinic, as the plaque index (PI) and gingival bleeding index (ISS) after periodontal probing. A questionnaire was applied to them to collect data about sociodemographic and psychobehavioral variables. These were compared with the clinical variables through bivariate analysis followed by multiple regression model. We observed statistically significant associations between IP and schooling ($p = 0.0293$), flossing ($p = 0.0317$) and if the individual thought that they could take good care of their teeth ($p = 0.0257$). Regarding the gingival index, a low level of education was the only variable associated with a higher percentage of sites with bleeding on probing ($p = 0.0168$). It was concluded that individuals with periodontal conditions were associated with worse sociodemographic and psychobehavioral aspects.

UNITERMS: periodontal index, periodontics, epidemiologic factors, Unified Health System

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Frandsen A, editor. Public Health Aspects of Periodontal Disease. Chicago, London, Rio de Janeiro and Tokyo: Quintessence Publishing Co., Inc 1984.
- 2- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003—Condições de saúde bucal da população brasileira 2002–2003: resultados principais. Brasília: MS-CNSB; 2004.
- 3- Albandar JM. Epidemiology and Risk Factors of Periodontal Diseases. Dent Clin N Am. 2005; 49: 517-532.
- 4- Sheiham A, Nicolau B. Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. Periodontology 2000. 2005; 39: 118-131.
- 5- Zini A, Sgan-Cohen HD, Marcenes W. Socio-economic position, smoking, and plaque: a pathway to severe chronic periodontitis. J Clin Periodontol. 2011; 38: 229-235.
- 6- Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontol 2000. 2012; 60(1): 15-39.
- 7- Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- 8- Jönsson B, Öhrn K, Oscarson N, Lindberg P. The effectiveness of an individually tailored oral health educational programme on oral hygiene behavior in patients with periodontal disease: a blinded randomized-controlled clinical trial (one-year follow-up). J Clin Periodontol. 2009; 36: 1025-1034.
- 9- Hugoson A, Lundgren D, Asklöw B, Borgklint G. Effect of three different dental health preventive programmes on young adult individuals: a randomized, blinded, parallel group, controlled evaluation of oral hygiene on plaque and gingivitis. J Clin Periodontol. 2007; 34: 407-415.
- 10- Bernabé E, Watt RG, Sheiham A, Suominen-Taipale AL, Uutela A, Vehkalahti MM, Knuutila M, Kivimäki M, Tsakos G. Sense of coherence and oral health dentate adults: findings from the Finnish Health 2000 survey. J Clin Periodontol. 2010; 37: 981-987.
- 11- Turrioni APS, Salomão, FGD, Monti, JFC, Vazquez, FL, Cortellazzi KL, Pereira, AC. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva. 2012; 17(7): 1841-1848.
- 12- Martins, MCA, Nete, MCAF, Landim JR, Gurgel HM, Nuto SAS, Braga JU. Fatores de risco associados à doença periodontal em uma comunidade nordestina de baixa renda. Braz J Periodontol. 2012; 22(3): 47-53.
- 13- Bonanato K, Branco DBT, Mota JPT, Jorge MLR, Paiva SM, Pordeus IA, Kaeppler KC. Trans-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the "Sense of Coherence Scale" in Mothers of Preschool Children. Interamerican journal of psychology. 2009; 43(1): 144-153.
- 14- Silness J, Løe H. Periodontal disease in pregnancy.II. Correlation between oral hygiene and periodontal condition. Acta Odont. Scand. 1964; 22: 121-135.
- 15- Lenox JA, Kopczyk RA. A clinical system for scoring patient's oral hygiene performance. J Am Dent Assoc. 1973; 86: 849-85.
- 16- Joss A, Adler R, Lang NP. Bleeding on probing. A parameter for monitoring periodontal conditions in clinical practice. J Clin Periodontol. 1994; 21: 402-408.
- 17- Jönsson B, Öhrn K, Lindberg P, Oscarson N. Evaluation of an individually tailored oral health educational programme on periodontal health. J Clin Periodontol. 2010; 37: 912-919.
- 18- SAS User's Guide: Statistics, version 8.2. Cary [NY]: SAS Institute Inc 2001
- 19- Dutra CMR, Ferreira, EF. A motivação de usuários portadores de doença periodontal crônica sob manutenção periodontal: um estudo quantitativo. Revista de Odontologia da Unesp. 2005; 34(1): 5-10.
- 20- Pinheiro ACC, Sandres DL, Oliveira GC, Lima DLF, Nuto SAS, Rego DM. Tratamento periodontal e bem-estar: um estudo qualitativo. RBPS. 2006; 19(2): 68-73.
- 21- Lang WP, Ronis DL, Farghaly MM. Preventive Behaviors as Correlates of Periodontal Health Status. Journal of Public Health Dentistry. 1995; 55(1): 10-17.
- 22- Souza GA, Monteiro da Silva AM, Galvão R. A auto-eficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. Pesqui Odontol Bras. 2002; 16(1): 57-62.
- 23- Watt RG, Petersen PE. Periodontal health through public health--the case for oral health promotion. Periodontol 2000. 2012; 60(1): 147-55.
- 24- Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontol 2000. 2012; 60(1): 15-39.

Endereço para correspondência:
Fábio Luiz Mialhe
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Depto de Odontologia Social
Av. Limeira 901 – Bairro Areão
CEP: Piracicaba – SP – Brasil
E-MAIL: mialhe@fop.unicamp.br