

## Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes

Self-perception of oral health by indigenous people:  
an analysis of latent classes

Herika de Arruda Mauricio (<https://orcid.org/0000-0002-6645-457X>)<sup>1</sup>

Rafael da Silveira Moreira (<https://orcid.org/0000-0003-0079-2901>)<sup>2</sup>

**Abstract** *Given the limited comprehension of the indigenous oral health profile, this study proposed to understand the self-perception of oral health of this population group. This study aimed to verify the association of oral health's self-perceived impact on daily living with sociodemographic and oral health characteristics among indigenous people aged 10 to 14 years of the Xukuru do Ororubá ethnic group, in Pesqueira (PE), Brazil. This is a cross-sectional study conducted from January to March 2010, involving oral examinations and questionnaires applied to 233 indigenous belonging to the age group. Using the latent class analysis model, the variable "oral health impact" was created and applied to simple and multiple logistic regression models. The results pointed out that villages with the highest mean of households and indigenous people with caries experience evidenced worse self-perception, increasing the "oral health impact" 2.37 and 3.95 times, respectively. The Latent Class Analysis was an excellent strategy for understanding the self-perception of indigenous oral health and its relationship with associated factors.*

**Key words** *Indigenous people, South American, Indigenous people health, Oral health, Self-perception*

**Resumo** *Dada a limitada compreensão do perfil de saúde bucal de indígenas, este estudo se propôs a investigar a autoavaliação da saúde bucal desse grupo populacional. Objetivou-se verificar a associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE, Brasil. Trata-se de um estudo transversal desenvolvido no período de janeiro a março de 2010, com realização de exames bucais e aplicação de questionários a 233 indígenas pertencentes ao grupo etário. Por meio do modelo de análise de classes latentes, a variável "impacto da saúde bucal" foi criada e aplicada em modelos de regressão logística simples e múltipla. Os resultados apontaram que aldeias com maior média de domicílios e indígenas com experiência de cárie apresentaram pior autopercepção, aumentando o "impacto da saúde bucal" em 2,37 e 3,95 vezes respectivamente. A Análise de Classes Latentes mostrou-se uma excelente estratégia para compreensão da autopercepção bucal indígena e sua relação com fatores associados.*

**Palavras-chave** *Índios sul-americanos, Saúde de populações indígenas, Saúde bucal, Autopercepção*

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia  
Universidade de  
Pernambuco. R. Cicero  
Monteiro de Melo s/n,  
São Cristóvão. 56503-146  
Arcoverde PE Brasil.  
[herika.mauricio@upe.br](mailto:herika.mauricio@upe.br)

<sup>2</sup> Instituto Aggeu Magalhães,  
Fiocruz. Recife PE Brasil.

## Introdução

A compreensão do perfil de saúde bucal de indígenas ainda se apresenta limitada. Os poucos estudos disponíveis reforçam que, em diferentes países<sup>1-3</sup>, esse grupo populacional enfrenta piores condições de saúde bucal quando comparado aos não indígenas.

No que se refere à autopercepção da saúde, medida subjetiva recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para verificar a saúde das populações, apesar de não substituir o exame clínico do paciente, permite que se tenha um panorama mais próximo da real condição do indivíduo de forma rápida, acessível e econômica<sup>4</sup>.

Na saúde bucal, a autopercepção se coloca com uma importante ferramenta de mensuração que pode ser utilizada como indicador das necessidades de tratamento ou estimar o efeito das condições bucais na vida diária, além de avaliar e monitorar melhorias no estado de saúde bucal da sociedade<sup>5,6</sup>.

A associação da autopercepção negativa da saúde bucal com condições clínicas bucais (presença de doença bucal, dano tecidual, dor, comprometimento funcional e estético)<sup>7</sup>, fatores psicossociais e socioeconômicos<sup>8</sup>, demográficos e comportamentais desfavoráveis está bem estabelecida na literatura, fazendo da avaliação subjetiva um aporte crítico essencial na identificação de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, que precisam de intervenções complexas e, muitas vezes, personalizadas<sup>9</sup>.

Estudo de Amarasena et al.<sup>10</sup> investigou comportamentos e percepções sobre a saúde bucal de 181 indígenas australianos de 22 a 74 anos de idade, comparando seus dados com a população australiana em geral. Verificou-se que a população indígena possui menor frequência de consultas odontológicas, sendo estas motivadas por problemas bucais e entre os indígenas é mais comum o adiamento do tratamento odontológico em função dos altos custos. A percepção de necessidade de tratamento, dor, desconforto estético e o relato de evitar comer devido a problemas bucais também foi maior entre indígenas.

Corroborando a complexidade inerente aos desfechos em saúde bucal, Mejia et al.<sup>11</sup> verificaram que a maior proporção de adultos relatando saúde bucal ruim caracterizava-se como indígenas, mais velhos, não australianos, com baixo nível educacional e de renda, desempregados, elegíveis para atendimento odontológico público, fumantes, referindo evitar alguns alimentos nos últimos 12 meses, apresentando desconfor-

to estético, dor ou necessidade de atendimento odontológico.

Buscando compreender a autoavaliação de saúde bucal indígena, este estudo objetivou verificar a associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária, com aspectos socio-demográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá, habitantes de Terra Indígena localizada no município de Pesqueira – PE, Brasil.

## Métodos

Foi realizado um inquérito de base populacional na Terra Indígena de 27.550 hectares, dividida em 3 regiões socioambientais (Serra, Ribeira e Agreste) e 25 aldeias, localizada no município de Pesqueira - PE, região Nordeste do Brasil, envolvendo a população indígena Xukuru do Ororubá aldeada, no período de janeiro a março de 2010. As regiões socioambientais são categorias espaciais estabelecidas pela própria etnia a partir das características geoclimáticas e socioeconômicas<sup>12</sup>.

Cada região socioambiental possui características próprias que definem padrões desiguais na oferta dos recursos naturais entre os índios Xukurus e também no desenvolvimento de sua economia. A região da Serra detém as principais fontes de água potável que abastecem a etnia, favorecendo iniciativas de produção de pecuária leiteira e agricultura orgânica. A região da Ribeira conta com a nascente do Rio Ipojuca e a Barragem do Pão-de-Açúcar, que possibilitam a irrigação e o cultivo agrícola da região. Já o Agreste possui dificuldade de acesso aos recursos hídricos, desenvolvendo mais a pecuária leiteira. Além das atividades econômicas mencionadas, a confecção de artesanato também faz parte da cultura indígena<sup>12</sup>.

Apesar do conhecimento de palavras nativas, os Xukurus utilizam a língua portuguesa na vida diária. Seus representantes políticos são o cacique, o pajé e as lideranças das aldeias, que atuam nos conselhos, associações e assembleias locais. Sua relação com a natureza é representada em rituais sagrados, que buscam transmitir e fortalecer sua cultura<sup>13</sup>.

Suas moradias são, em sua maioria, constituídas de paredes de tijolos e telhas de barro. A água é principalmente obtida em fontes e recebe como tratamento a aplicação do hipoclorito de sódio. A maior parte dos domicílios não possui banheiro e a coleta de lixo ainda não é uma realidade para todos, sendo realizada a queima do lixo em gran-

de parte do Território. Quase toda a população possui eletricidade e cozinha usando uma combinação de gás e carvão ou lenha<sup>14</sup>.

Diante do pequeno quantitativo de indígenas aos 12 anos, idade padrão internacional para o monitoramento da condição de saúde bucal<sup>15</sup>, optou-se pela ampliação do grupo participante para a idade de 10 a 14 anos. Em 2010, a população de 7.225 indígenas, distribuídos em 1.896 domicílios, era composta por 871 indivíduos na faixa etária de 10 a 14 anos. Para representar esse grupo, foi realizado o processo de amostragem, assumindo a prevalência do SB Brasil 2003 (levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado periodicamente em nível nacional pelo Ministério da Saúde)<sup>16</sup> de 20% para cárie, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95%, além de acréscimo de 20% para amenizar perdas e recusas, sendo a amostra necessária de 231 indivíduos.

A seleção dos indivíduos se deu a partir dos residentes de domicílios sorteados de forma aleatória sistemática. Todos os residentes dos domicílios sorteados integrantes da faixa etária de 10 a 14 anos foram convidados a participar. No caso de ausência do morador diante de três visitas da equipe de campo, presença de condição física/mental impeditiva para realização do exame ou sua recusa, este morador era computado como perda. A amostra final foi composta por 173 domicílios e 233 participantes.

Para que a equipe de campo estivesse padronizada de modo a evitar divergências de diagnóstico durante a realização dos exames bucais, previamente ao início da coleta de dados foi desenvolvido um processo de calibração, constituído de treinamento teórico e prático, vivenciado por toda a equipe composta por 17 pessoas, sendo 8 examinadores e 8 anotadores (estudantes de Odontologia no último ano do curso), distribuídos em 8 duplas de trabalho e orientados por um coordenador de campo. Ao examinador coube a realização do exame clínico bucal e ao anotador o preenchimento do questionário.

As fases teórica e prática do treinamento foram embasadas nos manuais do SB Brasil 2010<sup>17</sup>. O coeficiente Kappa foi calculado para verificar a concordância dos resultados obtidos pelos exames bucais. Durante o treinamento de calibração, o coeficiente Kappa para a concordância interexaminadores alcançou uma média de 0,83. Ao longo da coleta de dados, todos os examinadores realizaram a concordância intraexaminador, reexaminando 5% de sua amostra, alcançando a média do coeficiente Kappa de 0,98.

No processo de trabalho de campo, os exames bucais foram realizados sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados, utilizando-se o espelho bucal plano nº5 com cabo e a sonda do tipo *ball point*. Também foram utilizados Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e cumpridas as normas de biossegurança<sup>18</sup>. Os exames verificaram a prevalência de cárie, a necessidade de tratamento e o número de dentes. O parâmetro utilizado para sua mensuração foi o índice CPO-D<sup>13</sup>.

Após o exame, aplicou-se questionário adaptado do Inquérito Nacional SB Brasil 2010, com o objetivo de caracterizar a população estudada quanto ao processo saúde-doença bucal. Constituído de quatro blocos (avaliação socioeconômica, morbidade bucal referida, utilização de serviços odontológicos e autopercepção e impactos em saúde bucal), a aplicação do questionário seguiu as orientações do Inquérito para participantes de 12 anos de idade, pais/responsáveis responderam o bloco de avaliação socioeconômica, sendo os demais blocos respondidos pelo participante<sup>19</sup>.

O processamento dos dados fez uso do *software* EpiData 3.1<sup>®</sup>, enquanto a estatística descritiva e analítica foi realizada por meio do pacote estatístico SPSS 20.0<sup>®</sup>, com os resultados apresentados em tabelas.

Desenvolveu-se a construção da variável latente “impacto da saúde bucal” utilizando o modelo *Growth Mixture Models* – GMM no *software* Mplus, em que foram criados e testados modelos de 2 a 6 classes. Nos modelos, os indivíduos foram classificados em grupos a partir do perfil de semelhança nas respostas, sendo então escolhido o melhor modelo de classes latentes.

A partir da criação da variável latente, a mesma foi inserida na estatística descritiva e analítica como variável resposta (dependente), utilizando os testes Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher, conforme a necessidade, e a análise do resíduo padronizado para testar a sua associação com as variáveis independentes. O nível de significância para os testes de associação foi de 5% e para a análise de resíduo padronizado foram considerados significantes os excessos de desvios-padronizados maiores de 1,96.

A força de associação entre as variáveis independentes e a variável resposta foi expressa pela Razão de Chances “*Odds Ratio* – OR” com intervalo de confiança 95%. Foi utilizada a regressão logística com análises simples e múltipla<sup>20</sup>. Na análise simples, foram eletivas para análise múltipla as variáveis que obtiveram p-valor < 0,25<sup>21</sup>.

Para a regressão múltipla foi utilizado o método *stepwise backward* e as demais conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Aggeu Magalhães (IAM) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) por se tratar de pesquisa envolvendo indígenas. Além disto, obteve anuência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e da etnia Xukuru do Ororubá, não registrando ocorrência de conflitos de interesse.

## Resultados

De um total de 233 indígenas entre 10 e 14 anos de idade participantes do estudo, 228 responderam ao questionário e realizaram exame bucal (*missing* = 5). A partir da análise descritiva apresentada na Tabela 1, percebe-se que a maior parte do grupo se caracteriza por possuir 11 anos de idade, pertencer ao sexo masculino, refere saber ler e escrever, foi a uma consulta com o cirurgião-dentista há menos de 1 ano em instituição pública por motivo de exodontia de elemento dentário e apresenta experiência de cárie.

Para a apresentação das classes latentes, foi verificado o melhor modelo de análise a partir de 7 critérios: os testes AIC (*Akaike Information Criterion*), BIC (*Bayesian Information Criterion*) e BIC ajustado precisa apresentar os menores valores possíveis, denotando um bom ajuste do modelo; ao mesmo tempo, a entropia deverá ter o valor mais próximo de 1, caracterizando um modelo com número de classes mais adequado; por fim, para avaliação da significância estatística, nos três testes de razão de verossimilhanças (VLMR-LRT - *Vuong, Lo, Mendell, Rubin likelihood ratio test*, LMR-LRT - *Likelihood ratio test* e BLRT - *Bootstrap likelihood ratio test*) os valores significantes indicam que o número de classes do modelo não precisaria ser reduzido para uma classe a menos, ou seja, está adequado<sup>22,23</sup>.

A partir desses critérios, é possível observar na Tabela 2 que os modelos com 2 e 4 classes apresentaram-se estatisticamente significantes. Analisando esses dois modelos, o que possui 2 classes conseguiu preencher um maior número de critérios, com teste BIC com o menor valor, entropia melhor e os testes LRT com significância estatística.

Para melhor compreender o padrão de semelhança entre as 2 classes geradas, a Tabela 3 revela a probabilidade de resposta positiva às classes para cada uma das variáveis investigadas.

Os resultados da regressão logística simples e múltipla estão apresentados na Tabela 4. As variáveis “média de domicílios por aldeia”, “material piso do domicílio”, “sexo”, “motivo da consulta odontológica” e “índice CPO-D” foram incluídas na regressão simples por apresentarem na Tabela 1 p-valor < 0,25. Ao desenvolvimento da análise múltipla, as variáveis “maior média de habitantes por aldeia” e “experiência de cárie medida pelo índice CPO-D” mantiveram-se estatisticamente significantes quando associadas à variável dependente “impacto da saúde bucal”, aumentando a chance de impacto da saúde bucal em 2,37 e 3,95 vezes respectivamente.

## Discussão

A compreensão do impacto autopercebido da saúde bucal representa um desafio. Sua medição é complexa, precisando ser inferida a partir de diferentes variáveis explicativas. Comumente, observa-se a verificação do impacto por uma única variável que interroga o usuário sobre a sua satisfação em relação aos dentes/boca. Apesar de atrativa por sua simples aplicação, esse tipo de abordagem não dá conta da percepção de saúde construída por meio de sinais e sintomas apresentados na vida cotidiana. As respostas às questões de saúde bucal são produtos de múltiplas experiências, exigindo estratégias amplas e multidimensionais de abordagem.

O presente estudo utilizou como opção metodológica compreender o impacto da saúde bucal por meio da aplicação da Análise de Classes Latentes (*Latent Class Analysis - LCA*) a um dos blocos do questionário constituído por nove perguntas. A LCA é um método estatístico que identifica distintos grupos (classes latentes) baseado nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas. Baseia-se em um modelo probabilístico para identificar características que indicam bem os grupos, estimar a prevalência de cada um e classificar cada indivíduo dentro deles<sup>24</sup>.

O método tradicional de análise dos dados de questionários com múltiplas perguntas categóricas, que buscam aferir um determinado fenômeno, usualmente dicotomizam seus achados em indivíduos que responderam positivamente a pelo menos uma questão e naqueles que responderam negativamente a todas. Esta via de análise superestima o impacto da saúde bucal, classifica como semelhantes indivíduos distintos e atribui o mesmo peso para as diferentes questões do instrumento. Isso ocorre porque indivíduos que

**Tabela 1.** Análise descritiva e associação das variáveis independentes segundo a variável dependente, com uso do Teste Qui-Quadrado. Pesqueira, 2010.

| Variáveis Independentes           |                          | Variável Dependente                 |                                     |              | valor-p |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------|---------|
|                                   |                          | Sem Impacto da Saúde Bucal<br>N (%) | Com Impacto da Saúde Bucal<br>N (%) | Total        |         |
| Média de domicílios por aldeia*   | ≤ 92                     | 95(82,60%)                          | 20(17,40%)                          | 115(100,00%) | 0,01    |
|                                   | > 92                     | 75(66,40%)                          | 38(33,60%)                          | 113(100,00%) |         |
| Material piso do domicílio        | Cerâmica                 | 15(78,90%)                          | 4(21,10%)                           | 19(100,00%)  | 0,15    |
|                                   | Cimento                  | 146(76,00%)                         | 46(24,00%)                          | 192(100,00%) |         |
|                                   | Terra                    | 6(50,00%)                           | 6(50,00%)                           | 12(100,00%)  |         |
| Média de habitantes por aldeia*   | ≤ 310                    | 95(82,60%)                          | 20(17,40%)                          | 115(100,00%) | 0,01    |
|                                   | > 310                    | 75(66,40%)                          | 38(33,60%)                          | 113(100,00%) |         |
| Renda per-capita mediana          | ≤ R\$80,13               | 84(73,00%)                          | 31(27,00%)                          | 115(100,00%) | 0,51    |
|                                   | > R\$80,13               | 83(76,90%)                          | 25(23,10%)                          | 108(100,00%) |         |
| Idade                             | 10                       | 36(75,00%)                          | 12(25,00%)                          | 48(100,00%)  | 0,80    |
|                                   | 11                       | 41(80,40%)                          | 10(19,60%)                          | 51(100,00%)  |         |
|                                   | 12                       | 32(72,70%)                          | 12(27,30%)                          | 44(100,00%)  |         |
|                                   | 13                       | 32(74,40%)                          | 11(25,60%)                          | 43(100,00%)  |         |
|                                   | 14                       | 29(69,00%)                          | 13(31,00%)                          | 42(100,00%)  |         |
| Sexo                              | Masculino                | 84(70,60%)                          | 35(29,40%)                          | 119(100,00%) | 0,15    |
|                                   | Feminino                 | 86(78,90%)                          | 23(21,10%)                          | 109(100,00%) |         |
|                                   | Peso normal              | 46(73,00%)                          | 17(27,00%)                          | 63(100,00%)  |         |
| Sabe ler e escrever               | Sobrepeso                | 7(63,60%)                           | 4(36,40%)                           | 11(100,00%)  | 0,61    |
|                                   | Sim                      | 144(75,00%)                         | 48(25,00%)                          | 192(100,00%) |         |
| Já foi ao dentista?               | Não                      | 19(70,40%)                          | 8(29,60%)                           | 27(100,00%)  | 0,06    |
|                                   | Sim                      | 123(71,50%)                         | 49(28,50%)                          | 172(100,00%) |         |
| Quando foi a última consulta?     | Não                      | 47(83,90%)                          | 9(16,10%)                           | 56(100,00%)  | 0,26    |
|                                   | Nunca foram ao dentista  | 47(83,90%)                          | 9(16,10%)                           | 56(100,00%)  |         |
|                                   | Menos de 1 ano           | 67(72,80%)                          | 25(27,20%)                          | 92(100,00%)  |         |
|                                   | 1 a 2 anos               | 38(69,10%)                          | 17(30,90%)                          | 55(100,00%)  |         |
| Onde foi a última consulta?       | 3 anos ou mais           | 15(68,20%)                          | 7(31,80%)                           | 22(100,00%)  | 0,17    |
|                                   | Nunca foram ao dentista  | 47(83,90%)                          | 9(16,10%)                           | 56(100,00%)  |         |
|                                   | Consultório público      | 113(72,40%)                         | 43(27,60%)                          | 156(100,00%) |         |
|                                   | Consultório particular   | 7(63,60%)                           | 4(36,40%)                           | 11(100,00%)  |         |
|                                   | Outro                    | 3(60,00%)                           | 2(40,00%)                           | 5(100,00%)   |         |
| Qual o motivo da última consulta? | Nunca foram ao dentista  | 47(83,90%)                          | 9(16,10%)                           | 56(100,00%)  | 0,08    |
|                                   | Revisão/Prevenção        | 6(75,00%)                           | 2(25,00%)                           | 8(100,00%)   |         |
|                                   | Dor                      | 6(46,20%)                           | 7(53,80%)                           | 13(100,00%)  |         |
|                                   | Extração                 | 67(72,00%)                          | 26(28,00%)                          | 93(100,00%)  |         |
|                                   | Tratamento               | 44(75,90%)                          | 14(24,10%)                          | 58(100,00%)  |         |
| Índice CPO-D*                     | Sem experiência de cárie | 54(90,00%)                          | 6(10,00%)                           | 60(100,00%)  | <0,01   |
|                                   | Com experiência de cárie | 116(69,00%)                         | 52(31,00%)                          | 168(100,00%) |         |

Fonte: Elaboração própria.

\* Variáveis com Teste Qui-Quadrado estatisticamente significante: valor-p &lt; 0,05 e Resíduo &gt; 1,96.

responderam que apenas uma das nove questões o afeta na vida diária estariam classificados no mesmo grupo daqueles que responderam positi-

vamente para as nove questões. Assim, defende-se o uso do modelo de Análise de Classes Latentes de modo a possibilitar a obtenção de resultados

**Tabela 2.** Adequação e ajuste nos critérios do modelo de classes latentes. Pesqueira, 2010.

| Critérios                               | Número de Classes |         |         |         |         |
|---|-------------------|---------|---------|---------|---------|
|   | 2                 | 3       | 4       | 5       | 6       |
| AIC - Critério de Informação de Akaike  | 1688,91           | 1676,83 | 1662,57 | 1667,17 | 1672,79 |
| BIC-Critério de Informação de Bayesiano | 1754,06           | 1776,28 | 1796,31 | 1835,21 | 1875,12 |
| BIC ajustado                            | 1693,85           | 1684,37 | 1672,71 | 1679,91 | 1688,13 |
| Entropia                                | 0,87              | 0,88    | 0,82    | 0,87    | 0,83    |
| LRT Vuong-Lo-Mendell-Rubin (valor-p)    | <0,01             | 0,69    | 0,05    | 0,76    | 0,11    |
| LRT Lo-Mendell-Rubin (valor-p)          | <0,01             | 0,69    | 0,05    | 0,77    | 0,12    |
| LRT Bootstrap paramétrico (valor-p)     | <0,01             | <0,01   | <0,01   | 0,50    | 1,00    |

Fonte: Elaboração própria.

AIC- Akaike Information Criterion. BIC- Bayesian Information Criterion. LRT- Likelihood ratio test.

**Tabela 3.** Probabilidade de resposta positiva entre as duas classes latentes geradas. Pesqueira, 2010.

| Classes Latentes  | Sem Impacto da Saúde Bucal | Com Impacto da Saúde Bucal |
|---|----------------------------|----------------------------|
|   | N=170 (74,56%)             | N=58 (25,44%)              |
| Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes? | 0,30                       | 0,62                       |
| Os seus dentes o(a) incomodam ao escovar?   | 0,10                       | 0,35                       |
| Os seus dentes o(a) deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?   | 0,07                       | 0,64                       |
| Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?                                   | 0,00                       | 0,56                       |
| Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?  | 0,01                       | 0,48                       |
| Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?  | 0,02                       | 0,39                       |
| Os seus dentes o(a) fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?   | 0,12                       | 0,52                       |
| Os seus dentes atrapalharam estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?                              | 0,01                       | 0,40                       |
| Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?   | 0,12                       | 0,74                       |

Fonte: Elaboração própria.

**Tabela 4.** Análise simples e múltipla de regressão logística. Pesqueira, 2010.

| Variáveis Independentes           |                          | Simples |            |         | Múltipla |           |         |
|-----------------------------------|--------------------------|---------|------------|---------|----------|-----------|---------|
|                                   |                          | OR      | IC 95%     | valor-p | OR       | IC 95%    | valor-p |
| Média de domicílios por aldeia    | ≤92                      | 1,00    |            |         | 1,00     |           |         |
|                                   | >92                      | 2,35    | 1,21-4,56  | 0,01    | 2,37     | 1,25-4,49 | 0,01    |
| Material piso do domicílio        | Cerâmica                 | 1,00    |            |         |          |           |         |
|                                   | Cimento                  | 1,10    | 0,33-3,72  | 0,88    |          |           |         |
|                                   | Terra                    | 3,54    | 0,64-19,61 | 0,15    |          |           |         |
| Sexo                              | Masculino                | 1,50    | 0,75-2,97  | 0,25    |          |           |         |
|                                   | Feminino                 | 1,00    |            |         |          |           |         |
| Qual o motivo da última consulta? | Nunca foram ao dentista  | 1,00    |            |         |          |           |         |
|                                   | Revisão/Prevenção        | 2,30    | 0,36-14,59 | 0,38    |          |           |         |
|                                   | Dor                      | 7,35    | 1,54-35,16 | 0,01    |          |           |         |
|                                   | Extração                 | 2,03    | 0,83-5,00  | 0,12    |          |           |         |
| Índice CPO-D                      | Tratamento               | 1,89    | 0,69-5,16  | 0,21    |          |           |         |
|                                   | Sem experiência de cárie | 1,00    |            |         | 1,00     |           |         |
|                                   | Com experiência de cárie | 3,49    | 1,36-8,98  | 0,01    | 3,95     | 1,58-9,89 | <0,01   |

Fonte: Elaboração própria.

OR: Odds Ratio. IC95%: Intervalo de Confiança de 95,00%.

fidélgios na mensuração de desfechos categóricos em saúde bucal.

Um dos principais achados do estudo localiza-se no fato de que o grupo investigado com experiência de cárie clinicamente verificada apresentou-se associado aos resultados de autoavaliação com impacto da saúde bucal na vida diária. Na análise múltipla, esse grupo teve sua chance de impacto da saúde bucal aumentada em 3,95 vezes. Isto significa que o *status* de adoecimento verificado pelo índice CPO-D corrobora os achados da autopercepção. A literatura confirma que a autoavaliação da saúde bucal é uma medida razoável do estado de saúde bucal clinicamente determinado<sup>25,26</sup>.

Destaca-se que 74,56% da população investigada foi agrupada na categoria “sem impacto da saúde bucal”. Esse resultado surpreendente desperta uma reflexão a respeito da percepção dos indígenas sobre sua saúde bucal. É provável que suas expectativas sobre uma boa condição de saúde bucal sejam minimizadas quando comparadas às expectativas da população não indígena.

O resultado apontado pode retratar uma percepção cultural dos indígenas de que a boa condição de saúde bucal não está vinculada a fatores estéticos ou a adoção de práticas preventivas, mas sim à ausência de experiência de dor e sofrimento, não sendo a busca pelo serviço odontológico necessária na ausência dessas características. Esse tipo de perfil precisa ser atentamente acompanhado pelas Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI) por conduzir os indígenas a buscar tardiamente a assistência odontológica e, dessa forma, reduzir suas oportunidades para detecção e tratamento precoces.

Apoiando-se nos trabalhos de Sisson<sup>27</sup>, Sanders e Spencer<sup>28</sup> é possível admitir que esta autoavaliação pode ser influenciada por três fatores: acesso comprometido a ações e serviços de saúde bucal, exposição diferencial a fatores e comportamentos de risco relacionados à saúde bucal e aspectos socioculturais formadores da conceitualização de saúde bucal.

Aday e Forthofer<sup>29</sup> verificaram que a busca por serviços de saúde entre distintos grupos sociais possui motivos diferentes: enquanto minorias étnico-raciais e grupos populacionais com menores níveis de escolaridade visitam o dentista por problemas de saúde bucal autopercebidos, indivíduos de cor branca e com maiores níveis de escolaridade o fazem para consultas preventivas ou de acompanhamento.

O conjunto de dados apresentados fortalece a relevância de abordagens específicas na atenção à saúde bucal indígena, de maneira que as intervenções contemplem as diferentes necessidades e concepções de saúde bucal, dialogando com os contextos interculturais.

Cabe salientar, que uma limitação apresentada neste trabalho foi o fato de a amostra final não ser restrita à idade índice de 12 anos, comprometendo o poder de comparabilidade de seus resultados. O desenho transversal do estudo também produz limitação quanto ao estabelecimento de relações temporais.

A verificação de associação do impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária com aspectos sociodemográficos e de caracterização da saúde bucal entre indígenas de 10 a 14 anos da etnia Xukuru do Ororubá confirma que a adoção de avaliações subjetivas possibilita que os serviços de saúde ofereçam à população o que é de fato apontado como necessidade, e não apenas atendam a demandas estabelecidas em protocolos de atendimento.

A adoção da Análise de Classes Latentes aplicada a desfechos em saúde bucal mostrou-se uma estratégia inovadora, capaz de mensurar o impacto autopercebido da saúde bucal na vida diária.

## Colaboradores

HA Mauricio executou a coleta e o processamento de dados e redigiu o texto. RS Moreira concebeu o artigo, analisou os dados e revisou criticamente o texto.

## Agradecimentos

Ao povo indígena Xukuru do Ororubá por apoiar o desenvolvimento deste estudo, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ pelo financiamento da pesquisa “Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE” e às Secretarias de Saúde de Pernambuco e Recife pelo suporte logístico na realização do trabalho de campo.

## Referências

- Jamieson LM, Armfield JM, Roberts-Thomson KF. Oral health inequalities among indigenous and non-indigenous children in the Northern Territory of Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2006; 34(4):267-276.
- Peressini S, Leake JL, Mayhall JT, Maar M, Trudeau R. Prevalence of early childhood caries among first nations children, District of Manitoulin, Ontario. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14(2):101-110.
- Miranda KCO, Souza TAC, Leal SC. Caries prevalence among Brazilian indigenous population of urban areas based on the 2010 National Oral Health Survey. *Cien Saude Colet* 2018; 23(4):1313-1322.
- Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(4):302-310.
- Jones JA, Kressin NR, Spiro A, Randall CW, Miller DR, Hayes C, Kazis L, Garcia RI. Self-reported and clinical oral health in users of VA health care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(1):M55-M62.
- Wu B, Plassman BL, Liang J, Remle RC, Bai L, Crout RJ. Differences in Self-Reported Oral Health Among Community Dwelling Black, Hispanic, and White Elders. *J Aging Health* 2011; 23(2):267-288.
- Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW, Dolan TA, Vogel WB. Multidimensionality of oral health in dentate adults. *Med Care* 1998; 36(7):988-1001.
- Sanders AE, Spencer AJ. Why do poor adults rate their oral health poorly? *Aust Dent J* 2005; 50(3):161-167.
- Gabardo MCL, Moysés ST, Moysés S. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(6):439-445.
- Amarasena N, Kapellas K, Skilton M, Maple-Brown L, Brown A, Bartold PM, O'Dea K, Celermajer D, Slade G, Jamieson LM. Oral health behaviours and perceptions reported by Indigenous Australians living in Darwin, Northern Territory. *Community Dent Health* 2014; 31(1):57-61.
- Mejia G, Armfield JM, Jamieson LM. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. *Aust Dent J* 2014; 59(2):226-233.
- Gonçalves GMS, Gurgel IGD, Costa AM, Almeida LR, Lima TFP, Silva E. Uso de agrotóxicos e a relação com a saúde na etnia Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. *Saude Soc.* 2012; 21(4):1001-1012.
- Pires MJ, Neves RCM, Fialho V. Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE. *Anthropológicas* 2016; 27(2):240-262.
- Maurício HA, Moreira RS. Condições de saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. *Rev. bras. epidemiol.* 2014; 17(3):787-800.
- Faculdade de Odontologia Universidade de São Paulo (FOUSP). *Levantamentos em saúde bucal: métodos básicos.* 5ª ed. São Paulo: USP; 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Projeto SB Brasil: Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003 – Resultados Principais.* Brasília: MS; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de calibração de examinadores. Projeto SBBrazil 2010.* Brasília: MS; 2009.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Levantamentos básicos em saúde bucal.* 4ª ed. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual da equipe de campo. Projeto SBBrazil 2010.* Brasília: MS; 2009.
- Abreu MNS, Siqueira AL, Caiaffa WT. Regressão logística ordinal em estudos epidemiológicos. *Rev Saude Publica* 2009; 43(1):183-194.
- Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* 2ª ed. Danvers: John Wiley & Sons, Inc.; 2000.
- Jung T, Wickrama KAS. An introduction to latent class growth mixture analysis and growth mixture modeling. *Social and personality Psychology Compass* 2008; 2(1):302-317.
- Nylund KL, Asparouhov T, Muthén BO. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling* 2007; 14(4):535-569.
- Hagenaars JA, McCutcheon AL. *Applied Latent Class Analysis.* Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
- Zaitu T, Ueno M, Shinada K, Ohara S, Wright FA, Kawaguchi Y. Association of clinical oral health status with self-rated oral health and GOHAI in Japanese adults. *Community Dent Health* 2011; 28(4):297-300.
- Mangueira EVC. *Concordância entre as necessidades autorreferida e normativa de tratamento para cárie e fatores associados em adultos de três municípios da região metropolitana do Recife-PE [dissertação].* Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2015.
- Sisson KL. Theoretical explanations for social inequalities in oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(2):81-88.
- Sanders AE, Spencer AJ. Childhood circumstances, psychosocial factors and the social impact of adult oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(5):370-377.
- Aday LA, Forthofer RN. A profile of black and Hispanic subgroups access to dental care: findings from the National Health Interview Survey. *J Public Health Dent* 1992; 52(4):210-215.

Artigo apresentado em 09/05/2018

Aprovado em 15/04/2019

Versão final apresentada em 17/04/2019