

Autopercepção em higiene bucal de adultos: reprodutibilidade e validade

Camila PINELLI^a, Ana Paula Silveira TURRIONI^b,

Leonor de Castro Monteiro LOFFREDO^a

^aDepartamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, UNESP,
14801-903 Araraquara - SP, Brasil

^bCirurgiã-dentista pela Faculdade de Odontologia, UNESP,
14801-903 Araraquara - SP, Brasil

Pinelli C, Turrioni APS, Loffredo LCM. Self perceived oral hygiene in adults: reproducibility and validity. Rev Odontol UNESP. 2008; 37(2): 163-169.

Resumo: O objetivo deste estudo foi caracterizar a condição de higiene bucal e verificar a reprodutibilidade e a validade da autopercepção de adultos quanto à higiene bucal. Um formulário contendo perguntas sobre tipo de escova, frequência de escovação, uso de fio dental, frequência de visitas ao cirurgião-dentista e de autopercepção em higiene bucal foram aplicadas a 110 voluntários de 35 a 44 anos de idade. Posteriormente, foi realizado um exame clínico utilizando o Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S). A aplicação do questionário e o exame clínico foram feitos em 2 ocasiões, com intervalo de uma semana. Aplicou-se a estatística kappa (κ) para o estudo da reprodutibilidade e utilizou-se o exame clínico, como critério de validação, para o estudo da validade. A reprodutibilidade da autopercepção foi ótima ($\kappa = 0,82$) e do IHO-S foi boa ($\kappa = 0,70$), mostrando que ambas as medidas são consistentes. Os valores de sensibilidade ($S = 0,58$) e de especificidade ($E = 0,54$) foram considerados satisfatórios para essa população e a acurácia indicou 55% de diagnósticos corretos. A autopercepção em higiene bucal mostrou-se reprodutível e válida como método diagnóstico no grupo investigado.

Palavras-chave: Autopercepção; higiene bucal; reprodutibilidade; validade.

Abstract: This study aimed at characterizing the oral hygiene condition as well as at verifying the reproducibility and validity of adult self-perceived oral hygiene. A form with a few questions about the tooth brush type, brushing procedures, dental flossing, dentist visiting program and self perceived oral hygiene has been applied to 110 volunteers from 35 up to 44 years of age. Then a clinical examination using the Oral Hygiene Index - Simplified (OHI-S) was applied. The questionnaire and the clinical examination were performed in two distinct occasions, within a week interval. Kappa (κ) statistics was applied to study the reproducibility, and the clinical examination was used as a validation criterion. The reproducibility of self-perception was almost perfect ($\kappa = 0.82$), and substantial for OHI-S ($\kappa = 0.70$). This shows that both strategies are in good agreement and are therefore consistent. The sensitivity ($S = 0.58$) and specificity ($E = 0.54$) values were considered satisfactory for this group and accuracy indicated 55% of correct diagnosis. The self perceived oral hygiene has demonstrated to be reproducible and valid as a diagnostic method for the investigated group.

Keywords: Self-perception; oral hygiene; reproducibility; validity.

Introdução

Práticas de higiene bucal, por meio de escovação e de uso de fio dental, são fundamentais na redução da placa bacteriana e do seu potencial de virulência, bem como métodos efetivos e de baixo custo, capazes de atuar sobre a ocorrência de lesões de cárie e de doença periodontal^{1,2}. Fatores como a frequência, pressão, características das cerdas da escova

ou do fio dental, uso de creme dental, técnica de escovação e de uso do fio dental e destreza manual influenciam na efetividade de uma boa higiene bucal diária¹.

Desde a década de 1970^{3,4}, programas de controle da placa bacteriana têm sido promovidos, por meio de procedimentos auto-aplicáveis de higiene bucal feitos pelos

pacientes, basicamente com enfoque na remoção mecânica, com escovação e uso de fio dental supervisionados, além de profilaxia feita pelo profissional⁵.

A instalação de métodos de controle de placa bacteriana deve ocorrer em conjunto com o desenvolvimento de atitudes e de comportamento em higiene bucal, por meio de motivação direta do indivíduo, visando o desenvolvimento de sua autopercepção em saúde bucal⁶.

A abordagem da autopercepção favorece a compreensão do contexto de saúde bucal no qual as pessoas estão inseridas e promove meios de se aprimorar a educação em saúde^{7,8}. O indivíduo, desenvolvendo sua autopercepção, deixará de atuar apenas como paciente e se tornará um diagnosticador de sua condição de saúde bucal, colaborando e participando ativamente da manutenção de sua saúde bucal⁹.

Estudos de autopercepção em saúde bucal têm sido conduzidos, comparando o auto-relato do paciente com dados clínicos¹⁰⁻¹³. Ao se fazer esta comparação é importante analisar a confiabilidade e a validade dos resultados, pois são essenciais na obtenção de qualidade da informação. A reprodutibilidade significa a consistência dos resultados quando o exame se repete e a validade é obtida por meio de valores de sensibilidade e de especificidade, determinando-se o quanto a avaliação subjetiva do paciente representa um diagnóstico clínico correto¹⁴.

Analisando a bibliografia consultada, não foi encontrado estudo com abordagem em reprodutibilidade e validade da autopercepção, considerando-se aplicação do IHO-S entre a população adulta, e apenas uma investigação sobre a reprodutibilidade desse índice em condições clínicas¹⁵, em que se obteve concordância interexaminador boa ($\kappa = 0,69$). O que se dispõe é de estudos nos quais se utilizou o IHO-S como um dos critérios de avaliação para a descrição das condições de higiene bucal de adultos, entre diferentes populações e diferentes faixas etárias¹⁶⁻²⁰.

Por isso, o presente estudo fez-se necessário, e teve como objetivos 1) caracterizar a condição de higiene bucal em um grupo de adultos de 35 a 44 anos de idade; 2) verificar a reprodutibilidade da autopercepção em higiene bucal e da avaliação clínica; e 3) verificar a validade dos resultados, buscando-se medir o grau de percepção de adultos, quanto à qualidade de sua higiene bucal, quando comparada com a avaliação clínica de um cirurgião-dentista.

Material e método

Tratou-se de um estudo do tipo transversal e de amostragem não-probabilística, tendo sido tomada amostragem por conveniência, com a seleção de voluntários de 35 a 44 anos de idade, segundo a livre demanda por atendimento no setor de triagem, Documentação e Emergência da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP, no período de 8 meses de levantamento.

Foram obtidos 110 voluntários que foram entrevistados quanto à autopercepção em higiene bucal, por meio de um questionário pré-estruturado, com perguntas sobre frequência de escovação, tipo de cerdas da escova utilizada, frequência de uso de fio dental, última visita ao cirurgião-dentista, motivo pelo qual procuram o serviço odontológico e opinião sobre a qualidade de sua higiene bucal. Dados sociodemográficos e de educação foram obtidos, com interesse de se caracterizar o grupo de adultos em estudo. O formulário de entrevista foi testado por meio de uma prova piloto, em 20 pacientes não incluídos na amostra final.

Após a entrevista, um cirurgião-dentista, previamente calibrado e treinado, realizou o exame clínico em higiene bucal. Tanto a entrevista de autopercepção, quanto a avaliação clínica foram realizadas em duas ocasiões distintas, com intervalo de uma semana, pelo mesmo examinador. Uma semana é suficiente para evitar que o examinador se recorde dos registros e evitar que se registre incorretamente, no segundo momento, a real condição de higiene por meio do IHO-S, visto que esta se altera após o primeiro exame, dada a remoção da placa durante o deslizamento da sonda no diagnóstico.

Para a classificação da condição de higiene bucal, foi utilizado o Índice de Higiene Oral Simplificado – IHO-S²¹, que mede o acúmulo de placa e cálculo em 6 superfícies dentárias (vestibular de 16, 11, 26 e lingual de 31, 36, 46). Cada superfície é dividida em terços e avaliada segundo escores de 0 a 3:

- 0 - Superfície livre de placa;
- 1 - Menos de 1/3 do dente coberto por placa;
- 2 - De 1/3 a 2/3 do dente coberto por placa;
- 3 - Mais de 2/3 do dente coberto por placa.

O mesmo procedimento é realizado para o registro da presença de cálculo. O resultado final é obtido pela soma das médias aritméticas de placa e cálculo, obtendo-se valores de 0,0 a 1,2 para boa higiene; de 1,3 a 3,0 para higiene razoável; e de 3,1 a 6,0 para higiene deficiente. Adotou-se, para o estudo de validade, o agrupamento da condição de higiene bucal razoável com a higiene bucal deficiente, definindo-se o critério de higiene bucal ruim da variável dicotômica, equivalente à presença de doença.

É importante ressaltar que não houve instrução de higiene bucal, ou qualquer intuito de modificação de comportamento do indivíduo no período entre os dois exames.

Para evitar viés de aferição, a coleta da opinião dos voluntários sobre a condição de higiene bucal foi feita em entrevista (Quadro 1). Cada pergunta foi lida, seguidamente, as possíveis respostas pré-codificadas.

Os dados foram coletados e inseridos em banco de dados no programa Epi-Info 6.04. A reprodutibilidade foi analisada por meio da estatística kappa²² por ponto (κ) e por intervalo de 95% de confiança ($IC_{95\%}$) e interpretada segundo padrões propostos por Landis, Koch²³.

Quadro 1. Questionário utilizado para caracterização da amostra e para a entrevista dos voluntários. FOAr-UNESP, São Paulo, Brasil, 2007

Q1. Idade		Q7. Você acha que a sua higiene bucal é:	
Q2. Sexo		1) boa	()
1) homem	()	2) regular	()
2) mulher	()	3) ruim	()
Q3. Cor:		Q8. Quantas vezes você escova seus dentes:	
1) branco	()	1) 1 vez ao dia	()
2) preto	()	2) 2 vezes ao dia ou mais	()
3) pardo	()	3) 3 vezes por semana	()
4) amarelo	()	4) 1 vez por semana ou menos	()
5) indígena	()	Q9. Qual é o tipo de cerdas da sua escova?	
Q4. Estado civil:		1) macia	()
1) solteiro (a)	()	2) média	()
2) casado (a) ou coabitando (a)	()	3) dura	()
3) divorciado (a) ou separado (a)	()	Q10. Você usa fio dental?	
4) viúvo (a)	()	0) não uso	()
Q5. Ocupação:		1) sim, diariamente	()
1) desempregado	()	2) 3 vezes por semana	()
2) empregado formal (comércio, indústria, agricultura, serviços)	()	3) 1 vez por semana ou menos	()
3) empregado informal (conta-própria, manicure, etc.)	()	Q11. Quando foi última visita ao CD para tratamento?	
4) economicamente inativo (do lar, pensionista)	()	0) nunca visitei	()
5) aposentado (a)	()	1) há menos de um ano	()
Q6. Formação educacional:		2) há 1 ano	()
0) analfabeto	()	3) há mais de um ano	()
1) primeiro grau incompleto	()	4) não sei	()
2) primeiro grau completo	()	Q12. Você procura por um dentista, quando?	
3) segundo grau incompleto	()	1) para fazer um <i>check-up</i>	()
4) segundo grau completo	()	2) só quando tenho dor	()
5) superior incompleto	()	3) não tenho padrão regular, mas sempre que preciso	()
6) superior completo	()		

Para o estudo da validade, calcularam-se valores de sensibilidade (S) e especificidade (E), comparando-se o relato do paciente com o resultado do exame clínico feito pelo cirurgião-dentista (critério de validação), quanto à qualidade da higiene bucal percebida. Assim, para a condição “higiene bucal boa”, formou-se a categoria “ausência de doença” do estudo de validade. De modo semelhante, para representar a categoria “presença de doença”, agrupou-se a condição de “higiene bucal regular” e a de “higiene bucal ruim”. Neste estudo, a sensibilidade representou a capacidade do paciente de perceber presença de “doença”, ou seja, de higiene bucal ruim. A especificidade representou a capacidade de perceber a ausência de “doença”, ou seja, de presença de boa higiene bucal.

Previamente, o projeto foi julgado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP (protocolo n. 69/02) de acordo com a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, referente à participação de humanos em pesquisa.

Resultado

Numa descrição geral da amostra, pode-se observar que a média das idades foi 39 anos. Quanto ao sexo, 62,5% era composta por mulheres. Em relação à cor, a maior parte era composta por brancos (47,3%), seguida por pardos (42,7%), pretos (7,3%) e indígenas (2,7%). Quanto ao estado civil,

a maioria era casada ou vivendo em coabitação (74,5%). Considerando a ocupação: 38% possuíam emprego formal; 25,5%, emprego informal; 21,8%, eram desempregados; 13,6%, economicamente inativos; e 1%, aposentada. Em relação à escolaridade: 43,6% possuíam primeiro grau incompleto e 19% primeiro grau completo; 8,2% possuíam segundo grau incompleto e 22,7% completo; e 3,6% eram analfabetos. Cerca de 1,8% apresentou nível superior incompleto e 1% completo.

Quanto aos hábitos de higiene bucal, a maioria (93,5%) escovava os dentes duas vezes ou mais, diariamente; 5,5%, uma vez por dia; e 1% escovava três vezes por semana. A cerca da escova era macia para 43,7%; média para 40,8%; e 5,5% preferiam as cerdas duras. O uso de fio dental diário foi relatado em 22,7%, enquanto 31,8% faziam uso semanal e cerca de 45,5% nunca o utilizava.

Em relação ao motivo de visitas ao serviço odontológico, 68,2% só procuraram pelo cirurgião-dentista em caso de dor; 19% freqüentavam sem padrão regular; e 12,8% freqüentavam para *check up*.

Quanto à data da última visita ao dentista, 12,8% procuraram pelo tratamento no mínimo anual e 87,2% não procuraram pelo serviço ou haviam procurado há mais de 1 ano.

Para os resultados de reprodutibilidade e validade da autopercepção em higiene bucal, a Tabela 1 mostra os resultados da reprodutibilidade do auto-relato do paciente quanto à qualidade de sua higiene bucal, registrada como boa, regular ou ruim.

Pôde-se observar ótima reprodutibilidade da autopercepção ($\kappa = 0,82$), indicando que o relato do paciente sobre sua condição de higiene bucal é confiável. Isso pode ser comprovado também pelos altos valores de reprodutibilidade do intervalo de confiança ($IC_{95\%}: 0,97 - 0,66$).

A Tabela 2 indica os resultados da reprodutibilidade da avaliação clínica feita pelo cirurgião-dentista.

A reprodutibilidade da avaliação clínica foi considerada boa, tanto pelo valor por ponto ($\kappa = 0,70$), quanto pelo intervalo de confiança ($IC_{95\%}: 0,86 - 0,53$), e pôde ser utilizada como critério clínico de validação. Além disso, dado que houve reprodutibilidade de ambas as avaliações - autopercepção e exame clínico - realizou-se o estudo de validade.

Para o estudo de validade, tanto o primeiro como o segundo exame poderiam ser considerados na comparação de dados subjetivos com o exame clínico. Optou-se pelos dados obtidos no primeiro exame.

A Tabela 3 indica os resultados de validade da autopercepção em higiene bucal, frente ao critério clínico de validação.

A sensibilidade e a especificidade apresentaram valores semelhantes para a percepção da higiene bucal ruim ($S = 0,58$) e para higiene bucal boa ($E = 0,54$), com acurácia de 55%.

Tabela 1. Reprodutibilidade da autopercepção em higiene bucal dos voluntários, segundo duas avaliações em momentos distintos (Exame 1 e Exame 2). FOAr-UNESP, São Paulo, Brasil, 2007. (Po: proporção de concordância observada; Pe: proporção de concordância esperada; κ : valor de concordância por ponto; $IC_{95\%}$: valor de concordância por intervalo de 95% de confiança; s: desvio padrão; p: p-valor)

Exame 1 \ Exame 2	Autopercepção			
	Boa	Regular	Ruim	Total
Boa	51	3	-	54
Regular	4	42	1	47
Ruim	1	2	6	9
Total	56	47	7	110

Po = 0,90; Pe = 0,44; $\kappa = 0,82$ ($IC_{95\%}: 0,97-0,66$);
s = 0,079; p = 0,000

Tabela 2. Reprodutibilidade do exame clínico, segundo OHI-S, em dois momentos distintos (Exame 1 e Exame 2). FOAr-UNESP, São Paulo, Brasil, 2007. (Po: proporção de concordância observada; Pe: proporção de concordância esperada; κ : valor de concordância por ponto; $IC_{95\%}$: valor de concordância por intervalo de 95% de confiança; s: desvio padrão; p: p-valor)

Exame 1 \ Exame 2	Exame Clínico			
	Boa higiene	Higiene razoável	Higiene ruim	Total
Boa higiene	64	3	-	67
Higiene razoável	8	28	1	37
Higiene ruim	-	4	2	6
Total	72	35	3	110

Po = 0,85; Pe = 0,51; $\kappa = 0,70$ ($IC_{95\%}: 0,86 - 0,53$); s = 0,084;
p = 0,000

Tabela 3. Validade da autopercepção em higiene bucal em relação ao exame clínico (S: sensibilidade; E: especificidade), FOAr-UNESP, São Paulo, Brasil, 2007

Exame Clínico – OHI-S \ Autopercepção	Higiene Bucal		
	Ruim	Boa	Total
Ruim	25	31	56
Boa	18	36	54
Total	43	67	110

S = 0,58; E = 0,54; Acurácia = 0,55

Discussão

O estudo atual teve o objetivo de investigar a autopercepção de um grupo de adultos de 35 a 44 anos de idade, quanto aos hábitos e métodos de higiene bucal, bem como verificar a reprodutibilidade da autopercepção e do IHO-S.

Outro interesse foi avaliar a validade do auto-relato em higiene bucal frente à avaliação clínica do cirurgião-dentista, como medida diagnóstica.

Foi objetivo estudar a população adulta porque constitui a larga maioria da população que demanda por serviços odontológicos de natureza diversa e influencia, de modo decisivo, o comportamento de seus dependentes. Além disso, a faixa etária de 35 a 44 anos está enquadrada como um grupo padrão da Organização Mundial da Saúde²⁴.

Quanto à caracterização da amostra sobre o perfil de higiene bucal, pôde-se observar que mais de 90% dos adultos escovavam os dentes no mínimo duas vezes ao dia, mas em relação ao fio dental, a prática diária foi bem menos freqüente (22%). Os dados obtidos são semelhantes a estudo em população adulta, na qual 68% realizavam duas escovações diárias e 11%, uso de fio dental diário²⁵. Outro estudo, na Lituânia²⁶, mostrou uma freqüência de 33% de adultos de 35 a 44 anos com escovação igual a duas vezes ao dia e de 23% com uso de fio dental. Quanto ao uso de escovas com cerdas macias, a porcentagem de participantes que as utilizava foi pouco superior (3%) aos que preferiam escova de cerdas médias. Sabe-se que as cerdas macias são mais efetivas no controle e prevenção de doenças bucais²⁷ e, por isso, deveriam ser as mais utilizadas, embora isso não tenha sido verificado nesta investigação.

A freqüência de escovação e do uso de fio dental são variáveis importantes na predição do comportamento em prevenção do paciente¹, bem como o uso de serviços e os fatores socioeconômicos que parecem ser determinantes significativos de práticas de higiene bucal^{25,28,29}. No estudo atual, a utilização do serviço odontológico para a maioria (68%) ocorreu por motivo de dor. Estudo anterior também verificou alta porcentagem de indivíduos (76,5%) que só visitavam o dentista quando tinham dor¹⁵. No momento de busca pelo alívio, pouca interação é esperada entre paciente e cirurgião-dentista quanto à educação, instrução e controle de placa bacteriana. Foi relatado na literatura²⁶ que três quartos da população de 35 a 44 anos investigada indicou que o cirurgião-dentista preferiu “tratar de problemas” ao invés de “informar o paciente” sobre como prevenir doenças bucais.

Além disso, o auto-relato quanto às visitas ao dentista foi pouco freqüente para aproximadamente 87% dos examinados, o que vai ao encontro de achado anterior¹⁵, em que 75,4% não freqüentavam um dentista há mais de um ano.

Quanto à reprodutibilidade da avaliação clínica em higiene bucal, não se verificou estudo anterior, mas apenas o trabalho de Llewelyn, Addy³⁰ utilizando o índice de higiene oral de Greene, Vermillion²¹, porém com método de avaliação fotográfico não-clínico. Os resultados aqui obtidos mostraram que tanto a autopercepção, quanto o exame clínico, por meio do IHO-S, são métodos confiáveis, pois

levam à consistência das respostas quando investigados em momentos distintos de tempo.

Ao contrário do que se poderia imaginar, que um simples exame inicial da condição de higiene bucal pudesse interferir no comportamento em higiene bucal dos indivíduos no segundo exame clínico, não houve instabilidade da avaliação subjetiva e nem da avaliação clínica, dados os altos valores de reprodutibilidade por ponto e por intervalo de confiança obtidos no estudo atual. Além disso, sabe-se que o comportamento subjetivo de autocuidado em higiene bucal varia, entre outros fatores, em função da informação que o indivíduo possui associada com procedimentos de promoção da saúde, dieta apropriada, estilo de vida e conformidade de atitudes em direção ao aconselhamento e cuidado profissionais¹. Não foram feitos aconselhamentos e orientações no primeiro exame. Por isso, caso os participantes modificassem seu padrão de higiene bucal, sua tentativa seria embasada em seu conhecimento anterior, não modificado, não instruído e não representativo de uma estratégia de sucesso.

Outros estudos têm sido realizados quanto à reprodutibilidade de índices de placa tanto *in vitro*³¹ quanto *in vivo*³²⁻³⁵ com bons valores de concordância intra e inter-examinador. Entretanto, alguns desses modelos são *in vitro* ou ainda requerem o uso de análise de imagens, o que pode comprometer o rastreamento em condições de levantamento epidemiológico. O IHO-S apresenta vantagens de aplicação, por ser de fácil execução e por ser um método preciso e rápido na quantificação da qualidade da higiene bucal²¹, além de reprodutível, como mostrou o estudo atual.

O auto-relato apresentou-se como medida válida, além de reprodutível, para detectar a condição de higiene bucal, com acurácia de 55%, sensibilidade de 0,58 e especificidade de 0,54. Embora, em teoria, o ideal fosse que a sensibilidade e a especificidade atingissem valores próximos a 1,0 (100%), dificilmente são alcançados na prática. Assim, o resultado obtido foi considerado satisfatório, dada a característica do grupo aqui investigado, o qual não recebeu nenhuma orientação nem instrução, quanto a sua condição bucal durante o levantamento. Acredita-se que cabe ao pesquisador analisar se o resultado alcançado é satisfatório, pois não há um ponto de corte ideal que se possa arbitrar na análise de dados qualitativos³⁶. Além disso, a soma dos valores de sensibilidade e especificidade igual ou superior a 120% seria considerada aceitável, em termos de boa validade³⁷, que no estudo atual não atingiram, mas foram próximos a isso. Ainda, ao se considerar a subjetividade do diagnóstico de autopercepção, pode-se atribuir aos valores de 0,58 e 0,54 como de boa validade.

Esse fato colabora para que novas pesquisas sejam direcionadas a esta área, a fim de se conhecer a autopercepção entre os adultos, seja durante estudos de rastreamento em diferentes grupos, seja em estudos voltados para a instrução e educação em higiene oral, verificando-se o quanto a

abordagem subjetiva pode contribuir com a motivação diante dos cuidados a serem tomados, em que os participantes se tornam críticos de sua condição e interagem com o processo de diagnóstico-aprendizado.

O uso da avaliação clínica como critério de validação tem sido explorado em diversos estudos de saúde bucal, comparando-se medidas de autopercepção com a normativa do cirurgião-dentista^{2,10,11,12,38-43}.

O auto-relato pode ser válido na detecção da doença periodontal¹², problemas de saúde bucal¹³, condição dentária¹², número de próteses fixas e removíveis⁴², dentes presentes, restaurações e dentes tratados endodonticamente⁴¹. Por outro lado, tem sido sugerido que as pessoas tendem a subestimar suas necessidades de tratamento odontológico, com discrepância maior na área periodontal^{40,42,44}. Embora isso possa ocorrer, observou-se no presente estudo que, para a condição de higiene bucal, houve boa validade do diagnóstico subjetivo.

Acredita-se que medidas de autopercepção em saúde bucal possam ser aplicadas em estudos populacionais, reduzindo custo e tempo de execução, quando comparadas à avaliação clínica^{2,41}. Conseqüentemente, o uso de questionários e entrevistas de avaliação da autopercepção tem se tornado um método comum para coleta de dados diagnósticos e para realização de levantamentos de saúde bucal².

Ante os resultados obtidos, pode-se sugerir que outros grupos de adultos, com características semelhantes, apresentem boa autopercepção, possibilitando que a entrevista subjetiva capte o padrão de higiene bucal realmente presente, sem a necessidade do exame clínico. Esse rastreamento também proporciona que um maior número de pessoas seja incluído no levantamento de informações para posterior direcionamento das estratégias de promoção de saúde e de autocuidados. Com isso, os participantes podem analisar sua própria condição e interagir no processo de diagnóstico-aprendizado.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos pode-se concluir que a autopercepção em higiene bucal é uma medida reprodutível e válida, quando comparada com a avaliação clínica, e o Índice de Higiene Oral Simplificado mostrou-se uma medida clínica reprodutível.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processos 02/07615-6 e 03/07271-8, pelo apoio financeiro ao projeto.

Referências

- Rimondini L, Zolfanelli B, Bernardi F, Bez C. Self-preventive oral behavior in an Italian University student population. *J Clin Periodontol*. 2001;28:207-11.
- Vered Y, Sgan-Cohen HD. Self-perceived and clinically diagnosed dental and periodontal health status among young adults and their implications for epidemiological surveys. *BMC Oral Health*. 2003;3:3.
- Levy RL, Weinstein P, Milgrom P. Behavioral guidelines for plaque control programs. *Dental Hyg*. 1977;51:13-8.
- Weinstein P, Getz T. Preclinical laboratory course in dental behavioral science: changing human behavior. *J Dent Educ*. 1978;42:147-9.
- Nowjack-Raymer R, Ainamo J, Suomi JD, Kingman A, Driscoll WS, Brown LJ. Improved periodontal status through self-assessment. A 2-year longitudinal study in teenagers. *J Clin Periodontol*. 1995;22:603-8.
- Toassi RFC, Petry PC. Motivação no controle do biofilme dental e sangramento gengival em escolares. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:634-7.
- Syrjala AM, Knuutila ML, Syrjala LK. Self-efficacy perceptions in oral health behavior. *Acta Odontol Scand*. 2001;59:1-6.
- Silva DD, de Sousa ML, Wada RS. Autopercepção e condições de saúde bucal em uma população de idosos. *Cad Saúde Pública*. 2005;21:1251-9.
- Christen AG, Katz CA. Understanding human motivation. In: Harris NO, García-Godoy F, organizadores. *Primary preventive dentistry*. Connecticut: Appleton & Lange; 1999. p. 397-422.
- Unell L, Söderfeldt B, Halling A, Paulander J, Birkhed D. Oral disease, impairment, and illness: congruence between clinical and questionnaire findings. *Acta Odontol Scand*. 1997;55:127-32.
- Joshiyura KJ, Douglass CW, Garcia RI, Valachovic R, Willett WC. Validity of a self-reported periodontal disease measure. *J Public Health Dent*. 1996;56:205-12.
- Palmqvist S, Söderfeldt B, Arnbjerg D. Self-assessment of dental conditions: validity of a questionnaire. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1991;19:249-51.
- Brunswick AF, Nikias M. Dentist's ratings and adolescents' perceptions of oral health. *J Dent Res*. 1975;54:836-43.
- Pereira MG. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
- Wang QT, Wu ZF, Wu YF, Shu R, Pan YP, Xia JL. Epidemiology and preventive direction of periodontology in China. *J Clin Periodontol*. 2007;34:946-51.
- Vandana KL, Reddy MS. Assessment of periodontal status in dental fluorosis subjects using community periodontal index of treatment needs. *Indian J Dent Res*. 2007;18:67-71.
- Jin HL, Shu R, Yin YZ, Xie YF, Gu JJ, Ge LH, et al. A study on the state of periodontal health of 400 professional adults by random sampling in Shanghai. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue*. 2006;15:585-90.

18. Kumar M, Chandu GN, Shafiulla MD. Oral health status and treatment needs in institutionalized psychiatric patients: one year descriptive cross sectional study. *Indian J Dent Res.* 2006;17:171-7.
19. Oredugba FA, Savage KO. Comparative study of oral hygiene status of HbSS subjects and controls. *Afr J Med Med Sci.* 2004;33:127-30.
20. du Plessis JB. The oral health status in Mahonisi: a community with very low levels of dental caries. *SADJ.* 2000;55: 08-12.
21. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am Dent Assoc.* 1964;68:7-13.
22. Light RJ. Measures of response agreement for quantitative data: some generalizations and alternatives. *Psychol Bull.* 1971;76: 65-77.
23. Landis JR, Koch GG. An application of hierarchical kappa-type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics.* 1977;33:363-74.
24. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. Geneva: World Health Organization; 1997.
25. Christensen LB, Petersen PE, Krusturup U, Kjoller M. Self-reported oral hygiene practices among adults in Denmark. *Community Dent Health.* 2003;20:229-35.
26. Petersen PE, Aleksejuniene J, Christensen LB, Eriksen HM, Kalo I. Oral health behavior and attitudes of adults in Lithuania. *Acta Odontol Scand.* 2000;58:243-48.
27. Brothwell DJ, Jutai DK, Hawkins RJ. An update of mechanical oral hygiene practices: evidence-based recommendations for disease prevention. *J Can Dent Assoc.* 1998;64:295-306.
28. Fukai K, Takaesu Y, Maki Y. Gender differences in oral health behavior and general health habits in an adult population. *Bull Tokyo Dent Coll.* 1999;40:187-93.
29. Bradnock G, White DA, Nuttall NM, Morris AJ, Treasure ET, Pine CM. Dental attitudes and behaviours in 1998 and implications for the future. *Br Dent J.* 2001;190:228-32.
30. Llewelyn J, Addy M. A photographic method for the assessment of examiner accuracy and variability for the scoring criteria of the debris index. *J Periodontol.* 1979;50:84-9.
31. Dababneh RH, Khouri AT, Smith RG, Addy M. Correlation and examiner agreement between a new method of plaque scoring and a popular established plaque index, modelled in vitro. *J Clin Periodontol.* 2002;29:1107-11.
32. Smith RN, Brook AH, Elcock C. The quantification of dental plaque using an image analysis system: reliability and validation. *J Clin Periodontol.* 2001;28: 1158-62.
33. Smith RN, Rawlinson A, Lath D, Elcock C, Walsh TF, Brook AH. Quantification of dental plaque on lingual tooth surfaces using image analysis: reliability and validation. *J Clin Periodontol.* 2004;31:569-73.
34. Dombret B, Matthijs S, Sabzevar MM. Interexaminer reproducibility of ordinal and interval-scaled plaque indices. *J Clin Periodontol.* 2003; 30:630-5.
35. Matthijs S, Sabzevar MM, Adriaens PA. Intra-examiner reproducibility of 4 dental 25-plaque indices. *J Clin Periodontol.* 2001;28:250-4.
36. Pereira JCR. Processamento e análise de variáveis qualitativas. In: Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais.* São Paulo: EDUSP/Fapesp; 2004. p. 77-100.
37. Blicher B, Joshipura K, Eke P. Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. *J Dent Res.* 2005;84:881-90.
38. Gilbert GH, Duncan RP, Kulley AM. Validity of self-reports tooth counts during a telephone screening interview. *J Public Health Dent.* 1997;57:176-80.
39. Cruz GD, Galvis DL, Kim M, Le-Geros RZ, Barrow SY, Tavares M, et al. Self-perceived oral health among three subgroups of Asian-Americans in New York City: a preliminary study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29:99-106.
40. Gilbert AD, Nuttall NM. Self-reporting of periodontal health status. *Br Dent J.* 1999;186:241-4.
41. Pitiphat W, Garcia RI, Douglass CW, Joshipura KJ. Validation of self-reported oral health measures. *J Public Health Dent.* 2002;62:122-8.
42. Buhlin K, Gustafsson A, Andersson K, Hakansson J, Klinge B. Validity and limitations of self-reported periodontal health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30:431-7.
43. Lundegren N, Axtelius B, Håkansson J, Åkerman S. Dental treatment need among 20 to 25-year-old Swedes: discrepancy between subjective and objective need. *Acta Odontol Scand.* 2004;62:91-6.
44. Tervonen T, Knuutila M. Awareness of dental disorders and discrepancy between "objective" and "subjective" dental treatment needs. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1988;16:345-8.

Recebido: 26/10/2007

Aceito: 26/04/2008

