

Fatores associados às alterações periodontais na faixa etária de 15 a 19 anos avaliadas pelo maior escore de Índice Periodontal Comunitário

Autor: Julia Predebbon Bastiani
Orientador: Prof. Álvaro Vigo

Porto Alegre, 15 de Julho de 2010.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Matemática
Departamento de Estatística

Fatores associados às alterações periodontais
na faixa etária de 15 a 19 anos avaliadas pelo
maior escore de Índice Periodontal
Comunitário

Autor: Julia Predebbon Bastiani

Monografia apresentada para obtenção
do grau de Bacharel em Estatística.

Banca Examinadora:
Professora Msc. Vanessa Bielefeldt Leotti

Porto Alegre, 15 de Julho de 2010.

“A satisfação está no esforço e não apenas na realização final.”

Mahatma Gandhi

Agradecimentos

Em primeiro lugar, sou grata à minha família, cujo suporte e apoio incondicional foram fundamentais durante a minha passagem pela Universidade.

Faço um agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Dr. Álvaro Vigo, incansável e sempre muito solícito durante todo o período de confecção deste trabalho de conclusão.

Também não poderia deixar de mencionar o apoio que sempre recebi dos amigos e colegas durante o curso.

Por último, gostaria de agradecer à UFRGS, que me proporcionou todas as condições para uma rica e proveitosa experiência acadêmica.

Resumo

Doença periodontal é uma infecção inflamatória da gengiva, ocasionada basicamente pelo acúmulo excessivo de placa bacteriana e que pode levar à reabsorção do osso que está ao redor das raízes dos dentes. As prevalências de doença periodontal e fatores associados ainda são pouco conhecidos na população brasileira. Neste trabalho analisamos dados coletados no Projeto SB Brasil 2003 para identificar fatores de risco para a doença periodontal na faixa etária de 15 a 19 anos, totalizando 16.780 indivíduos. A prevalência de doença periodontal no Brasil para esta faixa etária foi estimada em 1,3% (IC 95%: 1,17–1,52). A ocorrência de doença periodontal está associada com indivíduos de origem étnica indígena (RC=4,0; IC95%: 1,74-8,85), negra (RC=2,2; IC95%: 1,47-3,37) e parda (RC=1,4; IC95%: 1,04-1,99) em relação aos brancos; com grau de impacto estético da dentição definido (RC=1,5; IC95%: 1,04-2,14) e muito severo/incapacitante (RC=1,9; IC95%: 1,37-2,68) em relação à sem anormalidade; com o aumento no percentual de componente perdido (RC=1,1; IC95%: 1,01-1,13); renda familiar (RC=1,5; IC95%: 1,06-1,96), aumento na idade (RC=1,2; IC95%: 1,13-1,36) e aumento na escolaridade (RC=0,9; IC95%: 0,87-0,95).

Palavras-chave: doença periodontal, fatores de risco, SB Brasil 2003, regressão logística, índice periodontal comunitário - CPI

Sumário

1 Introdução.....	8
2 Justificativa.....	11
3 Objetivo.....	11
4 Métodos.....	11
5 Resultados.....	13
6 Discussão.....	14
Referências Bibliográficas.....	15

Fatores associados às alterações periodontais na faixa etária de 15 a 19 anos avaliadas pelo maior escore de Índice Periodontal Comunitário[†]

Julia Predebbon Bastiani¹

Luiz César da Costa Filho²

Álvaro Vigo^{3,4}

¹ Aluna do Curso de Bacharelado em Estatística, Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Departamento Clínico, Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

³ Departamento de Estatística, Instituto de Matemática, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁴ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

[†] Manuscrito a ser submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia após revisão dos autores.

Correspondência: Prof. Álvaro Vigo, Departamento de Estatística, UFRGS, Av. Bento Gonçalves, 9500, Prédio 43-111, Bairro Agronomia, 91509-900, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Telefone: + 55 51 3308-6209 FAX: + 55 51 3308-7301

E-mail: Alvaro.Vigo@ufrgs.br

Número de palavras: Resumo: 193; Texto: 2116 + 2 tabelas

1 Introdução

Doença periodontal é uma infecção inflamatória da gengiva, ocasionada basicamente pelo acúmulo excessivo de placa bacteriana e que pode levar à reabsorção do osso que está ao redor das raízes dos dentes. Em caráter crônico, ela pode ocasionar a perda dos mesmos, pois o comprometimento e a destruição destas estruturas colaboram para a formação de bolsas periodontais que levam à mobilidade dentária ¹.

As doenças periodontais são normalmente classificadas como gengivite ou periodontite. A gengivite é a mais comum das doenças periodontais, e pode acometer a qualquer um, contanto que haja acúmulo suficiente de placa bacteriana para tal, mas não há alteração óssea, pois a inflamação só atinge a gengiva. Ela se caracteriza pela vermelhidão e eventuais sangramentos da gengiva. Quando não tratada, a gengivite pode progredir para periodontite, que é a forma mais severa da doença, podendo ocasionar a destruição dos ossos, gengiva e tecido conectivo que seguram os dentes. Os dentes podem ficar moles e precisar ser extraídos ^{1,2}.

Pessoas diabéticas, fumantes e imunossuprimidas possuem maior tendência a desenvolver doença periodontal. Sua ocorrência também está associada a baixas condições socioeconômicas, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, alcoolismo, dieta rica em carboidratos e higiene bucal deficiente ^{1,2,3}.

Em estágio inicial, a doença periodontal pode ser tratada apenas com a raspagem da placa bacteriana grudada nos dentes. Em fases mais avançadas, no entanto, se faz necessária até mesmo uma intervenção cirúrgica no paciente ^{1,2}.

Para se evitar as doenças periodontais é imprescindível manter os dentes e a boca sempre limpos e higienizados, além de visitar um dentista regularmente ^{1,2}.

Diversas formas da doença podem acometer pessoas adultas e idosas, como também é observado o predomínio de uma forma reversível da doença em pessoas mais jovens ⁴.

A gravidade e a frequência da doença aumentam com a idade, que por si só não é um fator de risco bem definido à doença periodontal, mas sabe-se que os quadros graves normalmente são mais observados em pessoas com mais idade, talvez pelo efeito cumulativo da destruição periodontal ⁴.

Indivíduos do sexo masculino também tendem a exibir quadros mais graves de doença periodontal, possivelmente por um provável protetor hormonal do sexo feminino e também pelo fato de que, em tese, as mulheres cuidam melhor e com maior regularidade de sua saúde ⁴.

A escolaridade é outro componente importante relacionado à saúde bucal. Níveis elevados de escolaridade estão em geral associados a melhores condições de habitação e trabalho, de renda e de posição sócio-econômica. Porém, identificar informações sobre renda é mais difícil do que identificar o grau de escolaridade. Isso dificulta a análise sobre a renda dos familiares e das pessoas próximas, pois nem toda a disponibilidade de recursos financeiros é auferida sob a forma de renda e os montantes declarados variam ao longo do tempo com maior inconstância que o nível de instrução ⁵.

Os fatores socioeconômicos têm grande influência na incidência de doença periodontal. Populações em situação de risco social tendem a apresentar maiores índices de casos, visto que dispõem de menos recursos para custear a manutenção da higiene bucal de maneira satisfatória, que associado ao baixo nível de instrução limita a procura por serviços de saúde ^{4,6}.

A desigualdade social afeta a condição de saúde bucal e necessita ser mais bem avaliada e explorada, visando o monitoramento e a prevenção da doença. Informações de estudos epidemiológicos em adultos jovens são importantes para saber como a doença se desenvolve em todas as idades, para planejar a expansão dos serviços para outros grupos e delinear programas de prevenção ^{4,7}.

Nos países menos desenvolvidos prevenir e controlar este problema são um desafio e, por tudo isso, se faz necessário implantar programas preventivos personalizados que sejam capazes de evitar o desenvolvimento e agravamento da doença periodontal ^{8,9}.

Atualmente, a doença periodontal em estado crônico é considerada um dos grandes problemas de saúde pública, sendo observadas altas prevalências tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento ^{4, 10, 11, 12}.

Em 1986, um estudo realizado em zonas urbanas do Brasil reportou que a porcentagem de pessoas com periodonto saudável foi de apenas 28% na faixa etária de 15 a 19 anos, de 15% entre 35 e 39 anos e 4% entre 60 e 64 anos. No grupo de 35 a 44 anos, 72% das pessoas eram sadias ou apresentavam sinais iniciais da doença, 21,5% tinham bolsas moderadas e 6,5% bolsas profundas. Em todas as faixas etárias os problemas de saúde periodontal foram mais graves entre os mais pobres ⁴.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos 82% dos adolescentes e 75% dos adultos apresentaram gengivite e 35% dos indivíduos com idade maior ou igual a 30 anos apresentaram periodontite ¹³.

Um aspecto importante a ser considerado é a ausência de consenso na literatura quanto à definição de critérios para a doença, tornando limitada a comparação de resultados entre a realidade brasileira e mundial ¹⁴.

Em 1999 o Ministério da saúde começou o planejamento de um estudo transversal, denominado Projeto SB Brasil 2003, que teve como objetivo produzir informações sobre as condições de saúde bucal da população brasileira. Também teve como objetivo subsidiar o planejamento/avaliação de ações nessa área do Sistema Único de Saúde, a criação e manutenção de uma base de dados eletrônica relativa aos principais problemas nesse campo, contribuindo na estruturação de um sistema nacional de vigilância

epidemiológica em saúde bucal. Foram avaliados os principais agravos em diferentes grupos etários, incluindo a população urbana e a rural ¹⁵.

2 Justificativa

O Projeto SB Brasil 2003 fez descrição das características da saúde bucal para a população brasileira, mas os dados ainda foram pouco explorados para estudar associações com desfechos sobre saúde bucal, particularmente sobre doença periodontal na população brasileira de adolescentes.

3 Objetivo

Identificar fatores associados às alterações periodontais na faixa etária de 15 a 19 anos da população brasileira utilizando dados do Projeto SB Brasil 2003.

4 Métodos

Neste artigo são analisados os dados da faixa etária de 15 a 19 anos do Estudo SB Brasil 2003, totalizando 16.780 indivíduos. A seleção dos indivíduos considerou um amostragem probabilística por conglomerados em três estágios, permitindo a produção de inferências para cada uma das macrorregiões brasileiras, por porte do município e para cada idade ou grupo etário, sendo o Brasil a população de referência ¹⁵. Detalhes do desenho amostral e da execução do estudo podem ser encontrados no manual do examinador ¹⁶ e no relatório dos resultados principais do estudo ¹⁵.

Para respeitar a diversidade do país, foi previsto um delineamento para permitir a desagregação dos dados, resultando na primeira pré-estratificação, que se refere às cinco macrorregiões e dentro de cada macrorregião, os municípios foram subdivididos em 5 categorias de acordo com o número de habitantes, compondo o segundo nível de pré-

estratificação. Em cada uma dessas categorias foram sorteados dez municípios, totalizando 250 municípios na amostra ¹⁵.

A presença de doença periodontal foi avaliada através do maior escore do *Índice Periodontal Comunitário* (CPI) ¹⁶. Este índice permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa. O exame é realizado utilizando sonda específica, denominada sonda CPI, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5 mm e 11,5 mm da ponta do instrumento. Estas particularidades permitem ao examinador uma melhor visualização da profundidade das bolsas periodontais durante o exame ^{17, 18}.

A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. Para que o exame possa ser realizado há a necessidade de pelo menos dois dentes em condições de exame, ou seja, sem indicação de exodontia (por exemplo, comprometimento de furca, mobilidade, etc.). Sem isso, o sextante é cancelado (quando há, por exemplo, um único dente presente) ^{17, 18}.

Pelo menos seis pontos são examinados em cada um dos dez dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal ^{17,18}. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia). O tempo total para este exame não deveria ultrapassar dois minutos, segundo recomendações da OMS ^{17,18}.

Na modelagem o desfecho dicotômico foi definido como o maior escore de CPI igual ou superior a 3 (isto é, presença de bolsa igual ou superior a 4 mm) versus o maior

escore de CPI inferior a 3 (ou seja, presença de sextante hígido, com sangramento ou cálculo).

Os fatores investigados foram sexo, idade, escolaridade, grupo étnico (branco, amarelo, indígena, negro, pardo), localização geográfica (urbana x rural), percentual de componente perdido, renda familiar (maior ou igual a dois salários mínimos x menor de dois salários mínimos), moradia própria (não x sim), ida ao dentista ao menos uma vez na vida (sim x não), classificação DAI (índice de estética dental, categorizada por sem anormalidade, definida, severa, muito severa/incapacitante).

Como a prevalência de doença periodontal foi baixa, as associações entre os preditores e o desfecho dicotômico foram estimadas pelo modelo de regressão logística utilizando o programa PASW Statistics, versão 18.0. As variáveis significativas ao nível de 20% nos modelos univariável foram incluídas no modelo multivariável inicial, sendo excluídas uma a uma aquelas com valor p igual ou superior a 5%, até chegar ao modelo final.

5 Resultados

A prevalência de doença periodontal no Brasil na faixa etária de 15 a 19 anos foi estimada em 1,3% (IC 95%: 1,17 – 1,52). A Tabela 1 descreve a distribuição da amostra quanto aos fatores estudados, separadamente para jovens com e sem doença periodontal. A média de componentes perdidos e de idade foi maior para indivíduos com doença periodontal e a proporção de pessoas brancas é menor entre as que possuem a doença. O percentual de indivíduos que não apresentam nenhuma anormalidade pela classificação DAI é menor para quem não tem doença periodontal do que entre os portadores da doença. A doença periodontal é mais freqüente em pessoas com renda familiar inferior a 2 salários mínimos.

A Tabela 2 apresenta as razões de chances e correspondentes intervalos com 95% de confiança estimados pelo modelo univariável e multivariável. A ocorrência de doença periodontal está associada com indivíduos de origem étnica indígena, negra e parda em relação aos brancos; com grau de impacto estético da dentição definido e muito severo/incapacitante em relação à sem anormalidade; com o aumento no percentual de componente perdido; menor renda familiar; aumento na idade e aumento de escolaridade. No modelo multivariável não houve associação com sexo, localização geográfica (urbana x rural), posse de moradia própria (não x sim) e ter ido ao dentista ao menos uma vez na vida (sim x não).

6 Discussão

No Estudo SB Brasil a prevalência de doença periodontal em jovens de 15 a 19 anos foi estimada em 1,3%, como já havia sido reportado por Nuto et al. ¹⁹. Os fatores associados à ocorrência de doença periodontal (grupo étnico, classificação DAI, componente perdido, renda familiar, idade e escolaridade) potencialmente refletem as condições socioeconômicas dos indivíduos e suas famílias.

No estudo realizado por Kato Segundo et al. ¹⁰, em uma comunidade negra de Minas Gerais, a ocorrência da doença periodontal (profundidade de sondagem ≥ 4 mm) na faixa de 13 a 20 anos foi de 26,5%. A escolaridade e a faixa etária apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença da doença periodontal, consistente com os resultados do presente estudo. Similarmente, os referidos autores não encontraram associação significativa com sexo e ter ido ao dentista.

Pion et al. ¹⁴ estudaram um subgrupo da população de Guarulhos, SP, com idade entre 10 e 76 anos e também encontraram associações entre ocorrência de doença periodontal e o aumento da idade e a condição socioeconômica. A análise entre os sexos não demonstrou diferenças com significância estatística em relação à condição periodontal.

Barilli ⁴ não observou diferenças de gravidade das doenças periodontais de acordo com os grupos etários estudados, mas atribui essa falta de associação ao pequeno tamanho amostral.

Apesar de estudos a respeito das condições periodontais ainda serem escassos no país, eles têm demonstrado que gengivite e periodontite apresentam as maiores prevalências em populações com os piores indicadores socioeconômicos ⁸.

Uma potencial limitação deste estudo é que as razões de prevalências foram estimadas de forma aproximada pelas razões de chances do modelo logístico, porém essas discrepâncias não devem ser muito grandes, haja vista que a prevalência de doença periodontal é baixa na população.

Referências Bibliográficas

1. Doença Periodontal. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Doença_periodontal. [Acessado em 5 de maio de 2010].
2. Matiello AN. Doença Periodontal. Disponível em <http://www.saudevidaonline.com.br/odontonline/gengi1.htm>. [Acessado em 05/04/2010].
3. Coelho JMF, Gomes Filho IS, Santos CAST, Marques Neto J, Viana MIP, Cruz SS, Sarmiento VA. Doença Periodontal e Doença Cardiovascular – Um Estudo Piloto. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2005; 29(2): 251-261.
4. Barilli ALA. *Prevalência das doenças periodontais em pacientes com doença isquêmica coronariana aterosclerótica, em hospital universitário*. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 2003.
5. Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zange SE, Antunes JLF. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(3): 673-678.

6. Gesser HC. A doença periodontal e o fumo. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=135>. [Acessado em 20 de junho 2010].
7. Gonçalves ER, Peres MA, Marcenes, W. Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(3): 699-706.
8. Moreira AL, Vianna MIP, Cangussu MIT. Condições periodontais associadas aos fatores socioeconômicos na população adulta em Salvador (BA) 2005. *R. Ci. méd. biol.* 2007; 6(1): 39-46.
9. Souza CH, Araújo IC, Araújo MVA, Teixeira, TS. Estudo da Prevalência da Doença Periodontal em Adolescentes na Cidade de Belém do Pará. Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=641>. [Acessado em 17 de junho de 2010].
10. Kato Segundo T, Ferreira EF, Costa JE. A doença periodontal na comunidade negra dos Arturo's, Contagem, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(2): 596-603.
11. Bezerra MG, Emerenciano ALS, Seabra BGM, Seabra FRG. Avaliação do hábito de fumar como fator de risco para doença periodontal. *Rev Bra Patologia Oral* 2003; 2(3): 18-21.
12. Marin C, Ramos FK, Zanatta GB, Bottan ER. Avaliação do nível de informações sobre doenças periodontais dos pacientes em tratamento na Clínica de Periodontia da Univali. *Revista Sul-Brasileira de Odontologia* 2008; 5(3): 20-26.
13. Vieira CLZ. *Relação entre doenças periodontais e aterosclerose subclínica em indivíduos com hipercolesterolemia familiar*. [Dissertação de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
14. Pion FLB, Araújo MWB, Feres M, Cortelli SC. Condição periodontal de um subgrupo populacional do município de Guarulhos, SP. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2006; 9(3): 335-345.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004d. Disponível em http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf. [Acessado em 05 de abril de 2010].

16. BRASIL, Ministério da Saúde, Projeto SB Brasil: condições da saúde bucal da população brasileira no ano 2000: manual do examinador. Secretaria Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condSB_man_exam.pdf. [Acessado em 21 de junho de 2010].
17. Teixeira DSC. Condições de saúde bucal dos idosos moradores no Município de São Paulo em 2006. [Dissertação de Pós-Graduação] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
18. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal na Cidade de São Paulo, 2008. Manual do Examinador. Secretaria Municipal da Saúde. Setembro/2008. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudebucal/ManualExaminador_final.pdf. [Acessado em 19 de junho 2010].
19. Nuto, SAS, Nations MK, Costa ICC. Aspectos culturais na compreensão da periodontite crônica: um estudo qualitativo. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(3): 681-690.

Tabela 1 – Distribuição da amostra de pessoas com e sem doença periodontal segundo preditores estudados.

Preditor	Doença Periodontal (Média (EP) ou n(%))	
	Não (n=16554 (98,7%))	Sim (n=226 (1,3%))
Idade	16,8 (0,01)	17,2 (0,10)
Componente Perdido	0,9 (0,01)	1,6 (0,18)
Escolaridade	8,0 (0,02)	7,0 (0,20)
Grupo Étnico		
Branco	6986 (42,3)	63 (28,0)
Amarelo	495 (3,0)	4 (1,8)
Indígena	160 (1,0)	7 (3,1)
Negro	1644 (10,0)	39 (17,3)
Pardo	7233 (43,8)	112 (49,8)
Classificação DAI		
Sem anormalidade	7769 (46,9)	79 (35,0)
Definida	3384 (20,4)	50 (22,1)
Severa	2329 (14,1)	29 (12,8)
Muito severa/incapacitante	3072 (18,6)	68 (30,1)
Renda Familiar		
≥ 2 SM	7103 (42,9)	65 (28,8)
< 2 SM	9451 (57,1)	161 (71,2)
Sexo		
Feminino	9659 (58,3)	130 (57,5)
Masculino	6895 (41,7)	96 (42,5)
Localização Geográfica		
Urbana	14336 (86,7)	184 (81,4)
Rural	2198 (13,3)	42 (18,6)
Moradia Própria		
Não	3040 (18,6)	51 (22,6)
Sim	13331 (81,4)	175 (77,4)
Dentista		
Sim	14203 (86,6)	188 (83,2)
Não	2194 (13,4)	38 (16,8)

Tabela 2 – Razão de chances e intervalo de confiança 95% no modelo univariável e multivariável segundo preditores estudados.

Preditor	Univariável		Multivariável	
	RC	IC95%	RC	IC95%
Grupo Étnico				
Branca	1	-	1	-
Amarela	0,9	0,33 – 2,47	0,9	0,33 – 2,52
Indígena	4,9	2,19 – 10,76	4,0	1,74 – 8,85
Negra	2,6	1,76 – 3,94	2,2	1,47 – 3,37
Parda	1,7	1,26 – 2,34	1,4	1,04 – 1,99
Classificação DAI				
Sem anormalidade	1	-	1	-
Definida	1,5	1,02 – 2,08	1,5	1,04 – 2,14
Severa	1,2	0,80 – 1,88	1,3	0,83 – 1,97
Muito	2,2	1,57 – 3,02	1,9	1,37 – 2,68
% Componente perdido	1,1	1,09 – 1,19	1,1	1,01 – 1,13
Renda Familiar				
≥ 2 SM	1	-	1	-
< 2 SM	1,9	1,39 – 2,49	1,5	1,06 – 1,96
Idade	1,2	1,14 – 1,36	1,2	1,13 – 1,36
Escolaridade (acrécimo)	0,9	0,85 – 0,93	0,9	0,87 – 0,95
Sexo				
Feminino	1	-	-	-
Masculino	1,0	0,79 – 1,35	-	-
Localização geográfica				
Urbana	1	-	-	-
Rural	1,5	1,06 – 2,09	-	-
Moradia				
Sim	1	-	-	-
Não	0,8	0,57 – 1,07	-	-
Dentista				
Sim	1	-	-	-
Não	0,8	0,54 – 1,09	-	-