

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Odontologia

Curso de Graduação em Odontologia

Ana Laura Schappo

**Trajetórias de Saúde Bucal Autoavaliada e Fatores Socioeconômicos
e Demográficos em Florianópolis.**

Florianópolis

2017

Ana Laura Schappo

**Trajetórias de Saúde Bucal Autoavaliada e Fatores Socioeconômicos
e Demográficos em Florianópolis.**

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito obrigatório para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientador: Prof. Antonio Fernando Boing

Coorientador: Prof. João Luiz Dornelles Bastos

Florianópolis

2017

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do Título de Cirurgião-Dentista, e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 16 de maio de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Eleonora D'Orsi
Universidade Federal de Santa Catarina

Profª Drª Daniela Alba Nickel
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho à pessoa que me serve de inspiração e exemplo, minha avó Dalila *in memoriam*.

AGRADECIMENTOS

Dedico o primeiro agradecimento as pessoas mais importantes da minha vida, minha mãe Leamar e meu pai Claudemir. Vocês foram as pessoas que me deram todo o suporte para concluir esse curso, sendo sempre meus maiores incentivadores. Nunca me deixaram faltar amor, carinho e atenção quando precisei. São vocês os responsáveis pela minha educação. Devo tudo a vocês, sem o apoio de vocês eu jamais teria conseguido. A vocês dedico o meu eterno amor e agradecimento.

Meus irmãos, Pablo e Luiz Eduardo, vocês fazem parte dessa conquista. Como irmãos mais velhos, sigo me espelhando em vocês; e espero um dia ser metade de tudo que vocês são. Admiro muito vocês. Obrigada pelo zelo e cuidado que dedicam a mim. Amo vocês!

Família, vocês foram o suporte que eu tive em todos os momentos, sejam eles bons ou ruins. Obrigada por acreditarem em mim, e terem sempre palavras de consolo e incentivo. Avôs, avós, tios, tias, primos, primas e agregados vocês fazem parte de tudo isso. Que continuemos sendo uma família linda, que sabe o quão forte é a palavra união.

Vó Dalila, de onde quer que a Senhora esteja, espero que esteja orgulhosa de mim. Só eu sei a falta que seus abraços me fazem.

Dindos, obrigada por atuarem como segundos pais em minha vida. Tenho um apreço imenso por vocês.

Thiago, obrigada por ter me trazido paz de espírito, amor e felicidades. Obrigada por todas as cobranças, ajuda e paciência. Com você, concluir esse trabalho se tornou algo mais leve. E, sim, todos os meus dias são os mais felizes, graças a você. “Meu querido espírito, hoje é o dia mais feliz da minha vida!”

João, só tenho a te agradecer por toda a paciência, compreensão e ensinamentos a mim passados. Fico contente em saber que conseguimos trabalhar juntos. Boing, obrigada por acreditar no meu trabalho, pela contribuição e por ser sempre tão solícito a ajudar.

Amigos, obrigada por ouvirem meus desabafos, angústias e indecisões. O carinho de vocês foi fundamental nessa caminhada. Cada abraço amigo me fez ter forças pra continuar. Morgana, Jéssica, Ana Clara, Ana Paula, Luine, Juliany, Pâmela, Fernando, Maíra, Luiza, vocês são muito especiais!

Colegas, acho que vocês são os maiores merecedores desse agradecimento. Somente nós sabemos o que passamos durante esses 5 anos em que a faculdade se tornou nosso segundo lar. Vivemos tantos momentos alegres e tristes, e sempre estivemos juntos, comemorando as vitórias e nos apoiando nas derrotas. Tenho orgulho de saber que, além de colegas, agora, coleciono amigos. Então, o que me resta é apenas a saudade por saber que não os terei mais no meu dia-a-dia. Vocês ficarão guardados em meu coração!

Minha dupla, Juliany, agradeço por todo crescimento que tivemos juntas. Somos tão diferentes e, mesmo assim, conseguimos construir uma amizade tão bonita. Que teu caminho seja repleto de conquistas e realizações. Vou torcer muito por ti, sempre!

Professores, agradeço aos bons que tive. Os quais se dedicaram e repassam seus conhecimentos da melhor maneira possível. Vocês deixaram um pedacinho de vocês em mim. Obrigada pelo aprendizado!

Por fim, gostaria de agradecer a Universidade Federal de Santa Catarina por me proporcionar tantos momentos bons e experiências únicas. Aqui, conheci pessoas e culturas com diferentes pensamentos. Tive a oportunidade de construir e desconstruir tantas opiniões. Assim, aprendi a ver o mundo de uma maneira mais ampla, a tratar as pessoas com mais empatia e, o mais importante, a ter respeito pelo próximo. Levarei para sempre os momentos aqui vividos.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a mudança na percepção de saúde bucal e sua relação com fatores socioeconômicos e demográficos. Trata-se de uma análise prospectiva de dados, obtidos por meio do estudo longitudinal EpiFloripa Adulto, realizado com um intervalo de dois anos, que buscou retratar as condições de vida e saúde da população adulta de Florianópolis. Os resultados encontrados mostram que no que se refere as mudanças na avaliação em saúde bucal, 23,3% dos participantes consideram sua saúde bucal melhorou, em contra posição, 5,6% acreditam que sua saúde bucal piorou. No entanto, dentre as quatro variáveis analisadas, os resultados encontrados demonstram que apenas a variável gênero não possui comparação de proporções com as mudanças de avaliação em saúde bucal, enquanto as outras três – faixa etária, renda e escolaridade – estão associadas com o desfecho de formas variadas. As comparações de proporções com a variável faixa etária demonstrou que os jovens tendem a avaliar melhor a saúde bucal, no que se refere a renda, os indivíduos com maior poder aquisitivo tendem a avaliar positivamente a saúde bucal, já quanto ao nível de escolaridade tem-se que quanto maior o nível de escolaridade, melhor tendeu a ser a avaliação de saúde bucal – levando-se em consideração tanto a condição originaria quanto às mudanças ocorridas.

Palavras-chave: autoavaliação; saúde bucal; fatores socioeconômicos; indicadores demográficos, estudos longitudinais.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the change in the perception of oral health and its relationship with socioeconomic and demographic factors. This is a prospective analysis of data obtained through the longitudinal study EpiFloripa Adult, performed with an interval of two years, which sought to portray the conditions of life and health of the adult population in Florianopolis. The results found show that in regard to the changes in the assessment of oral health, 23,3% of the participants consider their oral health has improved, against 5,6% that believe their oral health has deteriorated. However, among the four analyzed variables, the results found show that only the variable gender has no association with the changes of the evaluation in oral health care, while the other three – age, income, and education – are associated with the outcome of various forms. The association with the variable age showed that young people tend to better assess the oral health. About income, individuals with higher purchasing power tend to positively evaluate the oral health. Concerning the level of education, how much higher the level of scholarship, the better it tended to be the evaluation of oral health – taking into consideration both the original condition and the changes that have occurred.

Key-words: self-assessment; oral health; socioeconomic factor; demographic indicators; longitudinal studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos participantes do EpiFloripa em 2009 ($n = 1720$), 2012 ($n = 1207$) e 2014 ($n = 850$). Florianópolis, Santa Catarina.

Tabela 2. Prevalência da autoavaliação positiva em saúde bucal dos participantes do EpiFloripa 2012 ($n = 1207$) e 2014 ($n = 850$). *Florianópolis, Santa Catarina.*

Tabela 3. Mudança na autoavaliação em saúde bucal entre os participantes do EpiFloripa. Florianópolis, Santa Catarina.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESB	Equipe de Saúde Bucal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDA	Personal Digital Assistant
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidades Primárias de Amostragem
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1 Autoavaliação em saúde geral e bucal	15
2.2 Autoavaliação em saúde bucal em estudos epidemiológicos	16
2.3 Estudos epidemiológicos sobre a autoavaliação em saúde bucal conduzidos no Brasil	17
3. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4. MATERIAL E MÉTODO	20
4.1 O Estudo EpiFloripa	20
4.2 Seleção da Amostra	20
4.3 O Questionário	21
4.4 Variáveis do Estudo	21
4.5 Análise dos Dados	23
4.6 Questões Éticas	23
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSSÃO	30
7. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE	40
Apêndice A – Documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos	40
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	41
Apêndice C – Questionário	42

1. INTRODUÇÃO

Um indicador amplamente utilizado na área de Saúde Coletiva e obtido por meio de medidas de percepção individual da própria saúde consiste naquele denominado por *autoavaliação da saúde*¹. No âmbito de saúde bucal, a autopercepção é uma medida multidimensional, que reflete a experiência subjetiva dos indivíduos sobre seu bem-estar funcional, social e psicológico, e, frequentemente, determina a busca por atendimento odontológico². Além disso, trata-se uma medida que sintetiza a condição objetiva e subjetiva da saúde bucal, a sua funcionalidade e os valores sociais e culturais relacionados à mesma³.

Há crescente interesse em se estudar a autopercepção de saúde bucal, como forma de complementar e transcender as informações obtidas a partir de indicadores clínicos ou normativos. Tal interesse se baseia no entendimento de que o uso exclusivo de indicadores clínicos na constituição de diagnósticos populacionais de saúde limita a avaliação das necessidades da área⁴. A própria literatura demonstra diferenças entre a necessidade de tratamento expressa pelo cirurgião-dentista e aquela referida pelo paciente. Alguns autores sugerem que as diferenças entre percepção de saúde bucal e o que demonstram os indicadores clínicos pode ser a principal razão para os indivíduos não procurarem assistência para cuidados em saúde bucal, mesmo quando o acesso aos serviços está disponível⁵.

Assim, as avaliações realizadas por meio da autopercepção são de grande importância para os profissionais da saúde, pois a busca e o uso dos serviços de saúde são condicionadas também por essa percepção, pela importância dada a ela, pelos seus valores culturais e experiências passadas no sistema de saúde⁶. Tal avaliação igualmente colabora para elaboração e melhoria de programas de saúde voltados para a assistência odontológica.

Quando o conceito subjetivo de saúde bucal é conhecido, há a possibilidade de averiguar quais são os fatores associados à autopercepção positiva ou negativa da condição de saúde bucal. Dentre os fatores que podem influenciar a percepção de saúde bucal, estão características socioeconômicas^{1,6,7,8,9,10} como escolaridade e

renda, além de condições clínicas^{2,6,7,10}, incluindo a perda dentária, uso e necessidade de próteses.

No Brasil, os estudos de base populacional que se propuseram a investigar as desigualdades sociais em saúde bucal por meio de sua autopercepção revelaram forte associação entre condições socioeconômicas desfavoráveis e características demográficas específicas com a pior percepção no estado de saúde bucal. Segundo Gabardo e colaboradores¹¹, ser do gênero feminino, apresentar maior idade, possuir menor nível de escolaridade e baixa renda afetam negativamente a percepção em saúde bucal do indivíduo. O avanço da idade também exerceu influência na pior autopercepção bucal em outros estudos brasileiros^{1,11}.

Por sua vez, estudos de coorte realizados com nascidos vivos em Pelotas (Brasil) e Dunedin (Nova Zelândia) demonstraram que pertencer a diferentes padrões de renda, alto ou baixo, durante distintas etapas da vida resulta em uma percepção negativa da saúde bucal^{12,13}. Com efeito, poucos estudos investigaram a influência de mudanças socioeconômicas sobre os desfechos de saúde bucal^{12,13}.

Escassos estudos analisaram quais influências estariam relacionadas a mudanças na autopercepção em saúde bucal durante diferentes períodos da vida. A maioria dos estudos avalia essa associação apenas em um ponto da vida adulta. A exploração dos fatores que levam à mudança na percepção de saúde bucal em curto prazo durante a vida adulta permite identificar se as medidas subjetivas de saúde bucal são afetadas por indicadores socioeconômicos e demográficos em uma perspectiva dinâmica, bem como se seus efeitos prejudicam a qualidade de vida, alimentação, comunicação e socialização com os demais indivíduos.

Não foram encontrados na literatura estudos que permitissem estabelecer comparações. Não há registros de nenhum estudo longitudinal que aborda a relação entre as mudanças na autopercepção de saúde bucal em adultos tendo como fator subjacente dessa mudança fatores socioeconômicos e demográficos. Apenas um estudo que se refere à autopercepção de saúde bucal em idosos de modo longitudinal apontou a resiliência como fator implicado nas mudanças da autoavaliação de saúde bucal¹⁴. Dessa maneira, há necessidade de que outras pesquisas nessa temática sejam feitas para confirmar ou não, bem como ampliar os achados desse estudo.

Diversos trabalhos estão voltados para autoavaliação em si, e não para uma possível utilidade como instrumento epidemiológico de planejamento dos serviços de atenção à saúde bucal. Desse modo, é fundamental determinar a viabilidade de utilização desses instrumentos de levantamentos mais simples e de baixo custo, que demonstram as necessidades em saúde bucal autorrelatada pela população como ferramentas de planejamento nas decisões clínicas executadas pelo cirurgião-dentista, no direcionamento de recursos e gestão dos serviços de saúde bucal¹⁵.

Dessa forma, o presente estudo procura comparar proporções entre as mudanças na autopercepção em saúde bucal e identificar se existe relação desta com fatores socioeconômicos e demográficos através de um componente longitudinal, em uma amostra de adultos de Florianópolis, Santa Catarina.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Autoavaliação em saúde geral e bucal

Para o referencial teórico e para subsidiar a comparação de resultados, foi realizada pesquisa na base de dados PubMed. Foi confeccionada uma estratégia de busca com termos controlados "humans"[mesh] AND ("socioeconomic factors"[mesh] OR "sex factors"[mesh]) AND ("diagnostic self evaluation"[mesh] OR "oral health"[mesh]).

A autoavaliação de saúde é um indicador bastante utilizado em pesquisas epidemiológicas¹⁶ e tem sido amplamente empregado em inquéritos de saúde por ser de fácil aplicação e representar o estado de saúde de indivíduos e também de populações¹⁷. Autopercepção de saúde é uma medida subjetiva baseada em conhecimentos e crenças individuais, sendo que os estudos populacionais baseados na autoavaliação em saúde são importantes para averiguar as condições de saúde e o seu monitoramento no decorrer do tempo. Assim, é possível avaliar se as políticas públicas e serviços voltados à saúde estão sendo eficazes, favorecendo uma autoavaliação em saúde positiva¹⁸.

Sabe-se que a autoavaliação em saúde bucal está intimamente relacionada com a saúde geral, sendo a mesma influenciada por doenças sistêmicas e por transtornos mentais. Qualidade de vida é um conceito que está intimamente relacionado ao de autopercepção que, em saúde, reflete a percepção integrada do indivíduo através das experiências e do estado de saúde no contexto da vida diária. A autoavaliação negativa da saúde em geral, incluindo a saúde bucal, pode ser vista como resultado de sentimentos provocados pela dor ou desconforto, pelo mal-estar, em interação com fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que modificam a maneira como a vida da pessoa é afetada pelo problema experimentado¹⁹.

Autoavaliação em saúde bucal está associada a fatores subjetivos e objetivos. Os fatores objetivos da autoavaliação em saúde bucal são identificados por meio de análises clínicas feitas pelo cirurgião-dentista. No âmbito subjetivo, a autoavaliação se associa a conhecimentos pessoais e particulares sobre: necessidade de tratamento, experiências dolorosas já vivenciadas, (in)satisfação com a aparência,

mastigação e fala ou até algum tipo de prejuízo no relacionamento social causado pela condição bucal⁵.

2.2 Autoavaliação em saúde bucal em estudos epidemiológicos

Os estudos epidemiológicos visam identificar as condições e os determinantes da saúde em populações e, portanto, são importantes para subsidiar políticas públicas de saúde. Além disso, servem como ferramenta para a vigilância em saúde.

Em um trabalho pioneiro, Gabardo e colaboradores⁷ revisaram pesquisas epidemiológicas a fim de identificar associação de fatores socioeconômicos, demográficos, psicossociais e comportamentais e a autopercepção de saúde bucal. Dos artigos selecionados para a revisão de literatura por esses autores, foi possível identificar que a autopercepção em saúde bucal foi associada com todos os fatores relacionados, especificamente baixa renda, baixo nível de escolaridade e maior faixa etária.

Herreno e colaboradores⁹ evidenciaram em países do Reino Unido, que os piores relatos de percepção em saúde bucal foram de jovens, com baixa escolaridade e baixa renda. Esses dados confirmaram os achados de Molarius e colaboradores²⁰, em seu estudo realizado também na Europa, em que aqueles que se encontravam em um nível socioeconômico mais elevado, avaliavam sua saúde bucal de maneira melhor.

Em um estudo, realizado por Leah²¹ na África do Sul, com o intuito de examinar a saúde bucal autoavaliada de acordo com a relevância de fatores sociais, foi detectado que negros, indivíduos com um menor nível de escolaridade e aqueles que estavam numa menor categoria de renda apresentaram uma pior autoavaliação da sua saúde bucal. Entretanto, em outro estudo conduzido no continente Africano, Olusine e colaboradores²² não encontraram associação entre fatores socioeconômicos e demográficos e autoavaliação em saúde bucal.

Mejia e colaboradores⁸, em pesquisa realizada na Austrália, observaram que uma maior frequência de avaliação negativa em saúde bucal foi observada em idades entre 40 e 64 anos, indígenas, nascidos no exterior, com menos de 11 anos de estudo,

com renda anual inferior a 20.000 dólares, desempregados, fumantes e usuários de serviço odontológico público. Por sua vez, Jones e colaboradores²³ demonstraram que indivíduos maiores de 38 anos, do sexo masculino e que possuem cartão de saúde oferecido pelo governo classificaram mais frequentemente sua saúde bucal como ruim ou regular. Ambos os estudos australianos confirmaram uma associação entre maior faixa etária com pior avaliação em saúde bucal.

Tsuboya e colaboradores²⁴ constataram, em seu estudo realizado em Tóquio (Japão), que pior autoavaliação de saúde bucal foi mais prevalente em homens, numa faixa etária mais velha, com trabalho precário, menor riqueza e menor rendimento, baixos níveis de escolaridade, maior pobreza na infância, menor apoio social.

No estudo de Lopez e colaboradores²⁵, homens, maiores de 75 anos, pertencentes a um estrato socioeconômico baixo e com menor nível de escolaridade avaliaram sua saúde bucal como ruim. Entretanto, para Huang e colaboradores²⁶, os idosos considerados pobres não avaliaram sua saúde bucal como negativa quando comparado aos idosos que não vivem na pobreza. A propensão em relatar a saúde bucal como ruim foi visível apenas entre negros e hispânicos. Esses trabalhos foram realizados na Colômbia e Estados Unidos, respectivamente.

2.3 Estudos epidemiológicos sobre a autoavaliação em saúde bucal conduzidos no Brasil

Os estudos conduzidos por Martins e colaboradores^{5,27}, ambos utilizando dados do Estudo SBBrazil 2002/2003, tinham como objetivo investigar fatores associados à autoavaliação negativa em saúde bucal. Em uma das pesquisas (2008), foi evidenciado que indígenas avaliaram com maior prevalência sua saúde bucal como negativa comparado aos outros grupos – brancos, negros e pardos. No outro estudo (2010), não foram constatadas associações entre variáveis socioeconômicas e demográficas e uma pior autoavaliação em saúde bucal.

Na região Sudeste, três estudos foram conduzidos no estado de São Paulo. O estudo realizado em Piracicaba²⁸, interior do estado, identificou a variável socioeconômica de baixa escolaridade como um fator associado à autopercepção negativa em saúde bucal. Entretanto, nos estudos realizados por Silva e

colaboradores² e por Andrade e colaboradores⁴, variáveis socioeconômicas não foram indicadas como fatores associados a uma pior avaliação de saúde bucal.

Em sua pesquisa, Mendonça e colaboradores¹ relataram que pior percepção em saúde bucal esteve associada com o aumento da idade e entre o sexo masculino.

Na faixa etária dos adultos, duas investigações sobre autoavaliação em saúde bucal foram realizadas na região Nordeste. De acordo com Vale e colaboradores⁶, ser branco, ter renda familiar superior a R\$500,00, não necessitar ou usar prótese favorece uma autoavaliação positiva em saúde bucal. Já o estudo conduzido por Moura e colaboradores²⁹, na cidade de Pernambuco, demonstra que ser negro, ser mulher, ter baixo nível de escolaridade e pertencer a uma faixa etária mais jovem são preditores de autoavaliação negativa da saúde bucal.

Por sua vez, dois estudos realizados na região Sul reafirmam associações já encontradas em outras pesquisas. De acordo com a investigação conduzida em São Leopoldo/RS por Gabardo e colaboradores¹¹, concluiu-se que indivíduos do sexo feminino, maior faixa etária, com baixa renda e menor nível de escolaridade apresentaram maiores chances de relatar uma pior autopercepção em saúde bucal. Di Bernardi e colaboradores³⁰, em seu estudo realizado na cidade de Florianópolis/SC, identificaram que a diminuição no rendimento pode afetar negativamente a autoavaliação em saúde bucal.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a mudança na percepção de saúde bucal ao longo de dois anos (2012 e 2014) e sua relação com fatores socioeconômicos e demográficos na população adulta de Florianópolis, Santa Catarina.

3.2 Objetivos Específicos

- Investigar as mudanças na autopercepção de saúde bucal ao longo de dois anos e sua relação com sexo e faixa etária.

- Verificar as mudanças na autopercepção de saúde bucal ao longo de dois anos e sua relação com renda e escolaridade.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 O Estudo EpiFloripa

Trata-se de uma análise que utilizou dados do estudo EpiFloripa Adulto, uma coorte de base populacional desenvolvida por pesquisadores da área da saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Seu início ocorreu em 2009, sendo as edições de 2012 e 2014 continuidades do mesmo. Os participantes que compunham a amostra em sua linha de base eram adultos com idade entre 20 e 59 anos, residentes na área urbana de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, Brasil.

O estudo EpiFloripa Adulto buscou retratar as condições de vida e saúde da população adulta do município; os participantes da pesquisa foram entrevistados por meio da aplicação de questionários contendo itens sobre condições de saúde geral e bucal. Além disso, no acompanhamento de 2012, foram realizados exames clínicos de saúde bucal, utilizando critérios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1997. Em todos os momentos da pesquisa, foram obtidos registros de medidas antropométricas e de pressão arterial. O primeiro estudo, realizado em 2009, contou com uma amostra de 1.720 adultos, sendo que, em 2012 e 2014, as entrevistas e os exames foram novamente realizados, contando com uma amostra aproximada de 1.207 e 850 indivíduos, respectivamente, (EPIFLORIPA. Condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis – Estudo EpiFloripa Adulto 2012_a)

4.2 Seleção da Amostra

Em 2009, linha de base da coorte, o processo de seleção dos participantes ocorreu em dois estágios. No primeiro momento, tendo em vista que se tratava de obter uma amostra representativa da população adulta do município, fez-se o sorteio dos setores censitários de Florianópolis, que compuseram as Unidades Primárias de Amostragem (UPA). Em seguida, foram sorteados os domicílios que seriam visitados em cada setor censitário, sendo que todos os indivíduos entre 20 e 59 anos que residiam no domicílio eram elegíveis. Segundo dados do Censo 2000, Florianópolis possuía 437 setores censitários urbanos do tipo setor comum ou não especial e setor especial do tipo conglomerado subnormal, sendo excluídos por falta de informações disponíveis 17 deles. A seleção dos setores censitários foi realizada de forma

sistemática e os mesmos foram organizados em decis de renda de acordo com a renda média do chefe da família.

Foram inclusos seis setores censitários por decil de renda. O sorteio do setor censitário levou em consideração a necessidade de se sortear dois setores reserva³¹. Todos os adultos residentes no domicílio selecionado eram considerados elegíveis para participar da pesquisa, exceto: indivíduos incapazes de responder o questionário por alguma deficiência física ou mental, que apresentavam amputação de alguma extremidade ou que usavam próteses nas mesmas e os impossibilitados de permanecer na posição adequada para mensuração antropométrica e de pressão arterial³¹.

4.3 O Questionário

Para realização das entrevistas, o entrevistador deveria portar o questionário em meio eletrônico e também impresso, caso ocorresse algum problema com o dispositivo eletrônico *Personal Digital Assistant* (PDA). Um manual contendo orientações para que a pesquisa fosse realizada da melhor maneira foi disponibilizado para os entrevistadores, e para manter um padrão durante a coleta de dados, os mesmos foram devidamente treinados. As entrevistas foram realizadas face-a-face, e os próprios entrevistadores eram também responsáveis pela coleta e registro das medidas antropométricas, pressão arterial e de exame bucal – sendo este último realizado apenas no estudo de 2012.

4.4 Variáveis do Estudo

A variável dependente do estudo para esse trabalho foi a autoavaliação da saúde bucal, determinada por meio da seguinte pergunta: "Como o(a) Sr.(a) considera a saúde dos seus dentes e de sua boca?", com as respostas variando de "ótima" a "péssima". Ao considerar a saúde bucal autoavaliada nos estudos de 2012 e 2014, a mesma foi agrupada em duas categorias: ótima/boa e regular/ruim/péssima. Estas resultam nas variáveis de mudança: manteve-se boa, melhorou, manteve-se ruim e piorou.

Por sua vez, as variáveis independentes foram reunidas em dois subgrupos: características demográficas e socioeconômicas. As variáveis demográficas foram:

sexo (feminino; masculino), sendo a resposta dada por observação do examinador; e faixa etária, determinada pelo seguinte questionamento “Quantos anos o (a) Sr.(a) tem?”. Em particular, a idade foi categorizada em quatro grupos representados por indivíduos de 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e 50-59 anos. As características socioeconômicas foram: renda domiciliar (definida pela pergunta “No mês passado, quanto receberam EM REAIS as pessoas que moram na sua casa?”), sendo que a renda do entrevistado deveria ser somada à renda dos demais moradores do domicílio e dividida pelo número de moradores no domicílio. Posteriormente, a renda foi dividida em quartis, agrupando os participantes que tinham rendas semelhantes, sendo o Quartil 1 representado pela menor faixa de renda e o Quartil 4, a maior faixa de renda. Quanto ao nível de escolaridade, questionou-se a quantidade de anos completados no ensino formal por meio da pergunta “Até que série/ano o (a) Sr.(a) completou na escola”. Por fim, o nível de escolaridade foi dividido em quatro categorias baseadas em anos de estudo: 0-4 anos, 5-8 anos, 9-11 anos e mais de 12 anos de estudo.

A seguir, no Quadro 1, são apresentadas as variáveis e suas respectivas categorias de respostas originais, incluindo o desfecho e as variáveis socioeconômicas e demográficas.

Quadro 1 - Variáveis socioeconômicas e demográficas e desfecho de acordo com suas respectivas categorias, EpiFloripa 2012. Florianópolis, Santa Catarina.

	Variáveis	Categoria
Desfecho	Mudança na autoavaliação em saúde bucal	Manteve-se Boa Melhorou Manteve-se Ruim Piorou
Exposição	Sexo	Feminino Masculino
	Idade	20-29 anos 30-39 anos 40-49 anos 50-59 anos
	Renda	Em quartis
	Escolaridade	0-4 anos 5-8 anos

		9-11 anos ≥ 12 anos
--	--	------------------------

É importante ressaltar que os dados de autoavaliação de saúde bucal de 2009 não foram utilizados, pois estes não eram comparáveis com aqueles dos inquéritos subsequentes. Apenas em 2012 e 2014 as perguntas sobre saúde bucal autoavaliada foram semelhantes.

4.5 Análise dos Dados

O desfecho da presente pesquisa se dá com a combinação dos resultados adquiridos nos questionários de autoavaliação em saúde aplicados nos anos de 2012 e 2014 através do projeto EpiFloripa, tendo por objetivo avaliar as mudanças de autoavaliação ocorridas com os indivíduos que participaram das pesquisas mencionadas. Desta forma, ao mensurar a evolução (ou declínio) no número de participantes que avaliaram sua saúde bucal manteve-se boa, melhorou, manteve-se ruim e piorou– e atentando-se a descoberta do nível de influência que as quatro variáveis (gênero, faixa etária, renda e escolaridade) possuem; esta pesquisa pretende demonstrar às transformações na autoavaliação em saúde bucal dos habitantes de Florianópolis.

Foram examinadas a distribuição absoluta e relativa do desfecho, bem como das características da amostra. O teste estatístico para exame de comparação de proporções das características da amostra com o desfecho foi o do qui-quadrado com ajuste para os pesos amostrais e a estrutura complexa da amostra.

4.6 Questões Éticas

O projeto EpiFloripa Adulto 2012 foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 28 de fevereiro de 2011, segundo o processo 1772.

Previamente à realização da entrevista, os participantes receberam as informações relativas à finalidade da pesquisa. Além disso, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido pelo entrevistador e assinado com caneta pelo participante, anteriormente à entrevista, sendo disponibilizado a este uma

via do TCLE (EPIFLORIPA. Condições de saúde de adultos e idosos de Florianópolis – Estudo EpiFloripa Adulto 2012b).

5. RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 1, as amostras das pesquisas foram compostas por 1.720, 1.207 e 850 participantes nos anos de 2009, 2012 e 2014. Em todas as três pesquisas, houve predomínio do sexo feminino dentre os participantes: em 2009, as mulheres representaram 55,5% dos participantes, seguindo-se de 51,8% em 2012 e, por fim, 52,3% em 2014. Em relação à idade, a faixa etária entre 20 e 29 anos possuiu maior representação nos três momentos, consistindo 30,7% em 2009; 36,6% em 2012, e 32,4% em 2014. Quanto à renda, os participantes que se enquadram no Quartil 3 tiveram maior frequência nos três momentos da pesquisa, sendo que, em 2009, corresponderam a 27,7% dos participantes, em 2012, 28,8% e, em 2014, passaram a ser 29,8%. Em todas as três oportunidades de coleta de dados, a faixa de escolaridade com a menor parcela dos participantes foi a de 0-4 anos de estudo, sendo que, em 2009, esse percentual era de 8,7%, sofrendo um decréscimo em 2012 para 6,7% e, em 2014, seu valor foi de 7,7%. Por outro lado, o nível de estudo com maior frequência entre os participantes foi o mesmo para as três etapas de coleta de dados: a escolaridade com 12 ou mais anos de estudo alcançou, em 2014, o percentual de 48,2%.

Tabela 1. Características dos participantes do EpiFloripa em 2009 ($n = 1720$), 2012 ($n = 1207$) e 2014 ($n = 850$). Florianópolis, Santa Catarina.

Variáveis	Amostra					
	2009		2012		2014	
	N	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	959	55,5	692	51,8	491	52,3
Masculino	761	44,5	515	48,2	359	47,7
Idade (em anos completos)						
20 a 29 anos	506	30,7	299	36,6	205	32,4
30 a 39 anos	391	23,1	277	23,4	181	26,0
40 a 49 anos	438	25,1	341	21,7	245	24,5
50 a 59 anos	381	21,1	289	18,3	219	17,1
Renda						
Quartil 1	432	25,3	268	23,6	195	22,8
Quartil 2	414	24,0	303	24,8	213	24,9
Quartil 3	458	27,7	339	28,8	252	29,8
Quartil 4	382	23,0	282	22,8	177	22,5
Escolaridade						
0-4 anos	158	8,7	106	6,7	75	7,7
5-8 anos	253	14,0	172	13,3	133	12,7
8-11 anos	568	33,3	390	35,5	260	31,4
≥12 anos	740	44,0	539	44,5	382	48,2

Fonte: Estudo EpiFloripa (2009, 2012 e 2014).

Nota: Na tabela encontram-se ponderados apenas os valores em porcentagem, sendo o número total de participantes o mesmo da amostra.

Observou-se, segundo os dados da Tabela 2, que 49,6% dos participantes avaliaram sua saúde bucal como ótima/boa em 2012, enquanto que, em 2014, a mesma avaliação foi de 66,0%: um aumento da ordem de 16,4 pontos percentuais. Em relação à autoavaliação negativa em saúde bucal, 50,4% dos participantes integravam essa categoria em 2012, ao mesmo tempo que 34,0% dos participantes

avaliaram sua saúde bucal como regular/ruim/péssima em 2014; isso representou um decréscimo de 16,4 pontos percentuais.

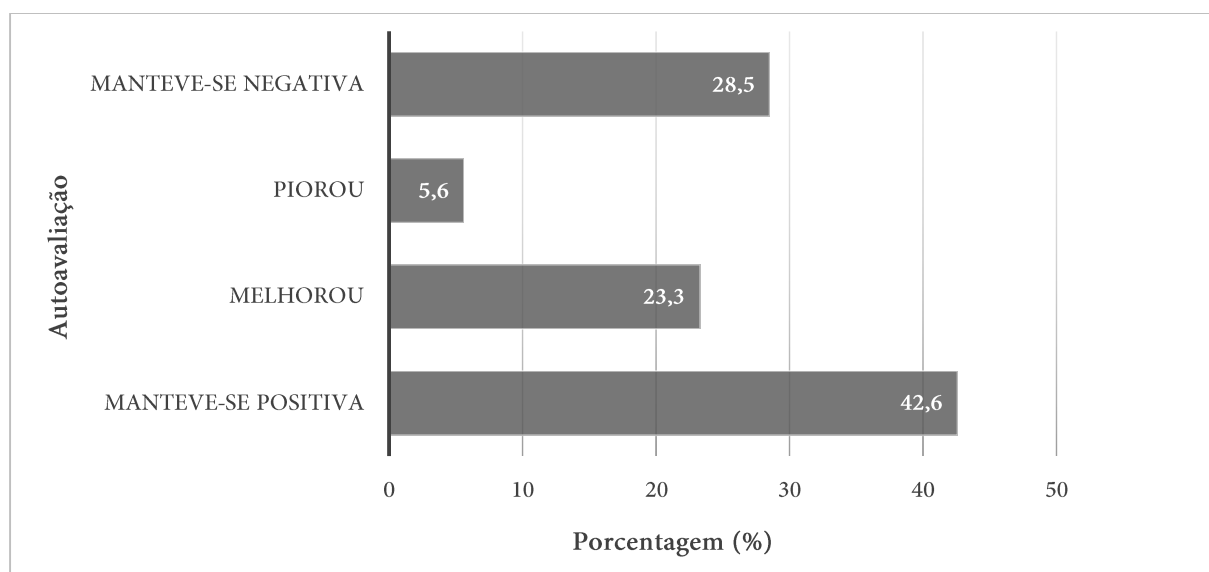
Tabela 2. Prevalência da autoavaliação em saúde bucal dos participantes do EpiFloripa 2012 ($n = 1207$) e 2014 ($n = 850$). Florianópolis, Santa Catarina.

Autoavaliação em Saúde Bucal	Prevalência			
	2012		2014	
	n	%	N	%
Ótima	127	11,9	142	18,1
Boa	429	37,7	394	47,9
Regular	405	32,4	242	26,9
Ruim	141	10,0	-	-
Péssima	105	8,0	72	7,1

Fonte: Estudo EpiFloripa (2012 e 2014).

O gráfico 1 apresenta as mudanças na autoavaliação de saúde bucal dos participantes do EpiFloripa entre os estudos de 2012 e 2014. Notou-se que, entre 2012 e 2014, 42,6% mantiveram a avaliação positiva; 28,5% consideraram que a sua saúde bucal se manteve negativa; 23,3% julgaram ter melhorado a saúde bucal; e, por fim, 5,6% concluíram que a sua saúde bucal piorou em relação a 2012. Dessa forma, percebe-se que houve uma melhora na avaliação de saúde bucal no período.

Gráfico 1 – Mudança na Autoavaliação em Saúde Bucal entre 2012 e 2014.



Fonte: Estudo EpiFloripa (2012 e 2014).

Ao comparar as mudanças na avaliação em saúde bucal dos participantes do EpiFloripa entre 2012 e 2014, considerando-se variáveis socioeconômicas e demográficas, constatou-se, conforme os dados da Tabela 3, que homens e mulheres apresentaram prevalências semelhantes, não havendo diferença significativa entre os grupos. Para todas as demais comparações descritas a seguir, os valores de *p* estimados foram estatisticamente significativos, isto é, abaixo de 5%. Em relação à idade, tem-se que apenas 18,5% dos participantes de 20-29 anos afirmaram que sua saúde bucal melhorou; contudo, nota-se que somente 5,1% dos entrevistados responderam que sua saúde bucal piorou. Quanto à faixa etária de 50 a 59 anos, 30,1% consideraram que sua saúde bucal melhorou e 9,6% responderam que sua saúde bucal piorou.

No que se refere ao nível de renda dos participantes, no Quartil 3, 27,3% afirmaram que sua saúde bucal melhorou - sendo o maior percentual encontrado; enquanto no Quartil 4, somente 19,2% revelaram que sua saúde bucal melhorou. Por fim, quanto ao Quartil 4, apenas 3,0% consideraram que sua saúde bucal piorou, já 7,4% dos integrantes do Quartil 2 consideraram que sua saúde bucal piorou.

Dentre as categorias de escolaridade, especificamente os que tiveram entre 5 e 8 anos de estudo, tem-se que 30,8% afirmaram que sua saúde bucal melhorou, enquanto entre os que afirmaram ter mais de 9 anos de estudo somente 22,0% consideraram que sua saúde bucal melhorou. No que tange aos participantes que possuem 12 anos ou mais de estudo, apenas 4,5 % consideraram que sua saúde bucal piorou; no entanto, 8,9% dos participantes entre 0-4 anos de estudo responderam que sua saúde bucal piorou.

Tabela 3. Mudança na autoavaliação em saúde bucal dos participantes do EpiFloripa conforme variáveis socioeconômicas e demográficas de 2012 para 2014.

Florianópolis, Santa Catarina.

Mudança na autoavaliação em saúde bucal					
	Manteve-se Boa (%)	Melhorou (%)	Piorou (%)	Manteve-se Ruim (%)	Valor-p
Sexo					0,9680
Masculino	43,4	22,7	5,3	28,6	
Feminino	41,8	24,0	5,8	28,4	
Idade (em anos completos)					0,0002
20 a 29 anos	60,3	18,5	5,1	16,1	
30 a 39 anos	40,5	24,1	4,2	31,2	
40 a 49 anos	35,0	23,7	4,9	36,4	
50 a 59 anos	26,6	30,1	9,6	33,7	
Renda					0,0022
Quartil 1	38,0	22,6	6,3	33,1	
Quartil 2	33,0	22,5	7,4	37,1	
Quartil 3	41,7	27,3	5,8	25,2	
Quartil 4	59,8	19,2	3,0	18,0	
Escolaridade (em anos completos)					0,0000
0-4 anos	16,0	24,1	8,9	51,0	
5-8 anos	18,1	30,8	6,1	45,0	
9-11 anos	34,9	22,1	7,8	35,2	
≥12 anos	58,0	22,0	4,5	16,5	

6. DISCUSSÃO

Este estudo longitudinal, realizado com adultos em Florianópolis, demonstrou que as características socioeconômicas e demográficas (faixa etária) dos participantes estão fortemente associadas às mudanças na autoavaliação em saúde bucal.

No que se refere às características de saúde bucal que sexo – masculino e feminino – possui, tem-se que, em diversos estudos nacionais, o gênero feminino avaliou a sua saúde bucal mais negativamente em comparação com o gênero masculino^{1,11,29}. Contudo, no que se refere às mudanças na avaliação em saúde bucal, 24,0% das mulheres consideraram que sua saúde bucal melhorou, em contraposição aos 22,7% dos homens. No que diz respeito aos participantes que consideraram que sua saúde bucal piorou, as mulheres também são maioria e representam 5,8%, já os homens representam 5,3%. Sendo assim, não foram encontradas diferenças significativas na autoavaliação entre o gênero masculino e feminino, visto que ambos possuem percentuais muito aproximados em suas avaliações.

Quanto às mudanças na autoavaliação em saúde bucal relacionadas à faixa etária, observa-se o seguinte: nos estudos, as pessoas mais jovens são as que menos avaliam sua saúde bucal como negativa, assim como são as que menos consideraram que sua saúde bucal piorou. Dentre as possíveis razões para esses achados, pode-se apontar o fato de esse público possuir maior nível de escolaridade, e dispor – devido à expansão de profissionais e consultórios odontológicos nas últimas décadas – de acesso mais fácil e de menor custo ao devido tratamento odontológico. Em contrapartida, com o avanço da idade, nota-se que os participantes relatam uma piora na percepção de sua saúde bucal, que passa a ser considerada ruim/pior. Entretanto, um aspecto interessante dessa pesquisa é que a faixa etária mais alta do estudo - 50 a 59 anos - foi a que demonstrou tanto a maior quantidade de participantes que responderam que sua saúde bucal melhorou (30,1%) quanto a maior quantidade de participantes que responderam que sua saúde bucal piorou (9,6%).

Ainda sobre as mudanças de avaliação da faixa etária de 50 a 59 anos, alguns dos motivos que podem explicar o maior percentual de melhora na autoavaliação de saúde bucal é o maior poder aquisitivo¹ e. Por outro lado, o que pode explicar o elevado número na piora da avaliação de saúde bucal desse público é a ausência ou

ineficiências de práticas preventivas, insuficiência de serviços odontológicos especializados e dificuldade de acesso aos mesmos³⁶ e o menor nível de escolaridade^{8,9,24}.

Quanto ao nível de renda, esta variável apresenta influência no que se refere aos resultados de melhora e piora na avaliação de saúde bucal que os participantes da pesquisa atestaram, demonstrando claramente como as condições financeiras que cada indivíduo - e, logo, a facilidade de acesso ao tratamento de saúde bucal que este possui - estão diretamente relacionadas com os melhores e piores resultados nas mudanças da avaliação de saúde bucal. O Quartil 3 teve o melhor percentual de melhora na avaliação em saúde bucal (27,3%), enquanto o Quartil 4 foi o que representou o menor percentual de melhora, apenas 19,2%. Contudo, isso se deve ao fato de que boa parte dos participantes enquadrados nesse quartil (59,8%) já haviam considerado que sua saúde bucal se manteve boa. Possivelmente, os resultados em questão se devem ao fato de quanto maior sua renda, maior a disponibilidade de recursos para prevenção e tratamento de saúde bucal que cada indivíduo possui^{37,38}. Além disso, quanto maior o nível de renda, maior tende a ser o nível de escolaridade, resultando em maior acesso à informação, práticas de cuidado em saúde bucal e, portanto, melhores avaliações em saúde bucal³⁹.

No que se refere aos participantes com menor nível de renda, o Quartil 1 e o Quartil 2 foram os que tiveram os maiores percentuais de declínio da avaliação de saúde bucal, representando respectivamente 6,3% e 7,4%. No que tange às possíveis explicações para esses resultados, pode-se relacionar com os menores níveis de escolaridade que geralmente se associam ao menor nível de renda³⁹, entre outros fatores.

Por último, tem-se o nível de escolaridade como variável de maior influência no que se refere à mudança na avaliação em saúde bucal. Com isso, compreende-se que quanto maior o nível de escolaridade do participante da pesquisa, melhor é a sua avaliação em saúde bucal. Quando se analisam os dados desta pesquisa, percebe-se que o padrão citado acima reflete-se nos resultados encontrados: os participantes que possuíam de 0 a 4 anos de escolaridade (ensino fundamental incompleto) obtiveram o maior decréscimo na avaliação em saúde bucal, com 8,9% dos participantes considerando que sua saúde bucal piorou em comparação do estudo de 2012 com o

de 2014. Em continuação, tem-se que o maior número de participantes que responderam que sua saúde bucal melhorou se deu com a faixa de 5 a 8 anos de escolaridade (30,8% dos participantes). A faixa com maior nível de escolaridade, 12 ou mais anos de estudo, teve 22% de melhora no que se refere a avaliação em saúde bucal; porém, 58,0% dos participantes dessa categoria já afirmavam que sua avaliação em saúde bucal manteve-se boa. Encontram-se, entre as possíveis explicações da elevada melhoria na avaliação em saúde bucal em relação aos níveis de escolaridade: o maior acesso ao serviço odontológico devido à diminuição dos custos deste serviço por conta da expansão de profissionais e avanço das técnicas odontológicas e avanços ocasionados pela expansão de políticas públicas assistenciais.

7. CONCLUSÃO

Concluindo, a análise e comparação dos resultados obtidos pelos questionários de autoavaliação em saúde bucal aplicados em 2012 e 2014 apresenta-se como necessária a fim de permitir um conhecimento mais profundo sobre as mudanças de autopercepção – sejam estas positivas ou negativas – que ocorreram com a população adulta de Florianópolis acerca de sua saúde bucal. Esta reflexão também contribuiu para determinar quais as proporções de mudanças ocorridas estão associadas a determinadas características demográficas e socioeconômicas, tais como gênero, faixa etária, nível de renda e nível de escolaridade. Porém, se faz necessário a elaboração de mais estudos para confirmar/sustentar as tendências observadas.

Quanto ao nível de proporções que as quatro características abordadas na pesquisa possuem – gênero, faixa etária, renda e escolaridade – no que se refere às alterações de autoavaliação em saúde bucal, tem-se alguns achados que fornecem dados e conclusões importantes tanto para uma visão clínica mais ampla quanto para como subsídio na elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde pública, em especial a saúde bucal. O presente estudo pode facilitar as decisões clínicas do cirurgião-dentista (CD) pois, a partir do momento que o dentista compreende quais são os motivos que levam o paciente a mudar sua avaliação em saúde bucal, um tratamento mais humano e singular pode ser implementado ao atendimento. Além disso, conhecendo as mudanças na avaliação em saúde bucal, o profissional pode melhor averiguar se o atendimento e os procedimentos estão satisfazendo os anseios de seu paciente, visto que nem sempre as necessidades clínicas apontadas pelos dentistas são as mesmas requeridas pelos pacientes.

Outra relevante contribuição que este trabalho proporciona é no subsídio de informações para a elaboração de políticas públicas, dado que fornece uma nova perspectiva ao setor público; permitindo aos formuladores de políticas públicas compreender e seguir caminhos que levam à obtenção de sucesso no que se refere a avaliação positiva em saúde bucal. Esta pesquisa elucida que caminhos importantes para garantir mudanças mais positivas na mudança de autopercepção em saúde bucal são: a educação, maior atenção às faixas etárias mais avançadas que ainda não são

consideradas de idosos – pessoas entre 50 e 59 – e o combate às desigualdades sociais.

Por fim, entre as limitações deste trabalho, está a dificuldade em manter um estudo longitudinal, visto que com o passar do tempo o tamanho da amostra tende a diminuir devido aos possíveis casos de óbito, mudanças de endereço ou desinteresse em continuar participando da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Mendonça, HLC; Szwarcwald, CL; Damacena, GN. Autoavaliação de saúde bucal: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde - Atenção Básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2005. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1927-1938, Outubro, 2012.
2. Silva, DD et al. Self-perceived oral health and associated factors among the elderly in Campinas, Southeastern Brazil, 2008-2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1145-1153, Dezembro, 2011.
3. Shields, M; Shooshtari, S. Determinants of selfperceived health. *Health Reports*, Canadá, v. 13, n. 1, p. 35-42, Dezembro, 2001.
4. Andrade, FB et al. Factors related to poor self-perceived oral health among community-dwelling elderly individuals in São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1965-1975, Outubro, 2012
5. Martins, AMEBL; Barreto, SM; Pordeus, IA. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 421-435, Fevereiro, 2009.
6. Vale, EV; Mendes, ACV; Moreira, RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 98-108, Dezembro, 2013.
7. Gabardo, MCL; Moysés, ST; Moysés, SJ. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, v. 33, n. 6, p. 439-445, Junho, 2013
8. Mejia, G; Armfield, JM; Jamieson, LM. Self-rated oral health and oral health-related factors: the role of social inequality. *Australian Dental Journal*, Austrália, v. 59, n. 2, p. 226-233, junho. 2014.

9. Herreno, G. et al. Socioeconomic position and subjective oral health: findings for the adult population in England, Wales and Northern Ireland. *BMC Public Health* 2014, v. 14 :827, p. 1-9. Agosto, 2014. Imai, S; Mansfield, CJ. Oral Health in North Carolina: Relationship With General Health and Behavioral Risk Factors. *N C Med J.* v. 76, n. 2, p. 142-147, Agosto, 2015.
10. Imai, S; Mansfield, CJ. Oral Health in North Carolina: Relationship With General Health and Behavioral Risk Factors. *N C Med J.* v. 76, n. 2, p. 142-147, Agosto, 2015
11. Gabardo, MCL et al. Multilevel analysis of self-perception in oral health and associated factors in Southern Brazilian adults: a cross-sectional study. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 31, n. 1, p. 49-59, Janeiro, 2015.
12. Peres, MA; Peres, KG; Thomson, WM; Broadbent, JM, Gigante, DP; Horta BL. The influence of Family income trajectories from birth to adulthood on adult oral health: findings from the 1982 Pelotas birth cohort. *Am J Public Health*, v.101, p. 730–736, Abril, 2011.
13. Poulton R, Caspi A, Milne BJ, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study. *Lancet.* 2002;360(9346):1640–1645
14. BEZ, Andressa da Silva. Resiliência e sua relação com mudança na autopercepção de saúde bucal em idosos independentes do sul do Brasil. 2013. 77f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre-RS.
15. NASCIMENTO, Alex Rodrigues do; ANDRADE, Fabíola Bof de; CESAR, Cibele Comini. Validade e utilidade da autopercepção de necessidade de tratamento odontológico por adultos e idosos. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* , v. 31, n. 8, p. 1765-1774, Agosto, 2015

16. Martins, AMEBL et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 912-922, Outubro, 2010.
17. PERES, Marco Aurélio et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 44, n. 5, p. 901-911, Outubro, 2010
18. BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al . Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, supl. 2, p. 27-37, Nov. 2009
19. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. Cad Saúde Pública v. 27, p. 2441-2451, 2011.
20. Molarius, A. et al. Socioeconomic differences in self-rated oral health and dental care utilisation after the dental care reform in 2008 in Sweden. BMC Public Health 2014, v. 14 :134, p. 1-8. Novembro, 2014.
21. Leah, G. Social factors and self-assessed oral health in South Africa. Community Dent Oral Epidemiol, v. 22, n. 4, p. 47-51, Agosto, 1994.
22. Olusile, AO; Adeniyi, AA; Orebanjo, O. Self-rated oral health status, oral health servisse utilization, and oral hygiene practices among adult Nigerians. BMC Oral Health 2014, v. 14:140, p. 1-9, Novembro, 2014.
23. Jones, K; Parker, EJ; Jamieson, LM. Access, literacy and behavioural correlates of poor self-rated oral health amongst an Indigenous South Australian population. Community Dental Health. v. 31, p. 167-171. Setetembro, 2014.
24. Tsuboya T, et al. Early lifecourse Socioeconomic position, adult work-related factors and oral health disparities: cross-sectional analysis of the J-SHINE study. BMJ Open 2014, Junho, 2016.

25. Lopez, AP; Suarez, AA; Gomes, EJM. Condiciones de Salud Oral y Estado Protésico de la Población Adulta Mayor Atendida en la Red Hospitalaria Pública de Medellín (Colombia). *Int. J. Odontostomat*, Temuco, v.10, n.1, p.161-171, Abril 2016.
26. Huang, DL; Park, M. Socioeconomic and Racial/Ethnic Oral Health Disparities among U.S. Older Adults: Oral Health Quality of Life and Dentition. *J Public Health Dent*. 2015 ; 75(2): 85–92. doi:10.1111/jphd.12072. Abril, 2016.
27. MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima. Utilização de serviços odontológicos, autopercepção da necessidade de tratamento e da condição de saúde bucal dos idosos brasileiros, 2002/2003 – Projeto SB Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Pública) 2008. 131 f. - Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. (20)
28. Esmeriz, CEC; Meneghim, MC; Ambrosano, GMB. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil. *Gerodontology*, v.29, n. 2, p.281–289, Junho, 2012. (11)
29. Moura, C et al. Autoavaliação da saúde bucal e fatores associados entre adultos em áreas de assentamento rural, Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 611-622, Março, 2014. (17)
30. Di Bernardi, ER et al. Association of changes in income with self-rated oral health and chewing difficulties in adults in Southern Brazil. *Community Dent Oral Epidemiol*, v. 44, p. 1-8, Abril, 2016. (15)
31. Pinheiro, RS; Viacava, F; Travassos, C; Brito, AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. . *Cien Saude Colet*. v. 4, p. 687-707. Julho, 2002.
32. Nicolau, B; Marcenes, W; Bartley, M; Sheiham, A. Associations between sócio economic circumstances at two stages of life and adolescents' oral health status. *J Public Health Dent*, v. 65, n. 1, p. 14-20, Março, 2005.

33. Confortin, SC et al. Positive self-rated health in the elderly: a population-based study in the South of Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, Maio, 2015.
34. BOING, Alexandra Crispim et al. Inquérito de saúde EpiFloripa: aspectos metodológicos e operacionais dos bastidores. *Rev. bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 147-162, Mar. 2014.
35. SANTA CATARINA. Prefeitura de Florianópolis. Secretaria de Saúde. Prêmio Brasil Sorridente. 2012. Disponível em:
<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/doc/09_04_2012_10.47.03.ee309526a5041936dbae99b7abe470db.doc>. Acesso em: 29 abr. 2017.
36. CASOTTI, Elisete; CONTARATO, Priscilla Caran; FONSECA, Ana Beatriz Monteiro et al. Atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma análise a partir da Avaliação Externa do PMAQ-AB. *Revista Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, p.140-157, out. 2014.
37. GUERRA, Maria Júlia Campos et al. Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida de trabalhadores. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4777-4786, Dec. 2014
38. PERES, Karen Glazer et al. Aspectos sociodemográficos e clínicos da qualidade de vida relacionada à saúde bucal em adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, supl. 3, p. 19-28, Dec. 2013
39. SALVATO, Marcio Antonio; FERREIRA, Pedro Cavalcanti Gomes; DUARTE, Angelo José Mont'Alverne. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. *Estud. Econ.*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 753-791, Dec. 2010.
40. BONADIA, Paula Rocha. A Relação Entre o Nível de Escolaridade e a Renda no Brasil. 2008. 25 f. Monografia - Curso de Economia, Ibmec, Faculdade de Economia e Administração, São Paulo.

APÊNDICE

Apêndice A – Documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 1772

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

APROVADO

PROCESSO: 1772 **FR:** 402177

TÍTULO: Condições de saúde bucal e condições de saúde geral em adultos: estado de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa

AUTOR: Marco Aurélio de Anselmo Peres, Karen Glazer de Anselmo Peres, Antonio Fernando Boing João Luiz Dornelles Bastos, Eleonora D'Orsi David Alejandro Gonzalez Chica

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Coordenador do CEPSH/UFSC

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa "Condições de saúde bucal e condições de saúde geral em adultos: estudo de base populacional em Florianópolis, SC, EpiFloripa". Sua colaboração neste estudo é MUITO IMPORTANTE, mas a decisão de participar é VOLUNTÁRIA, o que significa que o sr(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer a situação de saúde geral e dos dentes e gengivas dos adultos que foram pesquisados pela mesma equipe em 2009 e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas, de nutrição, discriminação e qualidade de vida.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. NÃO HÁ RISCOS quanto à sua participação e o BENEFÍCIO será conhecer a realidade da saúde dos moradores de Florianópolis, a qual poderá melhorar os serviços de saúde em sua comunidade.

Será realizada uma entrevista e verificaremos algumas condições de saúde da sua boca, como por exemplo, a presença de cárie e a existência de sangramento nas gengivas. Este exame será realizado por dentistas, não oferece nenhum risco, não causa dor alguma e todos os instrumentos utilizados estarão esterilizados ou serão descartáveis. Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professor Marco Peres, coordenador desta pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, pelo telefone (48) 3721 9388 ou e-mail: mperes@ccs.ufsc.br.


Eu.....declaro estar esclarecido(a) sobre os termos apresentados e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Florianópolis, ____ de _____ de 2012.

(assinatura do participante)

	Resultado	Limites máximos recomendados
Pressão arterial:	___ / ___	Até 140/90
Cintura:	cm	Homens até 94 cm / Mulheres até 80 cm
Peso:	Kg	

Apêndice C – Questionário

	
Estudo das condições de saúde dos adultos de Florianópolis – EpiFloripa Fase II 2012	
Meu nome é <...>. Sou pesquisador(a) da UFSC e, como o Sr(a) já foi informado(a), estamos realizando uma nova pesquisa sobre a saúde dos adultos de Florianópolis, com os mesmos participantes de 2009/2010. Agradeço sua colaboração e lembro que sua participação é muito importante. Como na primeira vez, o questionário não possui respostas certas ou erradas. E nada do que o(a) Sr(a) disser será divulgado para outras pessoas. Neste momento deve ser lido e assinado o termo de consentimento.	
BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO	
Número de identificação: 1 _ 1 _ 1 _ 1 _ 1	
Nome do(a) entrevistado(a) _____ Nome completo da mãe do(a) entrevistado(a) _____ Telefone residencial (fixo) _____ Telefone celular do(a) entrevistado(a) _____ Telefone (celular ou fixo) do trabalho _____ Telefone celular de outro membro da família: _____ Nome do outro membro da família (registrar grau de parentesco entre parênteses): _____ Telefone de um parente/amigo próximo (registrar grau de parentesco entre parênteses): _____ Nome do parente/amigo próximo _____ Email do entrevistado _____ Email de outra pessoa próxima _____	bnome_en bnome_ma btel_fixo btel_cel btel_trab boutro_c boutrono bprox_ta bprox_no bemail bemail_o
A PERGUNTA 1 DEVE SER APENAS OBSERVADA PELO(A) ENTREVISTADOR(A)	
1. Cor/raça do (a) entrevistado (a), assinale uma das opções abaixo: (0) Branca (1) Parda (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (9) IGN	bCORPEL1 __
AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O (A) SR.(A), SUA FAMÍLIA E SUA CASA	
2. Neste momento o (a) Sr.(a) está? (0) casado(a) ou morando com companheiro(a) (1) solteiro(a) (2) divorciado(a) ou separado(a) (3) viúvo(a) (9) IGN	bECIVIL1 __
3. O Censo Brasileiro usa as palavras branca, parda, preta, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo, hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça? (0) Branca (1) Parda (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (9) IGN	bCORPEL1 __

<i>BLOCO CONDIÇÃO SOCIOECONÔMICA</i>	
AGORA, VAMOS CONVERSAR UM POUCO SOBRE A SUA FAMÍLIA E SOBRE POSIÇÃO SOCIAL. LEMBRE QUE OS DADOS SÃO CONFIDENCIAIS E NÃO SERÃO DIVULGADOS.	
30. Seu pai estudou na escola? (0) sim (1) não -> pule para a questão 32. (9) IGN	bESTPAI __
31. Até que série/ano seu pai completou na escola? __ __ colocar em anos ou escrever (se não souber quantos anos foram) _____ (88) NSA (99) IGN	bANOESTP __ __
32. Sua mãe estudou na escola? (0) sim (1) não -> pule para a questão 34. (9) IGN	bESTMAE __
33. Até que série/ano sua mãe completou na escola? __ __ colocar em anos ou escrever (se não souber quantos anos foram) _____ (88) NSA (99) IGN	bANOESTM __ __
34. Como o(a) Sr.(a) classifica a situação econômica da sua família quando o(a) Sr.(s) nasceu, ou quando era criança, isto é, o padrão de vida de sua família naquela época. (0) rica (1) média (2) pobre (3) muito pobre (9) IGN	bSITEC __
35. Comparado ao padrão de vida que o(a) Sr.(a) tem agora, como era o padrão de vida da sua família quando o(a) Sr.(a) nasceu? (0) era melhor do que o seu padrão de vida agora (1) era igual ao seu padrão de vida agora (2) era pior que o seu padrão de vida agora (9) IGN	bPVI __
36. Agora, observe a escada desenhada neste cartão. No degrau mais alto desta escada estão as pessoas que possuem mais dinheiro, maior escolaridade e os melhores empregos. No degrau mais baixo estão as pessoas que possuem menos dinheiro, menor escolaridade e piores empregos ou estão desempregadas. Onde o(a) Sr.(a) se colocaria nesta escada hoje? __ __ (9) IGN	bESC __ __
37. As figuras a seguir representam a estrutura corporal de diversas crianças. De acordo com estas figuras, qual diria que representa melhor o corpo que você tinha quando era criança? __ (9) IGN	bPERCORP __ __

228. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado?					bDIS17D __
(1) Não (2) Sim (8) NSA (9) IGN					
229. O(a) Sr.(a) já foi avaliado em provas ou outros trabalhos da escola ou da universidade de forma diferente, negativamente injusta em relação a seus colegas?					bDIS18 __
(0) Não -> Pule para a questão 242 (1) Sim, uma ou poucas vezes (2) Sim, várias vezes (3) Sim, sempre (9) IGN					
Quando isto aconteceu, qual ou quais foram os motivos para o(a) Sr.(a) ter sido tratado assim? Por favor, responda sempre conforme as opções indicadas no cartão de respostas 4. O(A) Sr.(a) pode escolher uma ou mais das opções contidas no cartão.					
230. Classe social	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18CS __
231. Cor da pele ou raça	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18CP __
232. Forma de vestir	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18FV __
233. Peso	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18PE __
234. Idade	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18ID __
235. Local de moradia	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18LM __
236. Ser homem ou mulher	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18SE __
237. Orientação sexual	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18OS __
238. Outro motivo (especificar)	(0) Não	(1) Sim	(8) NSA	(9) IGN	bDIS18OM __
239. Ainda nestas ocasiões, o(a) Sr.(a) se sentiu discriminado?					bDIS18D __
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN					
AGORA, VAMOS CONVERSAR MAIS UM POUCO SOBRE A SUA FAMÍLIA. LEMBRE QUE OS DADOS SÃO CONFIDENCIAIS E NÃO SERÃO DIVULGADOS.					
240. No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua renda familiar em reais, isto é, a soma de todos os rendimentos (salários, bolsa família, soldo, pensão, aposentadoria, aluguel etc), já com descontos, de todas as pessoas que sempre contribuem com as despesas de sua casa?					bRENDAT
Renda1 - total ou entrevistado __ _ __ _ __ _ __ _ __ _					__ _ __ _ __ _ __ _
Renda2 __ _ __ _ __ _ __ _					__ _ __ _
Renda3 __ _ __ _ __ _ __ _					
Renda4 __ _ __ _ __ _ __ _					
Renda5 __ _ __ _ __ _ __ _					
Renda6 __ _ __ _ __ _ __ _					
Renda7 __ _ __ _ __ _ __ _					
Renda8 __ _ __ _ __ _ __ _					
Renda9 __ _ __ _ __ _ __ _					
(9) IGN					

INFERIOR													
bc37	bc38	bc36	bc34	bc33	bc32	bc31	bc41	bc42	bc43	bc44	bc45	bc48	bc47
bo37	bo38	bo36	bo34	bo33	bo32	bo31	bo41	bo42	bo43	bo44	bo45	bo48	bo47
bb37	bb38	bb36	bb34	bb33	bb32	bb31	bb41	bb42	bb43	bb44	bb45	bb48	bb47
bp37	bp38	bp36	bp34	bp33	bp32	bp31	bp41	bp42	bp43	bp44	bp45	bp48	bp47
AGORA, VAMOS CONVERSAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA													
242. Como o(a) Sr.(a) considera a saúde dos seus dentes e de sua boca? (0) Ótima (1) Boa (2) Regular (3) Ruim (4) Péssima (9) IGN												bAVALBOC __	
243. Pensando nos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) já perdeu, já teve algum dente extraído? Excluir extração do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental. (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (9) IGN												bSUPDENT __	
244. Pensando nos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) já perdeu, já teve algum dente extraído? Excluir extração do siso e extração de dente para colocação de aparelho dental. (0) Não (1) Sim, de 1 a 4 dentes (2) Sim, de 5 ou mais dentes (3) Sim, todos os dentes (9) IGN												bINFIDENT __	
245. Algum dos seus dentes está mole? (0) Não (1) Sim (8) NSA -> Se ambas as questões 243 e 244 forem marcadas com a resposta (3) (9) IGN												bDENTMOL __	
246. Nos últimos 6 meses, isto é <desde MÊS>, o(a) Sr.(a) teve dor de dente? (0) Não (1) Sim (8) NSA -> Se as ambas as questões 243 e 244 forem marcadas com a resposta (3) (9) IGN												bDDEN __	