

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
CURSO DE MESTRADO EM ODONTOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA**

CARLA ANTONI LUCHI

**DESIGUALDADES NA AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE
BUCAL EM ADULTOS: ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL.**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Mestre em Odontologia, área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marco Aurélio Peres

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Karen Glazer Peres

FLORIANÓPOLIS

2012

L936d Luchi, Carla Antoni

Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos [dissertação]: estudo de base populacional / Carla Antoni Luchi; orientador, Marco Aurélio Peres. - Florianópolis, SC, 2012.
126 p.: tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Odontologia.

Inclui referências

1. Odontologia. 2. Saúde bucal - Avaliação - Adulto. I. Peres, Marco Aurélio de Anselmo.
II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós- Graduação em Odontologia.
III. Título.

CDU 616.314

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Dissertação intitulada “Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos: estudo de base populacional.” de autoria de Carla Antoni Luchi, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof. Dr. Marco Aurélio Peres – CCS/UFSC

Prof Dr. Paulo Frazão –FSP/USP

Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia Ferreira de Melo – CCS/UFSC

Prof. Dr. Ricardo de Souza Magini

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia –
CCCS/UFSC

Florianópolis, 02 de março de 2012.

AGRADECIMENTOS

Agradeço de maneira especial ao meu orientador professor Dr. Marco Aurélio Peres pela condução neste processo, pela dedicação, calma e compreensão em tantos momentos.

As professoras Dra. Karen Glazer Peres, Dra. Ana Lúcia Ferreira de Mello e Dra. Daniela Lemos Carcereri e aos professores Dr. Paulo Frazão e Dr. João Luiz Dornelles Bastos pelas contribuições, fundamentais para conclusão do trabalho.

Ao Rodrigo pela paciência, força e apoio essenciais nesta etapa. Aos meus pais Aloísio e Léia por acreditarem em seus filhos e por terem nos dado condições para trilhar nossos caminhos.

As companheiras de mestrado Alessandra, Grasiela e Márcia pela amizade e apoio. Aos colegas de doutorado por compartilharem o conhecimento. A Daniela, Paulo e Camila pela jornada que atravessamos juntos.

Ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pelo suporte na fase de treinamento do estudo; à Professora Dr. Nilza Nunes da Silva do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelas contribuições com os procedimentos de amostragem; à Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis pelo auxílio na operacionalização da pesquisa; e aos discentes dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Educação Física e Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina que realizaram a função de supervisores do estudo. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo financiamento do estudo, edital Universal 2007 número 485327/2007-4.

A todos que de maneira direta ou indireta contribuíram de alguma maneira para o vencimento desta etapa.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal e investigar seus fatores associados em adultos de 20 a 59 anos de idade.

Foram analisados dados do Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde da População Adulta de Florianópolis, Santa Catarina, no ano de 2009. Foi estimada a razão de prevalência (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) através de regressão multivariável de Poisson.

A taxa de resposta foi de 85,3% ($n=1.720$). A prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal foi de 33,2%. Na análise ajustada, ter entre 30 a 39 anos (RP= 1,3 – IC 95% 1,1; 1,6) e 50 a 59 anos (RP= 1,3 – IC 95% 1,0; 1,7) de idade, ter cor de pele autorreferida como parda (RP= 1,2 – IC 95% 1,0; 1,4), possuir 9 a 11 anos de estudo (RP= 1,4 – IC 95% 1,1; 1,7) de 5 a 8 anos de estudo (RP= 1,6 – IC 95% 1,2; 2,0) e até 4 anos de estudo (RP= 1,7 – IC 95% 1,2; 2,0), ter consultado o dentista há 3 anos ou mais (RP= 1,3 – IC 95% 1,1; 1,5), ter realizado a última consulta em consultório público (RP= 1,1 – IC 95% 1,0; 1,2), possuir < de 10 dentes naturais presentes em pelo menos 1 arco (RP= 1,3 – IC 95% 1,1; 1,6), autorrelatar necessidade de tratamento dentário (RP= 4,4 – IC 95% 3,3; 5,9), apresentar sensação de boca seca (RP= 1,2 – IC 95% 1,1; 1,4) e apresentar dificuldade de alimentação (RP= 1,3 – IC 95% 1,2; 1,5) foram associados a autoavaliação negativa da saúde bucal.

A utilização da autoavaliação da saúde bucal pode contribuir para a identificação, de uma maneira mais rápida de grupos prioritários para organização da saúde bucal.

Descritores: Saúde bucal; autoavaliação da saúde bucal; adultos.

ABSTRACT

This study aimed to estimate the prevalence of negative self-rated oral health and investigate the associated factors in adults aged 20 to 59 years old.

We performed analysis of data from the Epidemiological Study of Health Status of Adult Population of Florianópolis, Santa Catarina, in 2009. The independent variables were demographic, socioeconomic, and dental service utilization, and self-reported oral health. The prevalence ratios (PR) and their 95% confidence interval (95% CI) were estimated by using multivariable Poisson regression.

The response rate was 85.3% ($n = 1,720$). The prevalence of negative self-rated oral health was 33.2%. In the adjusted analysis, having between 30 to 39 years (PR = 1.3 - 95% CI 1.1, 1.6) and 50 to 59 years (PR = 1.3 - 95% CI 1.0, 1.7) of age, self-reported lightened dark skin color (PR = 1.2 - 95% CI 1.0, 1.4), 9-11 years of schooling (PR = 1.4 - 95% 1, 1, 1.7) from 5 to 8 years of schooling (PR = 1.6 - 95% CI 1.2, 2.0) and up to 4 years of schooling (PR = 1.7 - 1.2 95% , 2.0), having the last dental appointment for 3 years or more (PR = 1.3 - 95% CI 1.1, 1.5), have made the last consultation in public office (PR = 1.1 - IC 95% of 1.0, 1.2), having <10 natural teeth present in at least one arc (PR = 1.3 - 95% CI 1.1, 1.6), self-reported need for dental treatment (RP = 4.4 - 95% CI 3.3, 5.9), report dry mouth (PR = 1.2 - 95% CI 1.1, 1.4) and have difficulty to eat (PR = 1, 3 - 95% CI 1.2, 1.5) were associated with negative self-rated oral health. The use of self-rated oral health can help to identify priority groups for oral health care.

Keywords: Oral Health; self-rated oral health; adults.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	ESTRATÉGIA DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	17
2.2	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS.....	19
2.3	SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO BRASILEIRA.....	21
2.4	FORMAS DE MENSURAR A SAÚDE BUCAL.....	24
2.5	AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL.....	27
2.5.1	Características demográficas	28
2.5.2	Características socioeconômicas	30
2.5.3	Utilização dos serviços de saúde bucal.....	32
2.5.4	Condição bucal.....	33
2.5.5	Estudos populacionais sobre autoavaliação da saúde bucal.....	34
3	JUSTIFICATIVA.....	39
4	OBJETIVOS.....	41
4.1	OBJETIVOS GERAIS.....	41
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	41
5	MÉTODO.....	43
5.1	LOCAL DO ESTUDO.....	43
5.2	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA.....	44
5.3	TIPO DO ESTUDO.....	44
5.4	AMOSTRA.....	44
5.4.1	Cálculo da amostra.....	44
5.4.2	Perdas e recusas.....	45
5.5	VARIÁVEIS.....	46
5.5.1	Variável dependente.....	46
5.5.2	Variáveis independentes.....	46
5.6	EQUIPE DE CAMPO.....	50
5.7	PRÉ-TESTE E ESTUDO PILOTO.....	50
5.8	CONTROLE DE QUALIDADE.....	51
5.9	PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	51
5.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	51
5.10.1	Modelo hierárquico.....	52
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	57
7	RESULTADOS.....	57
8	REFERÊNCIAS	59
9	APÊNDICE.....	71

Artigo: Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal: estudo de base populacional.

10 ANEXOS.....	109
10.1 ANEXO 1 Questionário EpiFloripa – Bloco Geral de Saúde bucal	
10.2 ANEXO 2 Documentação do Comitê de Ética	
10.2 ANEXO 3 Termo de consentimento livre e esclarecido	

1. INTRODUÇÃO

Tanto a definição de saúde ¹ como a de qualidade de vida são conceitos amplos que envolvem diferentes aspectos do ser humano. Os conceitos de saúde e qualidade de vida tornam-se quase indistinguíveis. Saúde pode ser definida como um estado razoável de harmonia entre o sujeito e sua própria realidade ² enquanto qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações ³.

Existem diferentes maneiras de mensurar a saúde, através de exames laboratoriais e funcionais, observações clínicas feitas por profissionais, e também por meio da percepção individual que é baseada nos conhecimentos e crenças pessoais. A avaliação empírica da saúde incorpora estes diferentes domínios ⁴.

Quando o indivíduo autoavalia a sua saúde, ele fornece uma valiosa fonte de dados sobre o seu estado geral, constituindo um indicador do declínio funcional orgânico. Esta medida está fortemente associada e é um forte preditor de morbidade e de mortalidade, independente de outras variáveis ⁵.

A percepção da condição bucal também é um importante indicador de saúde, pois compreende, além da condição de saúde objetiva, os valores e expectativas culturais e as respostas subjetivas. Os indicadores subjetivos de saúde bucal complementam os índices que fornecem dados objetivos podendo ser usados como um instrumento de avaliação identificando pessoas ou populações de risco ⁶.

A autoavaliação da saúde bucal ao indicar simultaneamente a dimensão social e psicológica, considera que diferentes níveis de saúde bucal têm diferentes impactos na vida diária das pessoas, já a avaliação normativa, baseada no modelo que enfatiza o processo biológico, não capta esta dimensão ⁷.

A utilização da autoavaliação da saúde bucal em inquéritos populacionais, por ser uma informação mais fácil de ser coletada do que a realização de exames clínicos, permite a identificação do estado de saúde de uma população e de seus fatores associados de uma maneira

mais rápida ⁸, ajudando também na compreensão dos comportamentos em saúde da população ⁹.

Este estudo tem por objetivo investigar a prevalência da auto-avaliação negativa de saúde bucal e sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas, de utilização de serviços e da condição de saúde bucal auto referida em adultos de 20 a 59 anos de idade da cidade de Florianópolis – SC, no ano de 2009.

Analisou-se os dados do estudo Epidemiológico *EpiFloripa* 2009 – Estudo das condições de vida e saúde de adultos da zona urbana de Florianópolis- SC. Neste estudo, cujo trabalho de campo foi realizado entre os meses de setembro de 2009 a janeiro de 2010, foram investigados 1.720 adultos com idade entre 20 a 59 anos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIA DA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Para a realização da pesquisa bibliográfica sobre autoavaliação da saúde bucal, foram realizadas buscas nas seguintes bases de dados: *United States National Library of Medicine* (Medline-PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs).

Para todas as bases foram utilizados os termos “*Self-rated oral health*”, e “*Self-rated oral health*” and “*Surveys*”.

A busca foi iniciada pelo PubMed, sem limite de datas e com limite para estudos nos idiomas inglês, espanhol e português, desenvolvidos em seres humanos, com idade maior ou igual a 19 anos (adultos). O termo descritivo “*Self-rated oral health*” foi inserido na base de dados como *Mesh terms* na primeira busca e, em uma segunda etapa foram inseridos como *Mesh terms* os termos “ *Self-rated oral health*” and “*Surveys*”.

A segunda base de dados consultada foi o Lilacs, na qual foram utilizados os termos “*Self-rated oral health*” e “ *Self-rated oral health*” and “*Surveys*” utilizando o formulário de “pesquisa avançada” no qual não há a opção de limitar a pesquisa com relação a idioma e data de publicação. Nesta base de dados não foram encontrados documentos relacionados ao tema.

Os mesmos termos “*Self-rated oral health*” e “ *Self-rated oral health*” and “*Surveys*” foram utilizados para a pesquisa no SciELO. O termo descritivo “*Self-rated oral health*” foi inserido como descritor na primeira busca e, posteriormente foram inseridos os termos “ *Self-rated oral health*” and “*Surveys*”. Os idiomas inglês, português e espanhol estão selecionados automaticamente nesta base.

A seleção dos artigos foi realizada primeiramente analisando-se os títulos e resumos segundo sua pertinência. Em seguida, foi realizada a busca dos textos completos os quais foram utilizados para a revisão bibliográfica. Artigos encontrados simultaneamente tanto na mesma como entre diferentes bases de dados bibliográficos foram selecionados apenas uma vez.

A primeira consulta às bases de dados foi realizada no dia primeiro de maio de 2010 e a última no dia vinte e sete de junho de 2011. A estratégia de busca com base de dados, a data da última consulta e o número de artigos encontrados e selecionados apresenta-se de forma detalhada no Quadro 1.

Quadro 1: Detalhamento da estratégia de busca nas bases PubMed e Scielo.

Base de dados	Pesquisa	Artigos encontrados	Resumos selecionados e analisados	Artigos incluídos na revisão
PubMed 22/08/2011	<i>“Self-rated oral health”</i>	83	27	13
	<i>“Self-rated oral health” and “surveys”</i>	23*	2	5
Scielo 22/08/2011	<i>“Self-rated oral health”</i>	7**	2	2
	<i>“Self-rated oral health” and “surveys”</i>	0	0	0
Total		113	31	20

*Foram encontrados 10 artigos em duplicata.

** Foram encontrados 4 artigos em duplicata.

Dos 31 resumos selecionados foram incluídos 20 artigos na revisão. Os resumos não selecionados utilizavam metodologia diferente da metodologia de interesse, utilizando outros instrumentos para coleta de dados ou as populações possuíam condições diferentes das buscadas, como idade e populações específicas.

Durante a leitura dos artigos, foram selecionadas referências bibliográficas de interesse citadas nos artigos incluídos na revisão, as quais também foram pesquisadas e incluídas na revisão.

2.2 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

A população de Florianópolis segundo o censo de 2010¹⁰ é de 421.203 habitantes, sendo a capital brasileira com o melhor Índice de desenvolvimento humano. Possui alta taxa de alfabetização e uma porcentagem pequena de indivíduos com *per capita* baixa como mostram as tabelas 1 e 2 e uma alta proporção de domicílios com saneamento adequado comparado a proporção de domicílios brasileiros, como mostra a tabela 3.

Tabela 1: Pessoas de 15 anos ou mais de idade que não sabem ler e escrever, total e taxas de analfabetismo por grupos de idade (%), no ano de 2010.

	Pessoas que não sabem ler e escrever	Taxas de analfabetismo		
		15 anos ou mais	15 a 24 anos	25 a 39 anos
Brasil	9,6	2,5	5,6	11,6
Santa Catarina	4,1	0,8	1,7	4,7
Florianópolis	2,1	0,6	0,8	2,4

Fonte: IBGE

Tabela 2: Proporção de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, por classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar *per capita* nominal, ano de 2010.

	Proporção de pessoas, por classes selecionadas de rendimento mensal total domiciliar <i>per capita</i> nominal (%)			
	Até 70,00 R\$	Até 1/4 salário mínimo	= 127,50 R\$	Até 1/2 salário mínimo
Brasil	6,3	15,7	36,8	30,4
Santa Catarina	0,9	3,9	15,2	11,3
Florianópolis	0,3	1,6	8,3	5,8

Fonte: IBG

Tabela 3: Proporção de domicílios particulares permanentes por tipo de saneamento, ano de 2010.

	Adequado	Semi-adequado	Inadequado
Brasil	61,8	30,1	8,1
Santa Catarina	66,3	29,6	4,1
Florianópolis	83,8	16,1	0,0

Fonte: IBGE

2.3 SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO ADULTA BRASILEIRA

O termo saúde bucal, na compreensão mais ampla de saúde, não se restringe exclusivamente a cavidade bucal e suas estruturas anatômicas, seu foco está sobre o indivíduo e na forma como a sua condição bucal, doenças e distúrbios específicos ameaçam a saúde, bem estar e a qualidade de vida ¹¹.

Porém, ao longo da história da Odontologia brasileira e das políticas públicas destinadas ao setor, a atenção a saúde bucal restringiu-se à assistência odontológica destinada a grupos específicos da população, com prioridade ao atendimento de crianças e escolares ¹².

Um reflexo disso é a condição da saúde bucal da população adulta brasileira na qual diversos problemas são observados, entre eles a cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias ¹³, sendo estas uma marca da desigualdade social brasileira ¹⁴.

Uma série de discussões, movimentos e conferências a respeito da modificação dos modelos assistenciais de saúde e também de saúde bucal ¹⁵, culminou com a promulgação da Constituição brasileira no final da década de 1980 ¹⁶. A saúde passa então a ser reconhecida como um direito de todos e um dever do estado e o sistema de saúde tem como princípios a universalidade e integralidade da atenção ¹⁷.

Surge então a necessidade de efetiva mudança do sistema de saúde vigente até o momento. Em 1994 é criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família para assegurar o cumprimento dos princípios instituídos na Constituição e para redirecionar a porta de entrada do sistema de saúde, antes centrada no hospital, para a atenção básica ¹⁸.

A Odontologia passa a fazer parte do Programa de Saúde da Família no ano de 2000, recebendo incentivos financeiros para a sua implantação ¹⁹. Esta inserção foi estimulada pela necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e para estender a toda a população ações e serviços até então centrado em grupos prioritários e urgências atendimento às odontológicas ²⁰.

Com a incorporação das equipes de saúde bucal ao Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família, espera-se que ocorram modificações nos modelos assistenciais até então excludentes e baseados no curativismo, tecnicismo e biologicismo, articulando propostas de vigilância à saúde, baseadas na integralidade da atenção, e também na busca ativa de famílias ²¹.

As políticas de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde (SUS) buscam favorecer a transformação da prática odontológica por meio da incorporação de pessoal auxiliar, novas tecnologias e ações coletivas de saúde, visando alterar suas características epidemiológicas e obter impacto na cobertura da população, contribuindo para a construção da cidadania ²².

Embora muito se tenha avançado em relação à implantação das equipes de saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família, ainda é necessária a transformação das práticas de atenção à saúde e também do processo de trabalho, pois a atenção a saúde bucal não é estendida a todas as pessoas da comunidade, existindo ainda grupos com dificuldade ²³ e desigualdade no acesso e utilização de serviços odontológicos ²⁴.

Se, por um lado houve uma redução considerável na prevalência de problemas bucais, principalmente da cárie dentária na idade de 12 anos, como mostram os dados do mais recente Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, o *SB Brasil 2010*, na população adulta o quadro epidemiológico, apesar de haver melhorado, apresenta uma média de dentes cariados, perdidos e obturados de 16,7 por indivíduo, sendo que 27,5% dos adultos referiram ter sentido dor de dente nos últimos seis meses ²⁵.

Esta condição bucal desfavorável pode trazer, além de dificuldades funcionais como desordens de mastigação e fala, problemas de natureza social como a insatisfação com a aparência, prejuízo na

aceitação social e dificuldade de acesso ao mercado de trabalho causando forte impacto na qualidade de vida desta população²⁶.

Somando-se a isto, a atenção à saúde bucal do adulto deve ser considerada prioridade com a finalidade de preservação dos dentes nesta faixa etária o que refletirá na saúde desta população no futuro, tendo em vista o aumento na expectativa de vida e as condições bucais apresentadas pelos idosos brasileiros²⁷.

Neste contexto, identificar populações prioritárias para as ações de saúde bucal e atendimento odontológico é de grande importância para que seja prestada uma melhor atenção a saúde bucal, e também devido à escassez de recursos na área da saúde. Espera-se que haja a consolidação de modelos assistenciais com base epidemiológica, garantindo atenção à saúde bucal universal com equidade, de acordo com o ideário do SUS²⁸.

2.4 FORMAS DE MENSURAR A SAÚDE BUCAL

Indicadores de saúde tendem a expressar a falta de saúde, sendo medidas de frequência de condições mórbidas e óbitos. Porém, ao longo das últimas décadas houve grandes avanços no desenvolvimento de medidas que levam em conta o impacto dos problemas de saúde não-letais e os aspectos subjetivos relacionados ao conceito de saúde, como o bem estar e satisfação²⁹.

A Política Nacional de Saúde Bucal preconiza que a atenção odontológica deva ser pautada nos problemas e necessidades da população a partir do conhecimento da realidade sócio-cultural e epidemiológica³⁰. E, para mensurar a saúde bucal da população, diferentes tipos de índices e indicadores são utilizados. Entre eles podemos citar os índices objetivos e subjetivos de saúde bucal.

Entre os índices objetivos utilizados para medir doenças bucais, podemos destacar o Índice Periodontal Comunitário (IPC), utilizado para medir doença periodontal, o CPO-D (dentes cariados, perdidos e obturados) relacionado com a cárie dentária, que avalia a condição dental, estimativas de necessidades de tratamento, o Índice de Estética Dental que avalia as anomalias dento-faciais entre diversos outros³¹.

Os indicadores objetivos são baseados em critérios clínicos e tendem a ser insuficientes para mensurar a interferência da condição bucal no cotidiano dos indivíduos³². Ao avaliar as condições de saúde bucal utilizando-se apenas estes critérios, não são levados em consideração outros pontos como os aspectos culturais e sociais que influenciam o padrão de queixas dos indivíduos não compreendendo de maneira adequada seus comportamentos em saúde⁹.

As doenças bucais têm diferente impacto na vida das pessoas e as avaliações que consideram apenas o exame clínico se baseiam no modelo que enfatiza o processo biológico da doença, não conseguem captar as demais dimensões da vida de um indivíduo e as suas conseqüências para a sua saúde⁷. Objetivos e metas de saúde bucal, devem considerar não só a prevalência global da doença bucal, mas também a sua distribuição na população e seu impacto sobre o bem-estar dos grupos da população³³.

A compreensão da própria pessoa sobre a sua saúde pode não estar de acordo com a avaliação clínica profissional podendo haver um contraste conceitual entre os pontos de vista "internos" da saúde, que são baseados na percepção do próprio paciente e, dos pontos de vista "externos" que são baseados nas observações clínicas³⁴, podendo existir uma discrepância entre ambos³⁵.

Os indicadores subjetivos de saúde bucal complementam os índices que fornecem dados objetivos, e podem ser usados como um instrumento de avaliação para complementar as informações clínicas, identificando pessoas ou populações que necessitam de ações educativas, preventivas e curativas⁶.

Desta maneira, o uso de medidas subjetivas tem se tornado cada vez mais importante em relação a avaliações de saúde pois, assim como a saúde geral, a saúde bucal apresenta-se como um conceito multidimensional e é essencial para a qualidade de vida. Esses conceitos se inter-relacionam de maneira complexa de modo que o ponto de vista do paciente é considerado imprescindível em avaliações do seu estado de saúde³⁶.

No Brasil, ainda são poucos os estudos referentes a questões subjetivas envolvendo a saúde bucal, entre eles podemos citar estudos de autopercepção para verificar o impacto da cárie e fluorose dentária na

satisfação com a aparência e mastigação em crianças de doze anos de idade do município de Chapecó, Santa Catarina ³⁷, insatisfação com a aparência dentária relacionada a problemas de má oclusão em adolescentes ^{38; 39} e, também o impacto relacionado a perdas dentárias e utilização de próteses dentárias em idosos, no estado de Minas Gerais ⁴⁰.

Através da pergunta “Como você avalia sua saúde bucal?” Com respostas que variam de pobre a excelente, podemos obter informação sobre a auto-avaliação da saúde bucal. Através desta pergunta, diversos pesquisadores têm explorado uma grande variedade fatores associados à auto-avaliação da saúde bucal ^{41, 42, 43, 44, 45, 46}.

A utilização de medidas de autopercepção da saúde bucal permitem um diagnóstico das condições de saúde bucal dos indivíduos e da sociedade como um todo, que contribui para o planejamento em saúde bucal de acordo com as necessidades da população ⁴⁷. Desta maneira, é importante obter informações sobre as percepções dos pacientes e população sobre sua saúde bucal como parte da rotina da avaliação do estado saúde ⁴³.

2.5 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE BUCAL

Medidas de autoavaliação da saúde têm sido bastante utilizadas em inquéritos populacionais por ser facilmente aplicada e por permitir comparações internacionais ⁴⁸. É uma valiosa fonte de dados sobre o estado de saúde, refletindo características fisiologias e biológicas na consciência individual ⁴⁹. Esta medida é um indicador do declínio funcional orgânico percebido pelo próprio paciente e está fortemente associada com a predição de morbidade e de mortalidade, independente de outras variáveis como comportamento, avaliação médica e características sócio-demográficas ⁵.

A autoavaliação da saúde bucal está associada à autoavaliação da saúde geral e também à qualidade de vida sendo uma medida resumo da saúde bucal do indivíduo. Esta medida está relacionada com a percepção pessoal do estado de saúde, da capacidade funcional e contribui de forma independente para o bem-estar e satisfação com a vida ao longo do tempo ^{43, 44}.

A autoavaliação da saúde bucal engloba aspectos que não são explicados pelos indicadores objetivos, incluindo dor e desconforto que podem levar a dificuldades de alimentação, comunicação e insatisfação com a aparência. Esses fatores podem causar constrangimentos, problemas sociais e baixa auto-estima influenciando o bem estar psicológico e a satisfação com a vida nos indivíduos ^{42, 43}.

Estudos têm demonstrado que a avaliação da saúde bucal em um único item é suficiente para medir a saúde bucal ^{36, 43}, pois, leva em conta o número de sintomas bucais relatados; quanto maior o número de sintomas bucais relatados, pior a forma como os indivíduos classificam sua saúde bucal ³⁶.

Em estudo realizado no Canadá, todas as medidas clínicas de doenças bucais foram associadas à autoavaliação de saúde bucal. Indivíduos que apresentaram maiores níveis de doença periodontal, cárie e perda dentária apresentaram pior autoavaliação da sua saúde bucal. Este estudo também mostrou que indivíduos que relatam mais sintomas bucais, disfunções e incapacidades apresentam pior saúde bucal auto-relatada ⁴².

2.5.1 Características demográficas

A autoavaliação da saúde bucal está associada a fatores demográficos, como cor da pele, sexo e idade. Estes fatores influenciam comportamentos de saúde, uso de serviços odontológicos e condições de saúde bucal como perda de dentes, doença periodontal e cáries ⁵⁰.

Existem disparidades em relação à saúde bucal percebida entre grupos raciais ou étnicos. Estudos realizados nos Estados Unidos têm demonstrado que brancos relatam sua saúde bucal de maneira mais positiva em relação a não-brancos ⁵¹ e Afro-descendentes ⁵². Estudo realizado na África do Sul sugere que a maior insatisfação com a saúde bucal entre negros expressa apenas um aspecto da insatisfação geral com a realidade social vivida por esta população e a necessidade de expressá-la ⁵³.

Em indivíduos mais jovens, as limitações funcionais são um importante preditor para a auto-avaliação da saúde bucal; já em indivíduos mais velhos as deficiências psicológicas são considerados mais importantes ⁴⁴. Diversos estudos têm demonstrado que

indivíduos com mais idade apresentam menor percepção dos problemas bucais, com melhor auto-avaliação da saúde bucal, pois os idosos aceitam a perda dental com maior facilidade considerando que estas perdas fazem parte do envelhecimento^{6, 46, 54}.

Homens e mulheres percebem sua saúde de maneira diferente⁵⁵. Os problemas relacionados com a saúde bucal como dificuldade de mastigação, dor e outros sintomas, e as dificuldades com a alimentação, comunicação e relações sociais são mais acentuados entre as mulheres⁴².

Estudos demonstram que a sobrevivência é menor para os que apresentam pior percepção de saúde⁵ tanto em homens como em mulheres. Porém, embora as mulheres avaliem sua saúde de maneira pior do que os homens, a sobrevivência das mulheres com pior saúde percebida é melhor do que a dos homens que avaliam sua saúde como excelente^{56, 57}. Estas diferenças reforçam a necessidade de atenção especial aos segmentos sociais mais vulneráveis, na perspectiva de atingir maior grau de equidade em saúde⁵⁸.

Em estudo realizado na Austrália entre adultos, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre autoavaliação da saúde bucal entre homens e mulheres⁵⁴. Em estudo realizado no Brasil entre adultos este fato também foi observado⁴⁶. Já em estudo realizado em adolescentes no Brasil, foi observada maior prevalência de autopercepção negativa da saúde bucal no sexo feminino (50,2%) comparado com o sexo masculino (39,4%)⁵⁹. Em estudo realizado no Sul do Brasil, as mulheres adultas apresentaram uma pior percepção da saúde bucal em relação aos homens, porém consultaram 20% a mais o serviço odontológico⁶⁰.

2.5.2 Características socioeconômicas

A condição bucal precária tem um maior impacto sobre o bem-estar daqueles que são financeiramente desfavorecidos⁴². Indivíduos de menor condição socioeconômica apresentam maiores impactos psicossociais com relação a sua saúde bucal, do que os indivíduos mais favorecidos. A renda familiar, insatisfação com a vida, constrangimento pessoal e estresse crônico estão associados com pior autoavaliação da saúde bucal⁶¹.

Adultos desfavorecidos socioeconomicamente perceberam maior impacto negativo dos problemas com seus dentes, boca ou próteses dentárias, relatam maior perda de dentes e avaliam sua saúde bucal menos favoravelmente do que adultos em melhores condições econômicas, em estudo realizado na Austrália³³.

Renda familiar baixa foi associada à auto-avaliação da saúde bucal negativa em estudo também desenvolvido na Austrália, sendo que adultos que apresentaram restrições pessoais tiveram maior chance de avaliar sua saúde bucal de maneira negativa (OR 1,26 – IC95% 1,10; 1,43) e adultos que apresentaram níveis mais elevados de estresse, como inseguranças no trabalho ou estresse financeiro, tiveram maior chance de avaliar sua saúde bucal de forma negativa (OR 1,69 – IC 95% 1,34; 2,13) demonstrando que fatores psicossociais são importantes vias no entendimento entre posição socioeconômica e estado de saúde bucal⁵⁴.

Alguns estudos discutem como as condições da vizinhança podem influenciar comportamentos de saúde e exercer influência sobre a auto-avaliação da saúde bucal⁵². Em um estudo realizado em uma população de adultos no Rio de Janeiro, a condição socioeconômica individual mostrou ter maior poder explicativo para a variação na saúde bucal percebida do que os contextos socioeconômicos das áreas de residência⁶².

Em estudo realizado no Brasil, a renda domiciliar *per capita*, mas não a escolaridade, ocupou uma posição central na predição da melhor autoavaliação da saúde bucal⁴⁶.

Porém, foi observado que maior nível educacional está associado à melhor saúde⁵⁶. Em estudo realizado no Canadá, pessoas com níveis mais baixos de educação tiveram uma maior probabilidade de perceber sua saúde bucal de maneira negativa⁴⁴.

2.5.3 Utilização dos serviços de saúde bucal

O uso de serviços odontológicos exerce influência sobre o estado de saúde da população, pois, são reduzidos os riscos a doença através dos cuidados e da prevenção⁶³. Indivíduos que possuem o hábito de visitas de rotina ao dentista uma vez por ano ou uma vez a cada dois anos percebem sua saúde bucal de forma mais positiva; não visitar o dentista para um exame odontológico de rotina aumenta a

possibilidade de informação sobre sua saúde bucal como ruim ^{64, 65}. Em estudo realizado em São Paulo, adultos que visitaram o dentista pela última vez há mais de três anos, tiveram chance aumentada de auto avaliar a saúde bucal como ruim ⁴⁶. Este estudo também verificou que a saúde bucal percebida de forma positiva é o mais importante preditor da percepção da não necessidade atual de tratamento odontológico.

Também foi observada maior autoavaliação negativa da saúde bucal entre indivíduos que nunca usaram serviços e que apresentavam alterações de tecidos moles ⁶⁶.

A autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos é influenciada pela autopercepção negativa da saúde bucal⁶⁷. Em estudo realizado em idosos brasileiros, indivíduos que percebem sua saúde bucal como regular, ruim ou péssima apresentaram maior necessidade percebida de tratamento odontológico e esta percepção tem influência na procura por atendimento odontológico ⁶⁸.

Em adultos brasileiros, indivíduos que classificam sua saúde bucal de maneira positiva fazem maior utilização de serviço odontológico do que aqueles que avaliam sua saúde bucal de forma negativa ^{60, 69}.

2.5.4 Condição bucal

A condição bucal clínica desfavorável está associada à percepção negativa da saúde bucal. Maior prevalência de cárie dentária não tratada em adolescentes foi associada com pior autopercepção da saúde bucal no Brasil ⁶⁹.

Em estudo realizado em adultos brasileiros, com o objetivo de analisar a associação entre doença periodontal e autopercepção da saúde bucal, a auto-percepção da saúde bucal foi significativamente maior entre os indivíduos que apresentaram doença periodontal em relação aos que não apresentavam. A prevalência de autoavaliação da saúde bucal como ruim foi 40% maior em indivíduos com doença periodontal em comparação com os que não apresentaram a doença, após ajuste para possíveis variáveis de confusão ⁴⁷.

Existe forte e independente associação entre dentição natural funcional e autoavaliação da saúde bucal. Não ter uma dentição natural

funcional aumentou quatro vezes mais a chances de autopercepção negativa da saúde bucal em adultos no Rio de Janeiro ⁶⁴.

A necessidade de prótese total é um aspecto clínico que merecem destaque em relação à autopercepção da saúde bucal. Em estudo realizado em idosos, no Rio Grande do Sul, a não necessidade do uso de prótese total aparece como um fator protetor na auto-avaliação da saúde bucal em relação à aparência dos dentes e tecidos moles e o processo de mastigação e, mostra-se também como um indicador da não interferência da saúde bucal nos relacionamentos sociais. Indivíduos que não necessitavam de prótese total mostraram 3,4 vezes mais chance de perceber a sua saúde bucal como não afetando as suas relações, comparados com aqueles que necessitavam utilizar próteses ⁷⁰.

2.5.5 Estudos populacionais sobre autoavaliação da saúde bucal

A auto-avaliação da saúde utilizando a ferramenta composta por uma pergunta “De que maneira você avalia sua saúde bucal?” contando com cinco categorias de respostas “Muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim” foi aplicada pela primeira vez em inquéritos nacionais de saúde bucal no Brasil no Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. A percentagem de pessoas relatando situação de saúde bucal péssima, ruim ou regular na faixa etária adulta que vai de 35 a 44 anos, foi de 44,7% ⁷¹.

O quadro 2 apresenta um panorama dos estudos nacionais e internacionais sobre autoavaliação da saúde bucal e sua prevalência em adultos.

Quadro 2: Estudos nacionais e internacionais sobre autoavaliação da saúde bucal segundo autor(a), ano de publicação, local do estudo, tamanho da amostra, idade, objetivo do estudo e prevalência da autoavaliação da saúde bucal.

Estudo	Local	Amostra	Idade (anos)	Objetivo do estudo	Prevalência de autoavaliação da saúde bucal
Locker <i>et al</i> *, ⁴²	Canadá Ontário	334	≥ 50	Autoavaliação da saúde bucal, bem estar psicológico	Ruim: 17,4% **

				e satisfação com a vida.	
Silva & Fernandes ⁶	Brasil Araraquara, São Paulo	201	≥ 60	Analisar fatores clínicos, sócio-demográficos e subjetivos que interferem na autopercepção da saúde bucal.	Regular: 42,7% **
Benyamin <i>et al.</i> ^{*43}	EUA	850	73 média	Verificar associação entre autoavaliação da saúde geral e autoavaliação da saúde bucal.	Muito boa/excelente: 37% Boa: 39% Regular/ruim: 24%
Borrell <i>et al.</i> ⁵²	EUA Detroit	535	≥ 18	Efeitos da renda e condição da vizinhança na autopercepção da saúde bucal e da saúde geral entre brancos e afro-americanos.	Regular/ ruim em brancos: 26,3% Regular/ ruim em afro-americanos: 46,2%
Coulter <i>et al.</i> ⁵¹	EUA	2.340	-	Analisar o impacto de diferentes tipos de planos odontológicos e características demográficas no estado de saúde bucal percebida.	Excelente: 20% Muito boa: 37% Boa: 31% Ruim/muito ruim: 12%
Sanders & Spencer ³³	Austrália	3.678	18-91	Perda dental e autoavaliação da saúde bucal.	Excelente: 12% Muito boa: 33% Boa: 33% = Positiva: 77,5% Média: 17% Ruim/muito ruim: 5% = Negativa: 22,5%
Locker	Canadá	498	≥ 53	Identificar as	Excelente:

<i>et al.</i> ⁴⁴				referências utilizadas para classificação da saúde bucal.	13,3%, Muito boa: 26,4%, Boa: 36,4%, Ruim: 17,5% Muito ruim: 6,6%.
Matos & Lima-Costa ⁴⁶	Brasil Região Sudeste	3.240	35-44 e 65-74	Verificar os fatores associados à autoavaliação da saúde bucal.	Adultos: Ótima: 4,3% Boa: 39,9% Regular: 34,4% Ruim: 13,3% Péssima: 8,1% Idosos: Ótima: 4,5% Boa: 54,4% Regular: 28,2%, Ruim: 8,1% Péssima: 4,8%
Afonso-Souza <i>et.al</i> ⁶⁴	Brasil Rio de Janeiro	3252	Média de 49 anos	Frequência de visitas ao dentista e autoavaliação da saúde bucal.	Saúde bucal boa (muito boa/boa/regular): 92,2% Saúde bucal ruim (ruim/muito ruim): 7,8%
Benedetti <i>et.al</i> ³⁵	Brasil Florianópolis Santa Catarina	875	≥ 60	Analisar a percepção da saúde bucal de idosos e o padrão de utilização de serviços odontológicos.	Ótima: 13,6% Boa: 56,6% Ruim: 26,8% Péssima: 3,0%
Pattussi <i>et al.</i> ⁵⁹	Brasil Distrito Federal	1.302	14-15	Investigar fatores psicossociais e clínicos associados a autopercepção da saúde bucal	Saúde bucal boa (excelente/muito boa/boa): 55,4% Saúde bucal ruim (regular/pobre): 44,6%
Tassinari <i>et al.</i> ⁶²	Brasil	2.426	Adultos	Percepção da saúde bucal e	Saúde bucal boa (muito boa /boa):

	Rio de Janeiro			contexto sócio econômico.	64% Saúde bucal ruim (regular/ruim/muito ruim): 36%
Turrell <i>et al.</i> ⁷²	Austrália Adelaide	2.915	43-57	Contribuição independente das desvantagens da vizinhança e do nível sócio-econômico individual no auto-relato da saúde bucal.	Excelente/ muito bom/bom: 80,2% Regular/pobre: 19,8%
Martins <i>et al.</i> ⁶⁷	Brasil	5.326	65-74	Analisar os fatores associados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos.	Ótimo/boa: 54% Regular: 29% Péssima/ruim: 17%
Nunes & Abegg ⁷⁰	Brasil Rio Grande do Sul	618	65-74	Investigar a autopercepção da saúde bucal em idosos.	Excelente/ bom: 46,7% Regular/ruim/muito ruim: 53,3%
Caescaes <i>et al.</i> ⁴⁷	Brasil	11.874	35 a 44	Estudar doença periodontal e autopercepção da saúde bucal.	Saúde bucal boa (Excelente/ boa/muito boa): 76,4% Saúde bucal ruim (ruim/muito ruim): 23,6%
Camargo <i>et al.</i> ⁶⁹	Brasil Pelotas, Rio Grande do Sul	2.961	20 a 60	Avaliar a prevalência de uso regular de serviços odontológicos e os fatores que o influenciam.	Ótima: 14,2% Boa: 44,1 % Regular: 31,8% Ruim/Péssima: 9,9%

Locker <i>et al.</i> ⁶¹	Canadá	2.754	20 a 60	Verificar se os fatores socioeconômicos e psicossociais explicam as disparidades na autopercepção da saúde bucal.	Excelente/muito boa: 49,7 % Boa: 31,8% Regular/ruim: 18,3%
Piovesan <i>et al.</i> ⁶⁵	Brasil Santa Maria, Rio Grande do Sul	792	12	Analisar a influencia da autoavaliação da saúde bucal e fatores socioeconômicos na utilização de serviço odontológico.	Saúde bucal boa (Excelente /Boa): 49,1% Saúde bucal ruim (Regular /Pobre):50,9%

*Estudos longitudinais. Os demais estudos são do tipo transversal.

** Não apresentou outras categorias.

3 JUSTIFICATIVA

Ao verificar quais fatores estão associados a autoavaliação negativa da saúde bucal poderemos identificar pessoas e populações vulneráveis nas quais as doenças bucais causam maior impacto e, assim, traçar estratégias, direcionar recursos e definir prioridades nas ações e serviços de saúde bucal.

São poucos os estudos de base populacional envolvendo medidas autorreferidas de saúde bucal na população adulta no Brasil. Obter informações nesta faixa etária poderá contribuir a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida, reduzindo as seqüelas físicas e sociais das doenças bucais.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal e investigar sua associação com variáveis socioeconômicas, demográficas, de utilização de serviços e de condições de saúde bucal autorreferida em adultos de 20 a 59 anos de idade da cidade de Florianópolis – SC, no ano de 2009.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Estimar a prevalência de indivíduos com autoavaliação negativa da saúde bucal de acordo com as variáveis independentes (socioeconômicas, demográficas, utilização de serviços e de saúde bucal auto-referida).

Testar associações entre autoavaliação negativa da saúde bucal e variáveis socioeconômicas, demográficas, de utilização de serviço e de saúde bucal autorreferida.

Investigar o padrão de desigualdades sociais, econômicas e demográficas associado à auto-avaliação da saúde bucal em adultos brasileiros.

5 MÉTODO

O Estudo Epidemiológico das Condições de saúde da população adulta do município de Florianópolis, Santa Catarina, *EpiFloripa 2009*, foi desenvolvido na área de Epidemiologia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina - PPGSC/UFSC.

O estudo envolveu sete pesquisadores do PPGSP-UFSC, um do Programa de Pós-Graduação em Nutrição da UFSC, um do Programa de Pós-Graduação em Educação Física da UFSC, um do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFPel. Também contribuíram com o estudo alunos de Iniciação Científica, alunos de mestrado dos Programas acima mencionados e da Pós-Graduação em Odontologia, doutorandos dos Programas de Saúde Coletiva e Educação Física e um pós-doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

5.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na zona urbana do município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, entre setembro do ano de 2009 e janeiro do ano de 2010.

A população estimada para Florianópolis em 2007 ¹⁰ foi de 421.240 habitantes, sendo 264.839 equivalentes à faixa etária entre 20 e 59 anos de idade e 96,21% residentes na zona urbana (405.286 habitantes).

5.2 POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA

A população de referência do estudo foi composta por adultos da faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, completos no momento da pesquisa, de ambos os sexos e residentes na zona urbana do município de Florianópolis, estado de Santa Catarina.

5.3 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional.

5.4 AMOSTRA

5.4.1 Cálculo da amostra

O tamanho da amostra foi calculado através da fórmula para cálculo de prevalência para amostra causal simples, adicionada de um valor relativo ao efeito do delineamento estimado (devido à amostragem realizada por conglomerados) em 2 e de uma proporção de perdas previstas de 10%. Utilizou-se a prevalência de 50%, tendo em vista que foram investigados diversos desfechos de saúde, um erro de 4 pontos percentuais e nível de confiança de 5%, resultando em uma amostra igual 1198 indivíduos. A amostra final foi de 2016 pessoas 10% a mais para eventuais perdas ou recusas e 20% para controle de fatores de confusão. Este tamanho de amostra foi considerado adequado para testar associação entre auto-avaliação negativa da saúde bucal e os fatores de interesse do estudo, considerando os seguintes parâmetros: prevalência de avaliação negativa da saúde bucal igual a entre os não expostos de 25%, um risco relativo de 1,3, erro tipo I igual a 5% e poder de 80%.

O processo de amostragem foi realizado através de conglomerados. As unidades de primeiro estágio foram os setores censitários sendo os 420 setores urbanos de Florianópolis, de acordo com o Censo de 2000, estratificados em ordem crescente de renda do chefe da família (R\$ 192,80 - R\$ 13.209,50), e sorteou-se sistematicamente 60 destes setores (com uma fração de amostragem igual a sete, selecionou-se seis setores em cada decil de renda).

As unidades de segundo estágio foram os domicílios, dezesseis mil setecentos e cinquenta e cinco domicílios compunham os 63 setores da amostra (setores pequenos foram fundidos e setores muito grandes desmembrados). Para definir a unidade amostral, os domicílios foram sorteados com uma fração de amostragem igual a oito, totalizando 2.094 domicílios sorteados. Com isto, foi previsto um tamanho de amostra para o estudo de 2.016 adultos ou 32 adultos em cada setor censitário.

5.4.2 Perdas e recusas

Foram consideradas perdas os domicílios visitados quatro vezes sem que o entrevistador localizasse a pessoa (sendo uma visita em finais de semana e outra noturna) ou quando o participante recusou-se a participar do estudo.

5.5 VARIÁVEIS

5.5.1 Variável dependente

A variável dependente utilizada foi à auto-avaliação da saúde bucal. A variável foi dicotomizada, assumindo duas categorias: auto-avaliação da saúde bucal positiva que inclui as categorias muito boa e boa e, auto-avaliação da saúde bucal negativa que inclui autoavaliação regular, ruim e muito ruim. Esta forma de categorização foi utilizada em diversos estudos nacionais e internacionais^{8, 46, 51, 62, 66, 68}. A forma como a variável foi coletada encontra-se descrita no quadro 3.

5.5.2 Variáveis independentes

Variáveis demográficas:

- Sexo: Masculino e Feminino
- Idade: em anos completos até o momento da pesquisa.
- Cor da pele auto-referida

A utilização da cor de pele auto-referida é uma medida utilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE onde as pessoas declaram sua cor de pele segundo com as seguintes opções: branca, preta, amarela, parda ou indígena⁷³.

Variáveis socioeconômicas:

- Renda *per capita*: Medida do total do ganho familiar no mês anterior à entrevista dividida pelo total de residentes no domicílio.
- Escolaridade em anos completos com sucesso escolar

Variáveis de utilização de serviço

- Última consulta ao dentista
- Local da última consulta

Variáveis das condições de saúde bucal autorreferida

- Número de dentes naturais presentes
- Percepção de necessidade de tratamento dentário
- Uso de prótese Total
- Boca seca
- Dificuldade de alimentação
- Dor de dente

A forma como as variáveis foram coletadas e depois categorizadas está expressa no Quadro 3, exposto abaixo.

Quadro 3: Variável utilizada, forma como a variável foi coletada e categorização das variáveis sócio-demográficas, socioeconômicas, de acesso a serviço odontológico e de condições de saúde bucal autorreferidas.

Variável	Pergunta utilizada na coleta	Categoria de resposta	Variável categorizada
Auto-avaliação da saúde bucal	Com relação aos seus dentes o (a) Sr.(a) está :	(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito (9) IGN	Positiva (muito boa/boa) Negativa (regular/ruim/muito ruim)
Auto-avaliação da saúde	Em geral o (a) Sr.(a) diria que sua saúde é:	(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) IGN	Positiva (muito boa/boa) Negativa (regular/ruim/muito ruim)
Sexo	Sexo do (a) entrevistado(a); assinale uma das opções:	(1) masculino (2) feminino	Masculino Feminino
Cor da pele	O (A) Sr.(a)	(1) Branca	Branca

auto-referida	considera a sua cor da pele:	(2) Parda (3) Negra ou preta (4) Amarela (5) Indígena (9) IGN	Parda Preta Amarela Indígena
Idade Categorizada	Quantos anos o (a) Sr.(a) tem? (Marcar os anos completos)	Idade __ __ (99) não informou	20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos 50 a 59 anos
Renda <i>per capita</i> em reais em tercís	No mês passado, quanto receberam EM REAIS as pessoas que moram na sua casa? Renda T é a soma da renda do entrevistado adicionada da soma da renda das outras pessoas)	renda1 Entrevistado __ renda2 ____ renda3 ____ renda4 ____ renda5 ____ renda6 ____ renda7 ____ renda8 ____ renda9 ____	3 ^o tercíl (≥ 1314 R\$) 2 ^o tercíl (561 – 1300 R\$) 1 ^o tercíl (≤560 R\$)
Escolaridade em anos de estudo completos	Até que série/ano o (a) Sr.(a) completou na escola?	(1) Anesc __ __ (77) Outros (especificar) __ (88) NSA (99) IGN	≥12 9 a 11 5 a 8 ≤ 4
Número de dentes naturais presentes	Lembrando dos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) tem: Lembrando dos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) tem (adultos têm:	(1) 10 dentes naturais ou mais (2) < 10 dentes naturais (3) Nenhum dente natural (9) IGN (1) 10 dentes naturais ou mais (2) < 10 dentes naturais (3) Nenhum dente natural (9) IGN	≥ 10 nos 2 arcos < de 10 em pelo menos 1 arco Nenhum

Última consulta ao dentista	Quando consultou dentista pela última vez?	(1) Menos de 1 ano (2) 1 a 2 anos (3) 3 anos ou mais (8) NSA (9) IGN	< de um ano 1 a 2 anos 3 anos ou mais
Local da última consulta	Onde foi a última consulta?	(1) Consultório particular (2) Consultório público (3) Outros. Qual? _____ — (8) NSA (9) IGN	Consultório particular Consultório público Outros
Percepção de necessidade de tratamento dentário	O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário?	(1) Sim (2) Não (9) IGN	Não Sim
Uso de prótese Total	O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total)?	(1) Sim (2) Não (9) IGN	Não Sim
Boca seca	Com que freqüência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca?	(1) Nunca (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre (9) IGN	Nunca Alguma vez (de vez em quando, frequentemente e sempre)
Dificuldade de alimentação	Com que freqüência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?	(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (9) IGN	Nunca Alguma vez (raramente, de vez em quando, frequentemente e sempre)
Dor de dente	Nos últimos 6	(1) Sim	Não

	meses, isto é<MÊS>, o(a) Sr.(a) teve dor de dente?	(2) Não (8) NSA	Sim
--	--	--------------------	-----

5.6 EQUIPE DE CAMPO

A coleta de dados foi realizada por 35 entrevistadoras, do sexo feminino, com ensino médio completo e realizaram o trabalho de campo em tempo integral. As entrevistas foram realizadas nos domicílios, de forma individual.

Os coordenadores e supervisores do estudo foram responsáveis pelas etapas de seleção e treinamento da equipe e também pela confecção de um manual de instruções utilizado.

5.7 PRÉ-TESTE E ESTUDO PILOTO

Após o treinamento, foi realizado o pré-teste do questionário que visou adequá-lo para o trabalho de campo. Participaram desta etapa 30 adultos da mesma faixa etária da pesquisa.

O estudo piloto foi realizado em setores censitários próximos a UFSC e dois obtidos através de sorteio onde cada entrevistadora realizou pelo menos três entrevistas. Estas entrevistas não foram utilizadas no estudo propriamente dito.

5.8 CONTROLE DE QUALIDADE

Para o controle de qualidade, aproximadamente 15 por cento ($n = 248$) dos pesquisados foram entrevistados duas vezes. A segunda entrevista foi realizada por telefone e foi utilizado um questionário reduzido pelo supervisor do estudo. A reprodutibilidade foi considerada satisfatória com valores de *kappa* e coeficiente de correlação intra classe variando entre 0,6 a 0,9.

5.9 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Foram utilizados 35 (*Personal Digital Assistants*) PDAs cedidos pelo IBGE de Santa Catarina. O arquivo final foi exportado para

o programa STATA 9.0 licenciado para o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC.

5.10 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada a estatística descritiva com o número de indivíduos em cada variável assim como sua proporção segundo categorias e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Também foi calculada a prevalência da autoavaliação da saúde bucal negativa com intervalo de confiança de 95% para cada categoria das variáveis estudadas.

Realizou-se a análise bivariada, através do teste qui-quadrado e qui-quadrado de tendência linear quando apropriado. As variáveis que apresentaram associação estatística com o desfecho ($p < 0,20$) seguiram para a análise multivariável. Posteriormente realizou-se análise de regressão multivariável de Poisson, estimando-se as Razões de Prevalência. A opção pela regressão de Poisson deve-se ao fato da prevalência do desfecho ser maior que 20%; nesta situação a Regressão Logística que estima a razão de chances (OR), superestima a Razão de Prevalência⁷⁴. Para a análise multivariável seguiu-se um hipotético modelo hierárquico de determinação⁷⁵.

Todas análises foram realizadas no programa STATA 9.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos). O peso amostral e efeito do delineamento foram considerados em todas as análises utilizando o comando *svy* do STATA.

5.10. 1 Modelo Hierárquico

O modelo apresentará 4 blocos como descrito (quadro 4).

Nível 1: Condições demográficas

As condições demográficas como cor da pele, sexo e idade, ocupam um espaço distal na determinação de doenças bucais, exercendo influência sobre as condições socioeconômicas como a renda e a escolaridade¹⁴, utilização de serviços, condições bucais e finalmente na auto-avaliação da saúde bucal.

Com relação à cor da pele, é observado que a discriminação racial é fator estruturante das desvantagens econômicas e sociais enfrentadas por minorias étnico-raciais no Brasil ⁷⁶. Desigualdades raciais estão presentes na população negra em diferentes momentos da vida do indivíduo, desde a infância, passando pelo acesso à educação, à infra-estrutura urbana e cristalizando-se no mercado de trabalho e, por consequência, no valor dos rendimentos obtidos e nas condições de vida como um todo ⁷⁷. Segundo Lopes ⁷⁸, mulheres e homens, populações indígenas, negros e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer. Tanto a cor da pele como o sexo geram discriminação e segmentação ocupacional e salarial causando disparidades de renda e exercendo efeito sobre as condições socioeconômicas da população ⁷⁸.

Nível 2: Condições sócio econômicas

As condições de renda exercem influências sobre o padrão alimentar, moradia, acesso a conhecimentos e cuidados médicos e a inúmeros acontecimentos que atuam de maneira direta na exposição a fatores de riscos para várias doenças, incluindo as doenças bucais ⁷⁹.

Piores condições socioeconômicas e condições de vida precárias dificultam a prioridade do cuidado da saúde bucal e também levam a dificuldades no acesso aos serviços odontológicos tendo como consequências atenção a saúde bucal de pior qualidade e perdas dentárias. Estas diferenças observadas entre classes sociais deixam marcas bucais causadas pela iniquidade e prejuízos à auto-estima e inclusão social ⁸⁰.

Com relação à escolaridade, embora as relações causais com desfechos em saúde não sejam imediatas elas exercem importante influência na compreensão das desigualdades nos níveis de saúde da população ⁷⁹. A escolaridade também é vista como uma das principais barreiras para o uso de serviços odontológicos ⁸¹.

Nível 3: utilização de serviços

O uso de serviços odontológicos exerce influencia sobre o estado de saúde bucal da população e o acesso a serviços de saúde no Brasil é fortemente influenciado pela condição social ⁸², renda e escolaridade ⁸⁰. A utilização de serviços ameniza condições de saúde

desfavoráveis ⁸³, através do controle e tratamento das doenças bucais. Ter alta escolaridade, maior nível socioeconômico, ser do sexo feminino, estiveram associadas positivamente ao uso de forma regular de serviços odontológicos ⁶⁹.

Nível 4: condição bucal

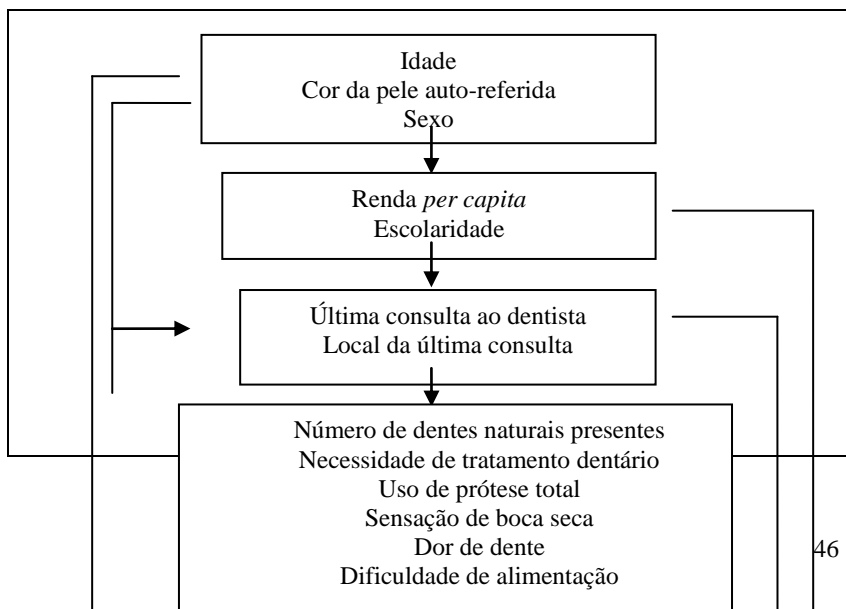
A condição da saúde bucal é influenciada também pela cor da pele, local da moradia, renda e escolaridade ⁷⁹. E, segundo Bastos, a ligação entre estrutura social e saúde bucal pode-se dar por meio de vias materiais, comportamentais e psicossociais ⁸⁴.

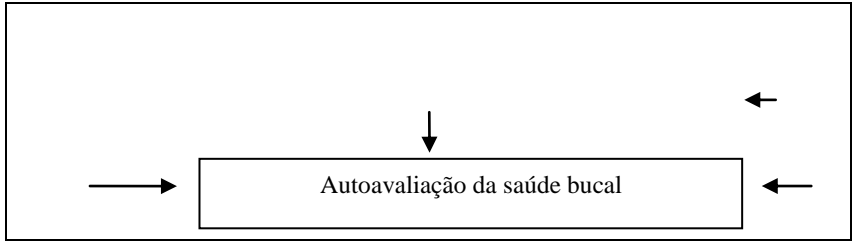
Problemas bucais como a cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços. Segundo Silva *et al* ⁸⁵, ser homem, ter menos idade, possuir melhores condições de instrução e moradia interfere na manutenção dos dentes .

Desfecho: auto-avaliação da saúde bucal.

O modelo proposto considera que a maneira como o indivíduo auto-avalia sua saúde bucal da saúde bucal sofre influência de fatores demográficos, socioeconômicos, utilização de serviços e condição bucal.

Quadro 4: Modelo hierárquico proposto para a Análise Multivariável.





6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), parecer substanciado, projeto número 351/08 em 15 de dezembro de 2008 o qual consta no anexo 2. Foram solicitadas assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa que consta no anexo 3.

7 RESULTADOS

Os resultados e a discussão deste estudo serão apresentados no Apêndice, sob a forma de artigo científico a ser submetido à Revista de Saúde Pública.

8 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. *World Health Organization: Geneva*, 1946.
2. Segre M, Ferraz FC. The health's concept. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31 538 (5): 538-42.
3. World Health Organization Quality of Life Assessment Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.
4. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Moesgaard-Iburg K. "Comparative Analyses of More Than 50 Household Surveys on Health Status." In Murray CJL et al. *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement, and Applications*. World Health Organization: Geneva, 2002. p. 369-86.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38 (1):21-37.
6. Silva SRC, Fernandes RAC. Self-perception of oral health status by the elderly *Rev Saúde Pública* 2001; 35 (4): 349-355.
7. Leão A, Sheiham A. Relation between Clinical Dental Status and Subjective Impacts on Daily Living. *J Dent Res* 1995; 74(7):1408-13.
8. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(4): 348-59.
9. Hiramatsu DA, Franco LJ, Tomita NE. Influence of acculturation on self-perceived oral health among Japanese-Brazilian elderly. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(11):2441-2448.
10. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010, Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
11. Locker D. Concepts of Oral Health, Disease and the Quality of Life. In: Slade G. *Measuring oral health and quality of life*. Chapel Hill. Department of Dental Ecology, University of North Carolina 1997.p. 12-23.

12. Nickel DA, Lima FG, Silva BB. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2):241-6.
13. Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Early tooth loss in adults aged 35 – 44. State of São Paulo, Brazil, 1998. *Rev. Bras. Epidemiol* 2003; 6 (1),49-57.
14. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8): 1803-14.
15. Brasil. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília, BR. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 5 de outubro de 1986.
16. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
17. Brasil - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 — Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União 1990; I,(1): 18055-59.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Manual do Agente Comunitário de Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Brasília, 1991.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União 29 dez 2000.
20. Baldani MH, Brito WH, Lawder JAC, Mendes YBE, Silva FFM, Antunes JLF. Individual determinants of dental care utilization among low-income adult and elderly individuals. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(1): 150-62.
21. Souza TMS, Roncalli AG. Oral health in the Brazilian Family Health Program: a health care model evaluation. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2727-39.
22. Pauleto ARC, Pereira MLT, Cyrino EG. Oral health: a critical review about educative programmes for students. *Ciêñ Saúde Colet* 2004; 9(1):121-30.

23. Baldani MH, Fadel CB, Possamai T, Queiroz MGS. Inclusion of oral health services in the Family Health Program in the State of Paraná, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(4):1026-35.
24. Barros AJD, Bertoldi AD. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. *Ciênc saúde colet* 2002; 7(4): 709-17.
25. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Resultados Principais. Brasília, 2010. Disponível em [www.sbbrasil2010.org](http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil) <http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil>.
26. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saúde Colet* 2005; 10(4):1015-24
27. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2):626-31.
28. Roncalli AG. Epidemiology and public health dentistry: a shared walkway *Cien Saúde Colet* 2006, 11(1):105-14.
29. Costa AJL, Kale PL, Vermelho LL. “Indicadores de Saúde”. In: Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo, 2009. p.31-82.
30. Brasil - Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica; 17 - Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica /Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2008.
31. World Health Organization. Oral Health surveys: basic methods. 4 ed. 1997. Geneva: World Health Organization.
32. Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Oral health and daily performance in adults in Chapecó, Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1846-58.
33. Sanders AE, Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28 (2):159-67.

34. Sen A. Health: perception versus observation Self-reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *BMJ* 2002; 13; 324(7342): 860–61.
35. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Elderly people living in Florianópolis: self-perception of oral health conditions and use of dental services. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12 (6): 1683-90.
36. Kieffer JM, Hoogstraten J. Linking oral health, general health, and quality of life. *Eur J Oral Sci* 2008; 116 (5): 445–50.
37. Peres KG, Latorre MR, Peres MA, Traebert J, Panizzi M. Impact of dental caries and dental fluorosis on 12-year-old schoolchildren's self-perception of appearance and chewing. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(1):323-30.
38. Borges CM, Peres MA, Peres KG. Association between malocclusion and dissatisfaction with dental and gingival appearance: study with Brazilian adolescents. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(4): 713-23.
39. Peres KG, Barros AJD, Anselmi L, Peres MA, Barros FC. Does malocclusion influence the adolescent's satisfaction with appearance? A cross-sectional study nested in a Brazilian birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol* 2008; 36(2) 137–43.
40. Silva MES, Villaça EL, Magalhães CS, Ferreira EF. Impact of tooth loss in quality of life. *Cien Saúde Colet* 2010; 15(3): 841-50.
41. Atchison KA, Gift HC. Perceived oral health in a diverse sample. *Adv Dent Res* 1997; 11(2): 272-80.
42. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. *J Dent Res* 2000; 79(4): 970-75.
43. Benyamini Y, Leventhal H, Leventhal EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med* 2004; (59)109–1116.
44. Locker D, Mscn EW, Jokovic A. What Do Older Adults' Global Self-ratings of Oral Health Measure? *J Public Health Dent* 2005; 65 (3):146-52.
45. Al Shamrany M. Oral health-related quality of life: a broader perspective. *East Mediterr Health J* 2006; 12(6): 894-901.

46. Matos DL, Lima-Costa MF. Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: results from the SB-Brasil Project, 2003. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1699-1707.
47. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009; 36 (1): 25–33.
48. Carlson P. Self-perceived health in East and West Europe: Another European health divide. *Soc Sci Med* 1998; 46(10):1355-66.
49. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009; 69: 307–16.
50. Matthias RE, Atchison KA, Lubben JE, De Jong F, Schweitzer SO. Factors affecting self-ratings of oral health. *J Public Health Dent* 1995; 55(4):197-204.
51. Coulter I, Yamamoto JM, Marcus M, Freed J, Der-Martirosian C, Guzman-Becerra N, Brown J, Guay A. Self-reported oral health of enrollees in capitated and fee-for-service dental benefit plans. *JADA* 2004; 135:1606-15.
52. Borrell LN, Taylor GW, Borgnakke WS, Woolfolk MW, Nyquist LV. Perception of general and oral health in White and African American adults: assessing the effect of neighborhood socioeconomic conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 363–373.
53. Gilbert L; Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 47-51.
54. Sanders AE, Spencer AJ .Why do poor adults rate their oral health poorly? *Australian Dent Journal* 2005; 50: (3):161-7.
55. Mathers CD, Murray CJL, Ezzati M, Gakidou E, Salomon JA, Stein C. Population health metrics: crucial inputs to the development of evidence for health policy. *Popul Health Metr* 2003; 14;1(1):6.
56. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in US. *Soc Sci Med* 2003; 56(12):2505-14.
57. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC; Malta DC. Self-rated health and associated factors, Brazil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(Supl. 2): 27-37.

58. Hofellmann DA, Blank N. Self-rated health among industrial workers in Southern Brazil *Rev Saude Publica* 2007; 41 (5):777-87.
59. Pattussi MP, Olinto MTA, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35 (5): 377-86.
60. Araujo CS, Lima RC, Peres MA, Barros, AJD. Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 (5): 1063-72.
61. Locker, D. Self-Esteem and Socioeconomic Disparities in Self-Perceived Oral Health. *J Public Health Dent* 2009; 69(1):1-8.
62. Tassinari WS, León AP, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS, Chor D, Nadanovsky P. Socioeconomic context and perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro, Brazil: a multilevel analysis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(1):127-36.
63. Petersen PE. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme WHO/NMH/NPH/ORH/03.2 The World Oral Health Report 2003.
64. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes, CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35 (5): 393-400.
65. Piovesan C, Antunes JLF, Guedes RS, Ardenghi TM. Influence of self-perceived oral health and socioeconomic predictors on the utilization of dental care services by schoolchildren. *Braz Oral Res* 2011; 25 (1): 69-75.
66. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Objective and subjective factors related to self-rated oral health among the elderly. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2):421-35.
67. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Factors associated to self perceived need of dental care among Brazilian elderly. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(3): 487-96.

68. Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Factors associated with subjective need for dental treatment in elderly Brazilians. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(12):2661-71.
69. Camargo MJB, Barros D, Dumith AJD. Regular use of dental care services by adults: patterns of utilization and types of services. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(9):1894-1906.
70. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology* 2008; 25(1):42-8.
71. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2004.
72. Turrell G, Sanders AE, Slade GD, Spencer AJ, Marcenes W. The independent contribution of neighborhood disadvantage and individual-level socioeconomic position to self-reported oral health: a multilevel analysis. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35: 195–206.
73. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):660-78.
74. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.
75. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual framework in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 224-27.
76. Chor D, Lima CRA. Epidemiologic aspects of racial inequalities in health in Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005, 21(5):1586-94.
77. Heringer R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18, 57-65.
78. Lopes F. Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1595-1601.

79. Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zange SE, Antunes JL. 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):673-8.
80. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2007, 23(6):1383-92.
81. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
82. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. *Cien Saúde Colet* 2006; 11 (4) 975-86.
83. Pinheiro RS, Torres TZG. Access to oral health services between Brazilian States. *Ciênc. saúde coletiva* 2006,11:4, p.999-1010.
84. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(6):1611-21.
85. Silva DD, Rihs LB, Sousa MLR. Factors associated with maintenance of teeth in adults in the State of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(11):2407-18.

9 APÊNDICE

**Artigo: Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos:
estudo de base populacional.**

**Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos: estudo
de base populacional**

**Inequalities in self-rated oral health among adults: a population-
based study**

Título corrido: Autoavaliação da saúde bucal em adultos.

**Carla Antoni Luchi ^a, Karen Glazer Peres ^{a,b}, João Luiz Bastos ^b,
Marco Aurélio Peres ^{a,b}**

^aPrograma de Pós-Graduação de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

^bPrograma de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde,
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Marco Aurélio Peres

Universidade Federal de Santa Catarina

Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Campus Universitário – Trindade - Florianópolis, SC CEP 88010-970.

E-mail: mperes@ccs.ufsc.br

RESUMO

Objetivo: Investigar desigualdades sociodemográficas na autoavaliação da saúde bucal em adultos brasileiros.

Método: Estudo transversal, conduzido em 2.016 adultos de 20 a 59 anos de idade em 2009, em Florianópolis, Brasil. A amostra foi obtida por duplo estágio (setores censitários e domicílios). Os dados foram coletados através de entrevistas face-a-face, realizadas nos domicílios dos participantes. O desfecho foi a autoavaliação da saúde bucal e as variáveis exploratórias foram caracterizadas em blocos demográficos, socioeconômicos, de utilização de serviços e de condições bucais autorreferidas. Foi realizada análise de regressão multivariável de Poisson, sendo estimadas as razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%.

Resultados: A taxa de resposta foi de 85,3% ($n=1.720$). A prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal foi de 33,2% (IC 95% - 29,8; 36,6). Na análise ajustada, idade avançada, referir-se como pardo, possuir menor escolaridade, ter consultado o dentista há três anos ou mais, ter realizado a última consulta em consultório público, possuir menos de 10 dentes naturais presentes em pelo menos um arco, perceber necessidade de tratamento odontológico, apresentar sensação de boca seca e dificuldade de alimentação em virtude dos dentes foram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal.

Conclusão: A autoavaliação da saúde bucal é uma medida que reflete as desigualdades em saúde, estando relacionada com piores condições socioeconômicas, menor uso de serviços de saúde e pior condição bucal autorreferida.

Palavras-chave: saúde bucal; desigualdades em saúde; inquéritos populacionais; auto avaliação de saúde; adultos.

ABSTRACT

Objective: To investigate socio-demographic inequalities in self-rated oral health in Brazilian adults.

Method: Cross-sectional study, carried out among 2,016 adults between 20 and 59 years of age in 2009 in Florianópolis, Brazil. We adopted a two-stage (census tracts and households) sampling design. Data were collected through face-to-face interviews, conducted at participants' homes. The outcome was self-rated oral health. The exploratory variables were demographic characteristics, indicators of socioeconomic position, dental service utilization and adverse self-reported oral health conditions. Analysis was performed using multivariable Poisson regression, which allowed the estimation of prevalence ratios and its confidence intervals of 95%.

Results: The response rate was 85.3% ($n = 1,720$). The prevalence of negative self-rated oral health was 33.2% (95% CI - 29.8; 36.6). In the adjusted analysis, being of an older age, self-classifying as light-skinned black, showing lower education, having the last dental appointment for three years or more, attending public dental offices, having less than 10 natural teeth present in at least one arch, self-reporting need for dental treatment, reporting dry mouth, and showing difficulty to eat because of the teeth were associated with negative self-rated oral health.

Conclusion: Self-rated oral health reflects social inequalities in health, and is associated with low socioeconomic status, less frequent use of dental services and poorer self-reported oral health conditions.

Key words: oral health, inequalities in health, surveys, self-rated health, adults.

INTRODUÇÃO

Problemas bucais, como cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias, são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços de saúde.³⁴ Estes agravos apresentam impacto negativo na vida cotidiana das pessoas,¹⁶ gerando tanto dificuldades funcionais, como desordens na mastigação e na fala, quanto problemas para a sociabilidade, como a insatisfação com a aparência, dificuldade de aceitação social e restrições no acesso ao mercado de trabalho.³⁸

Tradicionalmente, índices clínicos são utilizados para medir agravos bucais,⁴⁰ porém, estes tendem a ser insuficientes para mensurar a interferência da condição bucal no cotidiano dos indivíduos.¹⁵ Neste sentido, ao logo das últimas décadas, houve expressivos avanços no desenvolvimento de medidas que levam em conta o impacto dos problemas de saúde não-letais, e os aspectos subjetivos, relacionados aos conceitos de saúde, bem-estar e satisfação.¹⁰

O uso de medidas subjetivas tem se tornado cada vez mais importante em relação a avaliações tanto de saúde geral como de saúde bucal.¹⁴ Estudos têm demonstrado que a avaliação da saúde bucal em um único item constitui uma medida síntese da saúde bucal do indivíduo.^{5, 14} Sua utilização permite um diagnóstico das condições de saúde bucal dos indivíduos e da sociedade.⁹ A saúde bucal autoavaliada está relacionada com a percepção do estado de saúde, da capacidade funcional e contribui, de forma independente, para o bem-estar e satisfação com a vida ao longo do tempo.¹⁸

Indivíduos que relatam mais sintomas bucais, disfunções e incapacidades apresentam pior saúde bucal autorrelatada,¹⁴ enquanto indivíduos que avaliam sua saúde bucal de maneira negativa apresentam piores condições clínicas em relação aos que avaliam sua saúde bucal de maneira positiva.^{9, 18} Dessa forma, a utilização da auto-avaliação da saúde bucal em inquéritos populacionais, por ser uma medida mais fácil de ser produzida do que a realização de exames clínicos, proporciona a identificação do estado de saúde bucal de uma população e de seus fatores associados de uma maneira rápida,²⁸ contribuindo para o planejamento em saúde de acordo com as necessidades da população.⁹

É de grande importância identificar populações prioritárias para as ações de saúde bucal e atendimento odontológico para que haja a consolidação de modelos assistenciais com base epidemiológica,

dirigidos ao princípio da equidade.³¹ Obter informações sobre a condição bucal e seu impacto na vida das pessoas adultas tem o potencial de contribuir para reduzir as seqüelas físicas e sociais das doenças bucais com a finalidade de preservação dos dentes, melhora da saúde e qualidade de vida nesta faixa etária, o que refletirá na saúde desta população no futuro, tendo em vista o aumento na expectativa de vida.³³

Em pesquisa realizada em dezembro de 2011 na base de dados da *United States National Library of Medicine* (Medline-PubMed), utilizando a chave de busca ("Oral health"[mesh] AND ("self concept"[mesh] OR "self assessment"[mesh]), foram encontrados 391 trabalhos realizados em diversas populações e faixas etárias. No Brasil, foi identificado apenas um estudo epidemiológico de base populacional que utilizou a autoavaliação da saúde bucal como seu objeto de investigação na idade adulta.²³ O presente estudo objetivou investigar desigualdades sociodemográficas na autoavaliação da saúde bucal em adultos.

MÉTODOS

Este trabalho é parte integrante da linha de base de um estudo de coorte de base populacional, denominado *EpiFloripa* – Estudo Epidemiológico das Condições de saúde da população adulta do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, desenvolvido entre setembro de 2009 e janeiro de 2010. Florianópolis é a capital do Estado de Santa Catarina, localizada no sul do Brasil, e conta com uma população de 404.224 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano de 0,875,⁸ ocupando a quarta posição entre os municípios do Brasil. A população de referência do estudo foi composta por adultos da faixa etária entre 20 e 59 anos de idade, completos no momento da pesquisa, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município.

Amostra

O tamanho da amostra foi calculado através da fórmula para cálculo de prevalência para amostra causal simples, adicionada de um valor relativo ao efeito do delineamento estimado (devido à amostragem realizada por conglomerados) em dois. Utilizou-se a prevalência do desfecho como de 50%, tendo em vista que foram investigados diversos desfechos de saúde, um erro de quatro pontos percentuais e nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra igual a 1.198 indivíduos.

A amostra final foi igual a 2.016 pessoas, adicionando 10% para compensar recusas e 20% para controle de fatores de confusão na análise multivariável. Este tamanho de amostra foi considerado adequado para testar associação entre autoavaliação negativa da saúde bucal e os fatores de interesse do estudo, com um poder de 80% (erro tipo II, $\beta=20\%$) e um erro tipo I igual a 5% para estimar uma razão de prevalência de 1,3, considerando a prevalência de avaliação negativa da saúde bucal igual entre os não expostos como de 24%.

O sorteio foi realizado em duplo estágio, com as unidades primárias de amostragem sendo os 420 setores censitários domiciliares urbanos que compõem o município. Os setores censitários foram estratificados em ordem crescente de renda do chefe da família, sorteando-se sistematicamente 60 setores com uma fração de amostragem igual a sete, resultando em seis setores para cada decil de renda. As unidades amostrais secundárias foram os domicílios. O número de domicílios habitados variou de 61 até 754 entre os setores. Para reduzir o coeficiente de variação, os setores foram reorganizados através de fusão e divisão destas unidades. O coeficiente de variação inicial era de 55% ($n=60$ setores) e o final foi de 32% ($n=63$ setores). Dezesesseis mil setecentos e cinquenta e cinco domicílios compunham os 63 setores da amostra. Para definir a unidade amostral, os domicílios foram sorteados com uma fração de amostragem igual a oito, totalizando 2.094 domicílios sorteados. Obteve-se um tamanho amostral de 2.016 adultos ou 32 adultos em cada setor censitário.

A coleta dados foi realizada por 35 entrevistadoras, todas do sexo feminino. As entrevistas face-a-face foram realizadas nos domicílios, de forma individual. Foi realizado um treinamento com as entrevistadoras e, posteriormente, realizou-se o pré-teste do questionário com 30 adultos da mesma faixa etária da pesquisa. Também foi realizado um estudo-piloto, em que cada entrevistadora realizou, pelo menos, três entrevistas. Foi conduzido controle de qualidade, em que aproximadamente 15% ($n=248$) das entrevistas foram realizadas duas vezes, através de questionário contendo um menor número de questões. A reprodutibilidade do questionário foi considerada satisfatória, com valores de *kappa* e coeficiente de correlação intra-classe entre 0,6 a 0,9.

Variáveis

A variável dependente foi a autoavaliação da saúde bucal, obtida através de uma pergunta com cinco opções de resposta: “Com relação aos seus dentes, o (a) Sr.(a) está: muito satisfeito, satisfeito, nem

satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito”. A variável foi dicotomizada em autoavaliação da saúde bucal positiva, que incluiu as categorias muito satisfeito e satisfeito e autoavaliação da saúde bucal negativa, que incluiu as categorias nem satisfeito nem insatisfeito, insatisfeito ou muito insatisfeito. Esta forma de categorização foi utilizada em diversos estudos nacionais^{20, 23, 24, 28, 35} e internacionais.¹¹

As variáveis independentes utilizadas foram divididas em blocos, sendo o primeiro bloco composto pelas variáveis demográficas – sexo, idade em anos completos (categorizada em 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos), cor da pele autorreferida (branca, parda, preta, amarela e indígena)³⁶. O segundo bloco foi composto pelas variáveis socioeconômicas – renda *per capita* em tercis (total de rendimentos de todas as pessoas residentes no domicílio, em Reais, no mês anterior à entrevista, dividido pelo total de residentes no domicílio, sendo o 3º tercil \geq R\$1.314,00, 2º tercil entre R\$561,00 e R\$1.300,00 e o 1º tercil \leq R\$560,00) e escolaridade em anos completos de estudo (\geq 12, 9 a 11, 5 a 8 e \leq 4 anos). No terceiro bloco, foram consideradas as variáveis de utilização de serviços – tempo decorrido da última consulta ao dentista (< de 1 ano, 1 a 2 anos e \geq 3 anos) e local da última consulta (consultório particular, consultório público e outros locais). O último bloco foi constituído pelas variáveis de condições de saúde bucal autorreferidas – número de dentes naturais presentes (esta variável foi coletada perguntando-se sobre a presença de 10 dentes naturais ou mais, menos de 10 dentes naturais ou nenhum dente natural em ambas as arcadas dentárias). Foi produzida uma combinação das respostas em categorias de \geq 10 dentes nos dois arcos, < de 10 dentes em, pelo menos, um arco e nenhum dente natural presente. Percepção de necessidade de tratamento dentário (sim ou não), uso de prótese total (sim ou não), sensação de boca seca (coletada em cinco categorias: nunca, de vez em quando, freqüentemente, sempre e ignorado e categorizada em nunca ou alguma vez – de vez em quando, freqüentemente e sempre), dificuldade de alimentação (coletada em seis categorias: nunca, raramente, de vez em quando, freqüentemente, sempre e ignorado e categorizada em nunca ou alguma vez – de vez em quando, freqüentemente, sempre) e dor de dente nos últimos seis meses (sim ou não) foram as demais variáveis sobre as condições de saúde bucal.

Análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizado o programa STATA 9.0

(StataCorp, CollegeStation, TX, USA). O peso amostral e o efeito do delineamento foram considerados em todas as análises, utilizando o comando *svy*. Realizou-se a análise bivariada, através do teste qui-quadrado e qui-quadrado para tendência linear, quando apropriado. As variáveis que apresentaram associação estatística com o desfecho ($p < 0,20$) seguiram para a análise de regressão multivariável de Poisson³, estimando-se as Razões de Prevalências (RP) e respectivos intervalos de confiança de 95%.³

Para a análise multivariável, seguiu-se um modelo hierárquico hipotético de determinação da autoavaliação em saúde bucal.³⁹ O modelo utilizado (Quadro 1) considera que a maneira como o indivíduo avalia sua saúde bucal sofre influência de fatores demográficos, socioeconômicos, utilização de serviços e da sua condição bucal. As condições demográficas, como cor da pele, sexo e idade, ocupam uma posição distal na determinação de doenças bucais, exercendo influência sobre as condições socioeconômicas, como a renda e a escolaridade.² Mulheres e homens, populações indígenas, negros e brancos ocupam lugares distintos nas hierarquias sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer.¹⁹ Tanto a cor da pele como o sexo motivam discriminação e segregação ocupacional e salarial, causando disparidades de renda e exercendo efeito sobre as condições socioeconômicas da população.¹⁹ As condições de renda exercem influência sobre o padrão alimentar, moradia, acesso a conhecimentos e cuidados de saúde, que atuam de maneira direta na exposição a fatores de riscos para várias doenças, incluindo as doenças bucais.⁶ Piores condições socioeconômicas e condições de vida precárias dificultam a prioridade do cuidado à saúde bucal e também levam a dificuldades no acesso aos serviços odontológicos, tendo como conseqüências atenção à saúde bucal de pior qualidade e perdas dentárias.²⁵ Considera-se que a ligação entre estrutura social e saúde bucal pode-se dar por meio de vias materiais, comportamentais e psicossociais.⁴ Com relação à escolaridade, embora as relações causais com desfechos em saúde não sejam imediatas, elas exercem importante influência na compreensão das desigualdades nos níveis de saúde da população.⁶ A escolaridade é vista como uma das principais barreiras para o uso de serviços odontológicos.²² O uso de serviços odontológicos exerce influência sobre o estado de saúde da população, pois são reduzidos os riscos a doença através dos cuidados e da

prevenção²⁹ e a utilização de serviços ameniza condições de saúde desfavoráveis,³⁰ através do controle e tratamento das doenças bucais, sendo que o acesso a serviços de saúde é fortemente influenciado pela condição social,³⁷ renda e escolaridade.²⁵ Problemas bucais, como a cárie dentária, doença periodontal e perdas dentárias são determinados por fatores demográficos, socioeconômicos e de utilização de serviços,³⁴ que, por sua vez, influenciam negativamente a autoavaliação da saúde bucal.^{9, 18}

Considerações éticas

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o número 351/08, em 15 de dezembro de 2008. Foram solicitadas assinaturas dos termos de consentimento livre e esclarecido de todos os participantes da pesquisa.

RESULTADOS

A taxa de resposta foi de 85,3% ($n=1.720$). A maior parte da amostra foi composta por mulheres e indivíduos de cor de pele autorreferida como branca. Houve maior proporção de indivíduos com 12 anos ou mais de estudo e menos indivíduos com mais idade, de 50 a 59 anos. A maioria dos indivíduos consultou o dentista pela última vez há menos de um ano em consultório particular, apresentou dez dentes ou mais nos dois arcos dentários, nunca apresentou dificuldade de alimentação, sensação de boca seca e dor de dente (Tabela 1).

Um terço da população investigada avaliou negativamente sua saúde bucal e esta proporção foi significativamente maior entre os que apresentaram menor renda e menor escolaridade. A maioria dos que perceberam necessidade de tratamento dentário também apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal. Também apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal os que sentiram dor de dente nos últimos seis meses, apresentaram sensação de boca seca e dificuldade de alimentação (Tabela 2). Na análise bivariável, quanto maior a idade, menor a renda, menor a escolaridade, maior o tempo decorrido da última consulta ao dentista, a consulta ter sido realizada em consultório público, apresentar necessidade de tratamento dentário, utilizar prótese total, ter tido dificuldade de alimentação e sensação de boca seca e ter sentido dor de

dente nos últimos seis meses, maior a prevalência de auto-avaliação negativa da saúde bucal (Tabela 3).

Como mostra a Tabela 3, na análise ajustada, ser do sexo feminino, ter idade entre 30 a 39 anos e 50 a 59 anos, comparados aos com a faixa etária de 20 a 29 anos, ter cor de pele autorreferida como parda em relação aos que autorreferiram sua cor de pele como branca, possuir menor escolaridade comparando-se aos que possuem mais de 12 anos de estudos, ter consultado o dentista há três anos ou mais em relação aos que realizaram a consulta há menos de um ano, ter realizado a última consulta em consultório público em relação a quem realizou a consulta em consultório particular, possuir menos de 10 dentes naturais presentes em pelo menos um arco comparando-se aos que possuem mais de 10 dentes naturais presentes nos dois arcos permaneceram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal. Também mantiveram associação com autoavaliação negativa da saúde bucal, após o ajuste, relatar necessidade de tratamento dentário, apresentar sensação de boca seca e dificuldade de alimentação em relação aos que não apresentaram.

DISCUSSÃO

Cerca de um terço dos adultos avaliaram negativamente sua saúde bucal, proporção inferior à encontrada em estudos realizados no Brasil que utilizaram a mesma metodologia, que apontaram valores entre 44,6%²⁷ e 53,3%.²⁶ Isto pode ser atribuído ao fato de a presente amostra ser composta por uma população altamente escolarizada e de maior renda; Florianópolis é a cidade com maior renda média do Brasil.⁸

Como apresentado no modelo teórico proposto, as variáveis demográficas ocupam posição distal na determinação das doenças bucais, exercendo influência sobre as demais variáveis.² Homens e mulheres percebem sua saúde de maneira diferente²¹ e os problemas relacionados com a saúde bucal, como dificuldades de mastigação, comunicação e dor são mais frequentemente relatados pelas mulheres.¹⁷ Neste estudo, observou-se que as mulheres apresentaram uma prevalência autoavaliação negativa da saúde bucal 20% maior do que os homens. Entretanto, não há consenso na literatura sobre este resultado, com alguns estudos relatando ausência de diferenças entre os sexos.^{20, 32}

Com relação à idade, diversos estudos têm demonstrado que indivíduos mais velhos apresentam uma percepção positiva da

condição bucal.^{20, 32, 33} Contudo, observamos que os mais velhos apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal, indicando maior percepção de problemas bucais em relação aos mais jovens. Quem relatou sua cor como parda apresentou maior prevalência de autoavaliação negativa de sua saúde bucal com relação aos indivíduos brancos, independente do sexo. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos têm demonstrado que brancos relatam sua saúde bucal de maneira mais positiva em relação a não-brancos¹¹ e a negros.⁷ Gilbert¹³ (1994) sugere que a maior insatisfação com a saúde bucal entre negros expressa apenas um aspecto da insatisfação geral com a realidade social vivida por esta população e a necessidade de expressá-la.

Os fatores socioeconômicos também exercem influência na determinação da autoavaliação da saúde bucal, sendo que maior nível educacional está associado à melhor saúde.¹² No Canadá, pessoas com níveis mais baixos de educação tiveram uma maior probabilidade de perceber sua saúde bucal de maneira negativa¹⁸ e, com relação à renda, adultos economicamente desfavorecidos tendem a perceber maior impacto negativo dos problemas com seus dentes, boca ou próteses dentárias, relatar maior perda de dentes e avaliar sua saúde bucal menos favoravelmente do que adultos em melhores condições econômicas.¹⁷ Pode-se observar que, quanto menor a escolaridade, maior a autoavaliação negativa da saúde bucal. Em nosso estudo, nota-se que, com a entrada das variáveis de condição de saúde bucal, houve a redução na força da associação com o desfecho tanto da renda como da escolaridade, sugerindo que as variáveis socioeconômicas tiveram seus efeitos sobre a autoavaliação de saúde bucal mediados pelas variáveis que espelham as condições de saúde bucal.

A utilização de serviços odontológicos e a frequência com que os indivíduos os utilizam afetam as condições de saúde bucal; indivíduos que visitaram o dentista no último ano ou uma vez a cada dois anos percebem sua saúde bucal de forma mais positiva, quando comparados àqueles que consultaram o profissional há mais tempo. Ter realizado a última consulta ao dentista há mais de três anos aumentou em 30% a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal. Não visitar o dentista para um exame odontológico de rotina¹ ou visitar o dentista com espaços de tempo superiores há três anos aumentou a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal.²⁰ Este fato pode

ser devido à progressão das doenças bucais sem intervenção causar dor, desconforto e danos irreversíveis à dentição.¹ Ter realizado a última consulta em consultório público aumentou em 10% a prevalência de autoavaliação negativa da saúde bucal, mesmo após o ajuste pelas variáveis socioeconômicas e demográficas. A maior carga de doenças bucais e resolutividade limitada dos serviços públicos de saúde podem explicar, ao menos em parte, estes achados.

Segundo Locker,¹⁸ indivíduos que relatam mais sintomas bucais, disfunções e incapacidades avaliam pior sua saúde bucal. Em nosso estudo, observamos que apresentar sensação de boca seca e dificuldade de alimentação estiveram associadas a maiores prevalências de autoavaliação negativa da saúde bucal. Tanto a dificuldade para se alimentar,¹⁷ como a sensação de boca seca, podem refletir problemas bucais. A condição bucal clínica desfavorável, como a presença de lesões de cárie²⁵ e doença periodontal⁹ também está associada à percepção negativa da saúde bucal. Possuir menos de 10 dentes naturais em pelo menos um arco aumentou em 30% a prevalência da autoavaliação negativa da saúde bucal e relatar necessidade de tratamento dentário esteve fortemente associado à percepção negativa da saúde bucal, refletindo o impacto negativo percebido pelos que sofrem com as perdas e mutilações dentárias.

Esta investigação foi um estudo transversal de base populacional, no qual foi adotada metodologia criteriosa, com a realização de estudo-piloto, treinamento da equipe responsável pela coleta de dados e rigoroso controle de qualidade dos dados produzidos. O estudo apresentou uma taxa de resposta mais alta do que estudos que abordaram o tema e utilizaram metodologia semelhante.⁹ Além disso, a taxa de resposta foi similar em todos os grupos de renda e as características demográficas, de renda e escolaridade deste da população investigada se assemelha à da população do município como um todo,⁸ o que sugere não ter havido viés de seleção. Possíveis fatores de confusão puderam ser controlados, através da análise multivariável, contribuindo no sentido de ampliar o conhecimento a respeito dos fatores associados à autoavaliação da saúde bucal na população adulta.

Ao identificar quais fatores estão associados à autoavaliação da saúde bucal, pode-se identificar grupos prioritários para a atenção à saúde e, conseqüentemente, melhor direcionar recursos públicos. Em nosso estudo, observamos que tanto os fatores distais (idade, cor de

pele, escolaridade, frequência de consulta ao dentista e local da última consulta) como os proximais (número de dentes no arco, relatar necessidade de tratamento dentário, possuir sensação de boca seca e dificuldade de alimentação) foram associados à autoavaliação negativa da saúde bucal. Pode-se concluir que a autoavaliação negativa da saúde bucal é uma medida que reflete as desigualdades em saúde bucal da população, estando relacionada com piores condições socioeconômicas, menor utilização de serviços de saúde e com as piores condições de saúde bucal.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) pelo suporte na fase de treinamento do estudo; à Professora Dr. Nilza Nunes da Silva do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pelas contribuições com os procedimentos de amostragem; à Secretaria Municipal de Saúde Florianópolis pelo auxílio na operacionalização da pesquisa; e aos discentes dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Pública, Educação Física e Nutrição da Universidade Federal de Santa Catarina que realizaram a função de supervisores do estudo.

FINANCIAMENTO

Fonte financiadora: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob o número de 485327/2007-4 – Edital Universal 2007.

Este artigo é baseado na dissertação de Carla Antoni Luchi apresentada ao Mestrado em Odontologia, área de concentração Saúde Coletiva, do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada “Desigualdades na autoavaliação da saúde bucal em adultos: estudo de base populacional”, desenvolvido com o apoio da bolsa de estudo da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

REFERÊNCIAS

1. Afonso-Souza G, Nadanovsky P, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes, CS. Association between routine visits for dental checkup and self-perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro: the Pró-Saúde Study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007;35 (5): 393-400.

2. Barbato PR, Nagano HCM, Zanchet FN, Boing AF, Peres MA. Tooth loss and associated socioeconomic, demographic, and dental-care factors in Brazilian adults: an analysis of the Brazilian Oral Health Survey, 2002-2003. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(8): 1803-14.
3. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.
4. Bastos JLD, Gigante DP, Peres KG, Nedel FB. Social determinants of odontalgia in epidemiological studies: theoretical review and proposed conceptual model. *Ciênc Saúde Colet* 2007; 12(6):1611-21.
5. Benyamini Y, Leventhalb H, Leventhalc EA. Self-rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *Soc Sci Med* 2004; (59)109–1116.
6. Boing AF, Peres MA, Kovaleski DF, Zange SE, Antunes JL. 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):673-8.
7. Borrell LN, Taylor GW, Borgnakke WS, Woolfolk MW, Nyquist LV. Perception of general and oral health in White and African American adults: assessing the effect of neighborhood socioeconomic conditions. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32: 363–373.
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010, Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
9. Cascaes AM, Peres KG, Peres MA. Periodontal disease is associated with poor self-rated oral health among Brazilian adults. *J Clin Periodontol* 2009; 36 (1): 25–33.
10. Costa AJL, Kale PL, Vermelho LL. “Indicadores de Saúde”. In: Medronho R; Bloch KV; Luiz RR; Werneck GL (eds.). *Epidemiologia*. Atheneu, São Paulo, 2009. p.31-82.
11. Coulter I, Yamamoto JM, Marcus M, Freed J, Der-Martirosian C, Guzman-Becerra N, Brown J, Guay A. Self-reported oral health of enrollees in capitated and fee-for-service dental benefit plans. *JADA* 2004; 135:1606-15.
12. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in US. *Soc Sci Med* 2003; 56(12):2505-14.

13. Gilbert L; Social factors and self-assessed oral health in South Africa. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994; 22: 47-51.
14. Kieffer JM, Hoogstraten J. Linking oral health, general health, and quality of life. *Eur J Oral Sci* 2008; 116 (5): 445–50.
15. Lacerda JT, Castilho EA, Calvo MCM, Freitas SFT. Oral health and daily performance in adults in Chapecó, Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(8):1846-58.
16. Leão A, Sheiham A. Relation between Clinical Dental Status and Subjective Impacts on Daily Living. *J Dent Res* 1995; 74(7):1408-13.
17. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population. *J Dent Res* 2000; 79(4): 970-75.
18. Locker D, Mscn EW, Jokovic A. What Do Older Adults' Global Self-ratings of Oral Health Measure? *J Public Health Dent* 2005; 65 (3):146-52
19. Lopes F. Beyond the numbers barrier: racial inequalities and health. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1595-1601.
20. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Objective and subjective factors related to self-rated oral health among the elderly. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(2):421-35.
21. Mathers CD, Murray CJL, Ezzati M, Gakidou E, Salomon JA, Stein C. Population health metrics: crucial inputs to the development of evidence for health policy. *Popul Health Metr* 2003; 14;1(1):6.
22. Matos DL, Lima-Costa MF, Guerra HL, Marcenes W. Projeto Bambuí: estudo de base populacional dos fatores associados com o uso regular de serviços odontológicos em adultos. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17:661-8.
23. Matos DL, Lima-Costa MF. Self-rated oral health among Brazilian adults and older adults in Southeast Brazil: results from the SB-Brasil Project, 2003. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(8):1699-1707.
24. Moreira RS, Nico LS, Sousa MLR. Factors associated with subjective need for dental treatment in elderly Brazilians. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(12):2661-71.
25. Moreira TP, Nations MK, Alves MSCF. Inequality and damaged teeth: oral sequelae from living in poverty in the Dendê community, Fortaleza, Ceará, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2007, 23(6):1383-92.

26. Nunes CIP, Abegg C. Factors associated with oral health perception in older Brazilians. *Gerodontology* 2008; 25(1):42-8.
27. Pattussi MP, Olinto MTA, Hardy R, Sheiham A. Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35 (5): 377-86.
28. Pattussi MP, Peres KG, Boing AF, Peres MA, da Costa JSD. Self-rated oral health and associated factors in Brazilian elders. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010; 38(4): 348-59.
29. Petersen PE. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme WHO/NMH/NPH/ORH/03.2 The World Oral Health Report 2003
30. Pinheiro RS, Torres TZG. Access to oral health services between Brazilian States. *Ciênc. saúde coletiva* 2006,11:4, p.999-1010.
31. Roncalli AG. Epidemiology and public health dentistry: a shared walkway *Cien Saúde Colet* 2006; 11(1):105-14.
32. Sanders AE, Spencer AJ. Social inequality in perceived oral health among adults in Australia. *Aust N Z J Public Health* 2004; 28 (2):159-67.
33. Silva DD, Souza MLR, Wada RS. Saúde bucal em adultos e idosos na cidade de Rio Claro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (2):626-31.
34. Silva DD, Rihs LB, Sousa MLR. Factors associated with maintenance of teeth in adults in the State of São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(11):2407-18.
35. Tassinari WS, León AP, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS, Chor D, Nadanovsky P. Socioeconomic context and perceived oral health in an adult population in Rio de Janeiro, Brazil: a multilevel analysis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(1):127-36.
36. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(3):660-78.
37. Travassos C, Oliveira EXG, Viacava F. Geographic and social inequalities in the access to health services in Brazil: 1998 and 2003. *Cien Saúde Colet* 2006; 11 (4) 975-86.
38. Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde

bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. *Cien Saúde Colet* 2005; 10(4):1015-24

39. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual framework in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997; 26: 224-27.

40. World Health Organization. Oral Health surveys: basic methods. 4th ed. Geneva: World Health Organization, 1997.

Quadro 1: Modelo hierárquico proposto para a Análise Multivariável.

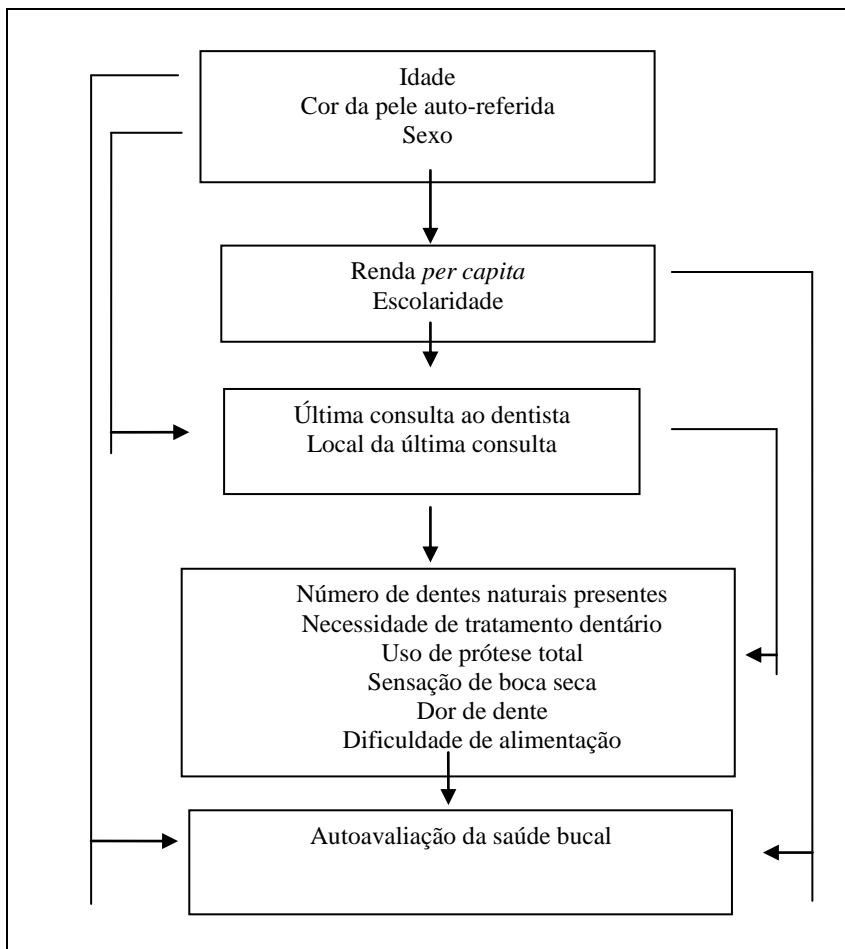


Tabela 1: Descrição da amostra, segundo as características avaliadas.
Florianópolis, Santa Catarina, 2009-2010.

Variáveis	n	%	IC (95%)
Autoavaliação da saúde bucal (n=1719)			
Positiva (muito boa e boa)	1137	66,8	63,4; 70,2
Negativa (regular, ruim e muito ruim)	582	33,2	29,8; 36,6
Autoavaliação da saúde (n=1720)			
Positiva (muito boa e boa)	1373	81,2	78,3; 84,1
Negativa (regular, ruim e muito ruim)	347	18,8	15,9; 21,7
Sexo (n=1720)			
Masculino	761	44,4	42,2; 46,6
Feminino	959	55,6	53,4; 57,7
Cor da Pele Autorreferida (n=1715)			
Branca	1444	83,9	80,3; 87,4
Parda	147	8,9	6,5; 11,2
Negra ou preta	87	5,0	3,3; 6,7
Amarela	17	1,0	0,5; 1,5
Indígena	20	1,2	0,6; 1,7
Idade (n=1720)			
20 a 29 anos	540	32,7	28,2; 37,17
30 a 39 anos	392	22,9	20,3; 25,5
40 a 49 anos	438	25,0	21,8; 28,1
50 a 59 anos	350	19,4	16,9; 21,9
Renda em Tercis (em Reais) (n=1685)			
3 ^o tercil (≥ 1.314,00)	559	34,1	27,8; 40,4
2 ^o tercil (561,00 – 1.300,00)	562	33,3	29,6; 36,9
1 ^o tercil (≤560,00)	564	32,6	26,1; 39,0
Escolaridade (n=1716)			
12 anos ou mais	737	43,8	37,0; 50,8
9 a 11 anos	568	33,4	28,1; 38,0
5 a 8 anos	253	14,0	11,2; 16,7
Até 4 anos	158	8,8	6,4; 11,1
Última consulta ao dentista (n=1705)			
Menos de um ano	1136	66,9	63,0; 70,7
1 a 2 anos	381	22,4	19,1; 25,7
3 anos ou mais	188	10,7	8,6; 12,8

Variáveis	n	%	IC (95%)
Local da consulta (n=1707)			
Consultório particular	1293	76,3	72,4; 80,3
Consultório público	331	19,0	14,9; 23,0
Outros	83	4,7	3,1; 6,3
Número de dentes naturais presentes (n=1717)			
≥10 dentes nos dois arcos	1394	82,0	79,1; 84,9
< de 10 dentes em pelo menos um arco	279	15,6	12,9; 18,2
Nenhum dente presente	44	2,4	1,6; 3,3
Percepção de Necessidade de tratamento dentário (n=1715)			
Não	726	42,7	38,9; 46,4
Sim	989	57,3	53,5; 61,0
Uso de prótese total (n=1698)			
Não	1575	92,9	91,1; 94,7
Sim	123	7,1	5,2; 8,9
Sensação de Boca seca (n=1716)			
Nunca	888	52,5	47,8; 57,1
Alguma vez	676	47,5	42,8; 52,2
Dificuldade de alimentação (n=1712)			
Nunca ou raramente	1573	92,1	90,1; 93,8
Alguma vez	139	7,9	6,1; 9,6
Dor de dente (n=1674)			
Não	1422	85,2	83,2; 86,7
Sim	252	14,8	13,3; 16,8

Tabela 2: Prevalência de autoavaliação negativa de saúde bucal, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamento e de saúde bucal auto referida em adultos de 20 a 59 anos. Florianópolis, Santa Catarina, 2009-2010.

Variáveis	n	%	IC (95%)	P
Sexo				0,017*
Masculino	234	30,2	26,3; 34,2	
Feminino	348	35,5	31,7; 39,3	
Cor da Pele Autorreferida				0,003*
Branca	461	31,2	27,6; 34,7	
Parda	68	45,8	37,5; 54,1	
Preta	35	39,7	28,6; 50,8	
Amarela	8	52,8	27,7; 77,9	
Indígena	8	31,9	8,8; 55,2	
Idade				<0,001*
20 a 29 anos	132	23,7	18,9; 28,6	
30 a 39 anos	136	35,9	29,4 ; 42,5	
40 a 49 anos	163	37,5	31,0 ; 39,9	
50 a 59 anos	151	42,8	36,9; 48,7	
Renda em Tercis (em Reais)				<0,001**
3 ^o tercil (≥ 1.314,00)	115	19,9	15,8 ; 24,1	
2 ^o tercil (561,00 – 1.300,00)	202	35,7	31,7 ; 39,7	
1 ^o tercil (≤560,00)	255	44,7	40,4; 49,0	
Escolaridade				<0,001**
12 anos ou mais	149	19,5	16,5; 22,6	
9 a 11 anos	211	36,9	31,9; 41,8	
5 a 8 anos	133	53,2	46,3; 60,1	
Até 4 anos	87	54,9	47,4; 62,4	
Última consulta ao dentista				<0,001**
Menos de um ano	347	29,8	26,2; 33,4	
1 a 2 anos	133	34,7	27,1; 42,2	
3 anos ou mais	99	52,5	46,0;59,1	
Local da consulta				<0,001*
Consultório particular	391	29,9	26,4; 33,3	
Consultório público	166	48,7	42,2; 55,2	
Outros	23	28,3	18,9; 37,8	

Variáveis	n	%	IC (95%)	P
Dentes naturais presentes				<0,001**
≥10 dentes nos dois arcos	399	28,2	24,5; 31,9	
< de 10 dentes em pelo menos um arco	167	59,1	53,1; 65,1	
Nenhum dente presente	16	36,0	22,8; 49,1	
Percepção de necessidade de tratamento dentário				<0,001*
Não	66	9,0	6,6; 11,4	
Sim	515	52,1	47,2; 55,3	
Uso de prótese total				<0,001*
Não	519	32,5	28,9; 36,0	
Sim	63	49,0	39,3; 58,9	
Sensação de Boca seca				<0,001*
Nunca	260	28,4	24,7; 32,1	
Alguma vez	322	38,6	34,3; 42,9	
Dificuldade de alimentação				<0,001
Nunca	476	29,6	26,5; 32,8	
Alguma vez	103	73,8	66,3; 81,3	
Dor de dente (n=1674)				<0,001
Não	447	30,7	27,1; 34,3	
Sim	119	47,2	39,2; 55,1	

*Qui-quadrado

** Qui-quadrado de tendência lineal

Tabela 3: Associação entre autoavaliação negativa da saúde bucal, segundo variáveis socioeconômicas, demográficas, de utilização de serviço e de condições bucais auto referidas. Análise bruta e multivariável de Poisson. Razões de Prevalências (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Florianópolis, Santa Catarina, 2009-2010.

Variáveis	Análise Bruta	Modelo 1 *	Modelo 2**	Modelo 3***	Modelo 4****
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Idade					
20 a 29 anos	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
30 a 39 anos	1,5 (1,2;1,9)	1,5 (1,2;1,9)	1,5(1,2;1,8)	1,5 (1,2;1,8)	1,3 (1,1;1,6)
40 a 49 anos	1,5 (1,2;1,9)	1,5 (1,2;1,9)	1,4(1,2;1,8)	1,4 (1,1;1,7)	1,1 (0,9;1,4)
50 a 59 anos	1,8 (1,4;2,3)	1,8 (1,4;2,3)	1,7(1,3;2,1)	1,6 (1,3;2,1)	1,3 (1,0;1,7)
Cor da pele autorreferida					
Branca	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Parda	1,5 (1,2;1,8)	1,5 (1,2;1,9)	1,3(1,1;1,6)	1,3 (1,1;1,6)	1,2 (1,0;1,4)
Preta	1,3 (1,0;1,7)	1,4 (1,0;1,8)	1,0(0,8;1,4)	1,1 (0,8;1,5)	1,0 (0,8;1,3)
Amarela	1,7 (1,1;2,6)	1,6 (1,0;2,4)	1,3(0,8;2,1)	1,4 (0,8;2,1)	1,3 (0,8;2,1)
Indígena	1,0 (0,5;2,0)	1,0 (0,5;2,0)	0,8(0,4;1,6)	1,0 (0,5;1,8)	0,8 (0,4;2,1)
Sexo					
Masculino	1,0	1,0		1,0	1,0
Feminino	1,2 (1,0;1,3)	1,1 (1,0;1,3)	1,1(1,0;1,3)	1,2 (1,0;1,3)	1,2 (1,0;1,3)
Renda em Tercis (em Reais)					
3 ^o tercil	1,0		1,0	1,0	1,0
2 ^o tercil	1,8 (1,4;2,2)	-	1,5(1,2;2,0)	1,5 (1,2;2,0)	1,3 (1,0;1,6)
1 ^o tercil	2,2 (1,8;2,8)	-	1,6(1,2;2,1)	1,5 (1,1;2,1)	1,2 (0,9;1,5)
Escolaridade em anos de estudo					
12 ou + anos	1,0		1,0	1,0	1,0
9 a 11	1,9 (1,6;2,3)	-	1,6(1,3;2,0)	1,6 (1,3;1,9)	1,4 (1,1;1,7)
5 a 8	2,7 (2,2;3,4)	-	2,0(1,6;2,6)	1,9 (1,4;2,4)	1,6 (1,2;2,0)
Até 4 anos	2,8 (2,3;3,5)	-	1,9(1,5;2,5)	1,8 (1,4;2,3)	1,6 (1,2;2,0)
Última consulta ao dentista					
< de um ano	1,0	-	-	1,0	1,0
1 a 2 anos	1,2 (1,0;1,5)	-	-	1,1(0,9;1,3)	1,0 (0,9;1,2)
3 anos ou mais	1,8 (1,5;2,1)	-	-	1,2 (1,0;1,5)	1,3 (1,1;1,5)

Variáveis	Análise Bruta	Modelo 1 *	Modelo 2**	Modelo 3***	Modelo 4****
	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)	RP (IC 95%)
Local da última consulta					
Consultório Part.	1,0	-	-	1,0	1,0
Consultório Púb.	1,6 (1,4;1,9)	-	-	1,1 (1,0;1,3)	1,1(1,0;1,2)
Outros	1,0 (0,7;1,3)	-	-	1,0 (0,7;1,3)	1,0 (0,8;1,4)
Dentes naturais presentes					
≥ 10 nos 2 arcos	1,0	-	-	-	1,0
< de 10 em pelo menos 1 arco	2,1 (1,8;2,4)	-	-	-	1,3 (1,1;1,6)
Nenhum	1,3 (0,9;1,9)	-	-	-	1,1 (0,6;1,6)
Necessidade de Tratamento					
Não	1,0	-	-	-	1,0
Sim	5,7 (4,3;7,5)	-	-	-	4,4 (3,3;6,0)
Uso de prótese Total					
Não	1,0	-	-	-	1,0
Sim	1,5 (1,2;1,9)	-	-	-	0,9 (0,7;1,2)
Sensação de Boca seca					
Nunca	1,0	-	-	-	1,0
Alguma vez	1,4 (1,2;1,6)	-	-	-	1,2 (1,1;1,5)
Dificuldade de alimentação					
Nunca	1,0	-	-	-	1,0
Alguma vez	2,5 (2,1;2,9)	-	-	-	1,3 (1,2;1,5)
Dor de dente					
Não	1,0	-	-	-	1,0
Sim	1,5(1,2;1,9)	-	-	-	1,1 (0,9;1,3)

*Ajustado pelas variáveis demográficas (sexo, cor de pele idade).

**Ajustado pelas variáveis socioeconômicas (renda e escolaridade).

***Ajustado pelas variáveis de utilização de serviço (ultima consulta ao dentista e local da ultima consulta).

****Ajustado pelas variáveis de Condições de saúde bucal autorreferidas (número de dentes naturais presentes, necessidade de tratamento dentário, uso de prótese total, sensação de boca seca e dificuldade de alimentação).

10 ANEXOS

10.1 ANEXO 1

Questionário EpiFloripa – Bloco geral de Saúde Bucal



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
ESTUDO POPULACIONAL SOBRE SAÚDE DO ADULTO
FLORIANÓPOLIS 2009

Meu nome é <...> . Sou pesquisadora da UFSC e estou realizando uma pesquisa sobre a saúde dos adultos de Florianópolis e preciso de sua colaboração. Sua participação é muito importante. Podemos conversar? (Se tiverem dúvidas é um bom momento para explicar – Entregar o consentimento pré-informado. Agradecer se sim ou não. Se marcou p/outro dia – anotar na planilha de campo Dia e Hora da entrevista agendada). Caso concordou ou ficou na dúvida continue: gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde e também tomar algumas medidas como, por exemplo, sua altura e peso. Este questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo(a) Sr(a) não serão divulgadas nem as respostas que o(a) Sr(a) nos der. Neste momento deve ser lido o consentimento e a assinatura deve ser pega apenas no final da entrevista.

BLOCO A: GERAL

Número do questionário:

Tipo de entrevista:

Setor censitário _____

Número do domicílio: _____

Número de pessoas residentes no domicílio de até 15 anos: _____

Número de pessoas residentes no domicílio com 60 anos e mais: _____

Nome do(a) entrevistado(a) _____

Nome da mãe do(a) entrevistado(a) _____

Nome do entrevistador: _____

Data da 1ª visita: ____/____/____

Data da 2ª visita: ____/____/____

Data da 3ª visita: ____/____/____

CEP do logradouro: ____ - ____ - _____

Telefone residencial (fixo) _____

Celular do entrevistado (a) _____

Telefone trabalho _____

Celular de outro membro da família: _____

Nome do outro membro da família: _____

Telefone de um parente/amigo próximo _____

Nome do parente/amigo próximo _____

*AS PERGUNTAS 1 e 2 DEVEM SER
APENAS OBSERVADAS PELO(A) ENTREVISTADOR(A)*

1. Sexo do (a) entrevistado(a); assinale uma das opções abaixo:

(1) masculino
(2) feminino

2. Cor/raça do (a) entrevistado (a), assinale uma das opções abaixo

(1) branca
(2) parda
(3) negra ou preta
(4) amarela
(5) indígena
(9) IGN

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SAÚDE DA SUA BOCA

<p>10. Lembrando dos seus dentes de cima, o(a) Sr.(a) tem (<i>adultos têm no máximo 16 dentes em cima, incluindo o dente do siso</i>):</p> <p>(1) 10 dentes naturais ou mais (2) < 10 dentes naturais (3) Nenhum dente natural (9) IGN</p>	DENCIMA
<p>11. Lembrando dos seus dentes de baixo, o(a) Sr.(a) tem (<i>adultos têm no máximo 16 dentes embaixo incluindo o dente do siso</i>):</p> <p>(1) 10 dentes naturais ou mais (2) < 10 dentes naturais (3) Nenhum dente natural (9) IGN</p>	DENBAIXO
<p>12. O(a) Sr.(a) acha que precisa de algum tratamento dentário?</p> <p>(1) Sim (2) Não (9) IGN</p>	TRATDENT
<p>13. O(a) Sr.(a) usa chapa (dentadura, prótese total) ?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	USOCHAPA

9) IGN	
<p>14. O(a) Sr.(a) acha que precisa de chapa (dentadura, prótese total)? <i>(se a resposta for sim, pergunte imediatamente se em cima e/ou embaixo)</i></p> <p>(1) Sim, em baixo (2) Sim, em cima; (3) Em cima e embaixo (4) Não) IGN</p>	NECHAPA
<p>15. Com que frequência o(a) Sr.(a) sente sua boca seca?</p> <p>(1) Nunca (2) De vez em quando (3) Frequentemente (4) Sempre) IGN</p>	BOCASECA
<p>16. Com que frequência o(a) Sr.(a) tem dificuldade em se alimentar por causa de problemas com seus dentes ou dentadura?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) De vez em quando (4) Frequentemente (5) Sempre (9) IGN</p>	DIFICOME

10.2 ANEXO 2

Documentação do Comitê de Ética



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

CERTIFICADO Nº 317

O Comitê de Ética na Pesquisa em 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 conteúdo 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: 351/08 FR-229872

TÍTULO: Condições de saúde da população adulta do Município de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional.

AUTOR: Marco Aurélio de Anselmo Peres.

DPTO.: Saúde Pública/CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 15 de dezembro de 2008.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH

Campus Prof. João David Ferreira Lima – CEP 88040-900
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil | www.cep.ufsc.br / +55 (48) 3721-9206

PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº351/08

Título do Projeto: CONDIÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres

Pesquisador Principal: O mesmo

Instituição onde será realizado o estudo: Departamento de Saúde Pública/UFSC

Data da apresentação ao CEPESH: 12/11/2008

Objetivo: Desenvolver um estudo de saúde, de base populacional, na região urbana da cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, a fim de permitir um extenso diagnóstico das condições de saúde da população, gerando informações úteis para a elaboração e avaliação de políticas, serviços e ações de saúde orientados às necessidades da população.

PARECER

Esse parecer trata do projeto intitulado CONDIÇÃO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO ADULTA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, que deu entrada no CEPESH em 12/11/2008, tendo como pesquisador responsável o Prof. Dr. Marco Aurélio de Anselmo Peres, do departamento de Saúde Pública da UFSC.

O projeto contará também com uma equipe de 10 pesquisadores auxiliares, todos da área da saúde.

De acordo com a documentação apresentada ao CEPESH, esta pesquisa será realizada entre junho e setembro de 2009.

A documentação apresentada traz a folha de rosto assinada pelo pesquisador responsável, bem como assinada e carimbada pelo Diretor do CCS, representando a instituição onde a pesquisa será realizada.

A pesquisa, orçada em 63.295,32 reais, que terá apoio financeiro do CNPq, surge da preocupação com as condições de saúde dos indivíduos, incluindo fatores sociais, demográficos, nutricionais, comportamentos e utilização de serviços especializados. Sua finalidade é fazer um diagnóstico das condições de saúde, gerando informações para a implementação de políticas públicas.

A pesquisa tem um delineamento observacional transversal de base populacional, cuja técnica inclui o uso de entrevistas e questionários.

A pesquisa será realizada na zona urbana do município de Florianópolis e a amostra do estudo será composta de 1581 pessoas, entre 20 e 59 anos de idade, de 60 setores censitários, cuja amostragem ocorrerá pelo processo de conglomerados censitários delimitados pelo IBGE, que classifica esses conglomerados com cerca de 300 domicílios cada. Os entrevistadores, sob a orientação do pesquisador, escolherão, por sorteio, um quarteirão de residências desses 60 conglomerados. Os sujeitos da pesquisa serão entrevistados em sua residência e terão sua pressão arterial medida, bem como medida de peso, estatura e perímetro da cintura e dos quadris.

Dentre os itens que compõem a documentação constam: folha de rosto, declaração de que cumprirá os termos da resolução CNS 196/96 e suas complementares; declaração do Diretor de CCS dando ciência de que aquela instituição está de acordo com a pesquisa e todas as exigências legais.

O TCLE está escrito de forma simples e adequada a pessoas com pouca escolaridade. Do ponto de vista formal o projeto apresenta-se bem estruturado e fundamentado.

O currículo do pesquisador principal e também responsável mostra que o mesmo tem formação e produção na área médica e saúde pública estando, portanto, qualificado à execução da pesquisa.

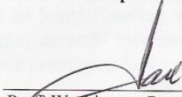
A investigação é pertinente e contribui para a busca de informações visando à melhoria das políticas públicas.

Pelo exposto, somos de parecer favorável.

V – PARECER CEPESH:

(X) APROVADO

***Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado, em reunião deste Comitê na data de 15 de dezembro de 2008.**



Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador do CEP

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

10.3 ANEXO 3

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



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 DA POPULAÇÃO ADULTA DO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, 2008”**. 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 dos adultos com idade entre 20 e 59 anos da cidade de Florianópolis – SC e sua relação com condições socioeconômicas, demográficas e de saúde.

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 também serão verificadas as seguintes medidas: pressão arterial (duas vezes), peso, altura, cintura e quadril que não causarão problemas à sua saúde. Para isso será necessária aproximadamente uma hora.

Em caso de dúvida o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com Professor Marco Aurélio de Anselmo Peres, coordenador deste projeto de pesquisa, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública na UFSC, no Departamento de Saúde Pública, Campus Universitário, Trindade, ou 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 2009.

(assinatura do participante)